



УКРАЇНА

(19) UA (11) 66747 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ДОСТУПУ ПРИ КІСТОЗНОМУ УРАЖЕННІ ЗАДНЬО-ЛАТЕРАЛЬНИХ СЕГМЕНТІВ ПЕЧІНКИ

1

2

(21) u201109983

(22) 12.08.2011

(24) 10.01.2012

(46) 10.01.2012, Бюл.№ 1, 2012 р.

(72) КРИВЧЕНЯ ДАНИЛО ЮЛІАНОВИЧ, ПРИТУЛА
ВАСИЛЬ ПЕТРОВИЧ, ЯРЕМЕНКО ВАДИМ ВОЛО-
ДИМИРОВИЧ, ДУБРОВІН ОЛЕКСАНДР ГЛІБО-
ВИЧ, СІЛЬЧЕНКО МИХАЙЛО ІВАНОВИЧ, ХУС-
СЕЙНІ САЄД ФАЙЗУЛА, МЕТЛЕНКО ОЛЕКСАНДР
ВОЛОДИМИРОВИЧ

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ О. О. БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб доступу при кістозному ураженні зад-
ньо-латеральних сегментів печінки, що включає
розсічення передньої черевної стінки паралельно
правій реберній дузі, який **відрізняється** тим, що
досягнувши переднього краю Х ребра, подальший
розтин продовжують по верхньому краю XI ребра,
пересікаючи зовнішній і внутрішній косі м'язи жи-
вота, та частково поперечний м'яз живота, аж до
початку заочеревинної жирової клітковини.

Корисна модель, що заявляється, належить до
медицини, а саме до хірургії, і призначена для
хірургічного лікування кіст печінки, і власне - до
вибору доступу при кістозному ураженні задньола-
теральних сегментів печінки, який використовується
при такому лікуванні.

Кіста - патологічна порожнина в тканинах або
органах, що має стінку та вміст. Розмір кісти, вміст
та будова стінки бувають різними залежно від ме-
ханізму і давності утворення, локалізації і т. д. Ро-
зрізняють справжні та несправжні кісти. Справжні
кісти зсередини вистелені епітелієм, а несправжні
спеціальної вистілки не мають. Кісти бувають на-
бутими та вродженими, тобто такі, які виникають
при порушенні формування тканин і органів. За
механізмом утворення розрізняють кісти ретенцій-
ні, паразитарні, травматичні, дизонтогенетичні,
пухлинні, тощо.

Єдиним ефективним радикальним способом
лікування кіст є хірургічний. Суть операції полягає
в пункції кісти, евакуації її вмісту, розкритті порож-
нини та у видаленні стінок із наступним зашиван-
ням порожнини.

Найчастіше кістозне ураження печінки зустрі-
чається в задньолатеральних (VI, VII, VIII) сегмен-
тах. Це одна із найскладніших локалізацій, бо у
цих сегментах найважче створити зручні умови
для безпечності та надійності проведення всіх
етапів операції.

Від вдалого вибору операційного доступу за-
лежить швидкість, радикальність, а головне, - ат-
равматичність маніпуляцій при будь-якому порож-

нинному втручанні. При операціях на печінці в лі-
куванні при кістозному ураженні даного органу ця
умова набуває особливої ваги. Про труднощі, по-
в'язані з оперативними доступами до різних відді-
лів печінки, свідчить та обставина, що в черевній
порожнині немає іншого органу, у відношенні якого
була би впроваджена така кількість способів для
його оголення. Для виконання операцій на печінці
запропоновано біля 70 відомих доступів, які можна
поділити на 5 груп: косо-поперечні (по краю ребе-
рної дуги), поздовжні, косо-поздовжні, поперечні та
розширені (комбіновані) [1].

У 17,4-64,0 % пацієнтів після хірургічного ліку-
вання кіст печінки зустрічаються післяопераційні
ускладнення, а у 7,7-15,0 % - виникає рецидив
захворювання. Вагомою причиною появи післяо-
пераційних ускладнень та рецидиву захворювання
в таких випадках є недоліки у виборі доступу під
час операції [2].

Відомий доступ при кістозному ураженні зад-
ньолатеральних сегментів печінки за Ріо-Бранко
[3], при якому розсікають передню черевну стінку
спершу від мечовидного відростка по серединній
лінії донизу, не доходячи два поперечних пальці
до пупка, а потім повертають праворуч і вгору,
досягаючи переднього краю Х ребра.

