

Винахід належить до галузі медицини, а саме до хірургії та може бути використаний для лікування хворих з обширними вогнищевими враженнями лівої та частково правої долі печінки при недостатніх розмірах правої долі, а саме VI-VII сегментів.

Відомі способи резекції лівої та частини правої долі печінки включають: розширену лівосторонню резекцію печінки в традиційному варіанті (без підготовчих втручань по збільшенню об'єму здорової паренхіми); операції в два етапи: перев'язка лівої зворотної вени на першій операції та після чого, на другій операції виконання резекції печінкової паренхіми; попередня рентгенодовакулярна оклюзія лівої зворотної вени та послідовна резекція правої долі печінки. [1, 2, 3].

Недоліком вказаних способів є можливість розвитку післяопераційної печінкової недостатності в результаті відсутності або незначної гіпертрофії правого заднього сегменту (VI-VII сегменти) з приводу збереження кровопостачання частини правої долі (V, VIII сегмент) з пухлиною; потреба в виконанні декілька оперативних втручань.

Найближчим аналогом являється спосіб резекції лівої долі печінки, який включає рентгенодовакулярну оклюзію лівої зворотної вени з послідовною резекцією паренхіми [4].

Недоліком аналогу являється велика кількість післяопераційних ускладнень у вигляді печінкової недостатності у зв'язку з продовжуваним кровопостачанням переднього сегменту (V, VIII сегмент) з пухлиною, та внаслідок недостатньої гіпертрофії заднього сегменту (VI-VII сегменти), що спричиняє виникнення печінкової недостатності після обширної резекції.

Задачею винаходу являється розробка такого способу резекції лівої долі печінки, який за рахунок збільшення об'єму паренхіми правого заднього сегменту (VI-VII сегменти), забезпечував би зменшення кількості післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі резекції лівої долі печінки, який включає рентгенодовакулярну оклюзію лівої зворотної вени з наступною резекцією паренхіми, згідно з винаходом, перед резекцією додатково виконують селективну рентгенодовакулярну оклюзію передньої гілки (від V, VIII сегментів) правої зворотної вени.

Додаткова селективна рентгенодовакулярна оклюзія передньої гілки (від V, VIII сегментів) правої зворотної вени забезпечує зменшення кількості післяопераційних ускладнень у зв'язку зі збільшенням площі ішемії враженої печінкової паренхіми та забезпечує більший перерозподіл кровопостачання у бік заднього сегменту правої долі (VI-VII сегменти).

Спосіб виконують наступним чином.

На першому етапі виконують рентгенодовакулярну оклюзію лівої зворотної вени та після ангіографії правої зворотної вени і селективної катетеризації передньої її гілки (від V, VIII сегментів) виконують паренхіматозну та ствовову оклюзію. Згодом 3-4 неділі, після зменшення враженої патологічним процесом печінкової паренхіми та вікарної гіпертрофії заднього сегменту правої долі (VI-VII сегменти), другим етапом, виконують розширену резекцію лівої долі печінки. Рану печінки коагулюють. Встановлюють дренажі. Лапаротомну рану ушивають.

Приклад. Хворий И., історія хвороби № 1842, 1954 р.н., госпіталізований в клініку 2002р., з діагнозом рак лівої долі печінки. Тривалість захворювання біля 6 місяців з моменту появи скарг. При загальноклінічному обстеженні, по ехографічним даним УЗД, комп'ютерної томографії діагностовано новоутворення лівої долі печінки великих розмірів (18×21 см) з локалізацією в I-IV сегментах та розповсюдженням на праву долю печінки V та частково VIII сегмент. Дані вимірювання об'єму заднього сегменту правої долі вказували на недостатні його розміри та можливість виникнення печінкової недостатності після обширної резекції. По біохімічних показниках, ознаки функціональної печінкової недостатності не спостерігалися. 15.03.02 р. операція - рентгенодовакулярна оклюзія лівої зворотної вени та селективна оклюзія передньої гілки правої зворотної вени (від V, VIII сегментів).

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Спостерігалось недовготривале підвищення температури тіла до субфебрильних цифр, помірні больові відчуття в верхніх відділах очеревини. Виписаний на 15 добу після операції.

Через 4 тижні після першої операції хворий госпіталізований для наступного етапу лікування (історія хвороби № 2379). По даним досліджень УЗД та КТ відмічається зменшення розмірів правої долі печінки з новоутворенням 15×19 см, спостерігається вікарна гіпертрофія заднього сегменту правої долі (VI-VII сегменти). 22.04.02 операція - розширена лівостороння гемігепатектомія (видалення I-V, VIII сегментів печінки). Розрізом типу "мерседес" лапаротомія. При ревізії - в лівій долі, включаючи I сегмент печінки виявлено новоутворення - первинний рак, з розмірами 16×18 см, який розповсюджується на праву долю V та частково VIII сегменти. Спостерігається вікарне збільшення заднього сегменту правої долі (VI-VII сегменти), що дозволило виконати обширну резекцію. Відсепаровані та леговані ліві судинно-жовчні структури, включаючи структури I сегменту, перев'язані судинно-жовчні елементи переднього сегменту переднього сегменту правої долі (V, VIII сегмент). Виконано мобілізацію запечінкового відділу нижньої порожнистої вени та перев'язка стовбуру лівої та медіанної печінкових вен. Виконана розширена резекція лівої долі печінки (I-V, VIII сегментів) ультразвуковим аспіратором Aloka-SUS 201D. Післяопераційний період перебігав без ускладнень з відсутністю клінічних проявів печінкової недостатності. Відмічалось незначне підвищення біохімічних показників: загального білірубіну, аланінамінотрансферази (АЛАТ), аспартатамінотрансферази (АСАТ), які нормалізувались на 12 добу. Виписаний через 16 днів після операції в задовільному стані. Оглянутий через 3, 6, 12 місяців - скарг не відмічає.

По запропонованому способу проліковано 2 хворих з обширними вогнищевими ураженнями правої та частково лівої долі печінки. Післяопераційних ускладнень не було. В той же час, із 2 хворих, пролікованих по способу - найближчому аналогу у 1 хворого в зв'язку з помірним об'ємом паренхіми в заднього сегменту правої долі (VI-VII сегменти) в післяопераційному періоді спостерігались клінічні ознаки печінкової недостатності.

Таким чином, порівняння з найближчим аналогом показує, що застосування запропонованого способу дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень.

Джерела інформації:

1. Готьє С.В., Филин А.В. и др. Обширные анатомические резекции в лечении очаговых поражений печени. / Вестник РАМН - М., 2001 - №9. - С. 12-18.

2. Таразов П.Г. и др. Предоперационная эмболизация воротной вены при злокачественных опухолях печени. // Анн. хир. гепатол. - 2002 - Т. 7. - № 1 - С. 7-13.
3. Harada T. Surgical management of large hepatocellular carcinomas: criteria for curative hepaticectomy. // Int. Surg. - 1993. - V. 78. - P. 284-287.
4. Ryan W.H., Hammel B.W., McClelland R.N. Reduction in the morbidity and mortality of major hepatic resection. Experience with 52 patients. // Am. J. Surg. - 1990. - V. 27. - № 144. - P. 740-743.