Проте даний доступ є зручним лише для мані-
пуляцій по вісцеральній поверхні задньолатераль-
них сегментів печінки, та для передніх і латераль-
них сегментів діафрагмальної поверхні цього
органу. Для візуалізації задніх сегментів діафраг-
мальної поверхні необхідно додатково мобілізува-

(19) UA (11) 66747 (13) U

ти серповидну зв'язку печінки та проводити значну тракцію її донизу, що може призвести до травмування печінки. До того ж всі вище перелічені дії можуть бути недостатніми для доброго огляду та зручності виконання всіх подальших етапів операції. Все це може стати причиною різних післяопераційних ускладнень та рецидиву захворювання при хірургічному лікуванні кіст печінки.

Крім того, даний доступ є досить травматичний в технічному виконанні та після зашивання такої рани залишається неестетичний післяопераційний рубець.

Також відомий доступ при кістозному ураженні задньолатеральних сегментів печінки за С. П. Федоровим [4], при якому розсікають передню черевну стінку спершу від мечовидного відростка по серединній лінії донизу довжиною 3-4 см, а потім повертають паралельно правій реберній дузі, досягаючи переднього краю Х ребра.

Даний доступ є менш травматичний в технічному виконанні і після зашивання такої рани післяопераційний рубець залишається більш естетичний.

Проте, доступ за С. П. Федоровим також є зручним лише для маніпуляцій по вісцеральній поверхні задньолатеральних сегментів печінки, та для передніх і латеральних сегментів діафрагмальної поверхні цього органу. Для візуалізації задніх сегментів діафрагмальної поверхні при цьому доступі необхідно додатково мобілізувати серповидну зв'язку печінки та проводити значну тракцію її донизу, що може призвести до травмування печінки. Всі вище перелічені дії при даному способі можуть також бути недостатніми для доброго огляду та зручності виконання всіх подальших етапів операції. Все це може стати причиною різних післяопераційних ускладнень та рецидиву захворювання при хірургічному лікуванні кіст печінки.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, вибраний як прототип, є доступ при кістозному ураженні задньолатеральних сегментів печінки за Кохером [5], при якому розсікають передню черевну стінку від серединної лінії на 3-4 см нижче і паралельно правій реберній дузі, досягаючи переднього краю Х ребра.

Даний доступ є також менш травматичний в технічному виконанні в порівнянні з двома попередніми, і після зашивання такої рани післяопераційний рубець залишається більш естетичний.

Проте, доступ за Кохером також є зручним лише для маніпуляцій по вісцеральній поверхні задньолатеральних сегментів печінки, та для передніх та латеральних сегментів діафрагмальної поверхні цього органу. Для візуалізації задніх сегментів діафрагмальної поверхні при цьому доступі необхідно додатково мобілізувати серповидну зв'язку печінки та проводити значну тракцію її донизу, що може призвести до травмування печінки. Всі вище перелічені дії при даному способі можуть також бути недостатніми для доброго огляду та зручності виконання всіх подальших етапів операції. Все це може стати причиною різних післяопераційних ускладнень та рецидиву захворювання при хірургічному лікуванні кіст печінки.

Задача, яку вирішує корисна модель, що заяв-

ляється, полягає у підвищенні ефективності хірургічного лікування кіст печінки за рахунок забезпечення умов, які запобігають післяопераційним ускладненням та появі рецидиву захворювання, шляхом вибору зручного та малотравматичного доступу для достатньої візуалізації та зручності виконання всіх етапів операції при кістозному ураженні задньолатеральних сегментів цього органу.

Отриманий технічний результат зводиться до зниження кількості післяопераційних ускладнень і рецидиву захворювання при хірургічному лікуванні кіст печінки.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому доступі при кістозному ураженні задньолатеральних сегментів печінки, що включає розсічення передньої черевної стінки паралельно правій реберній дузі, згідно з корисною моделлю, досягнувши переднього краю Х ребра, подальший розтин продовжують по верхньому краю XI ребра, пересікаючи зовнішній і внутрішній косі м'язи живота, та частково поперечний м'яз живота, аж до початку заочеревинної жирової клітковини.

Відмінними ознаками корисної моделі, що заявляється, є те, що для вибору доступу при кістозному ураженні задньолатеральних сегментів печінки, використано оригінальний підхід. Для цього після розсічення передньої черевної стінки паралельно правій реберній дузі, досягнувши переднього краю Х ребра, подальший розтин продовжують по верхньому краю XI ребра, пересікаючи бокові м'язи живота, аж до початку заочеревинної жирової клітковини.

Подальше продовження бокового підреберного розтину по верхньому краю XI ребра дозволяє досягти безпосередньо до задньолатеральних сегментів печінки. Бокові м'язи живота пересікають аж до початку заочеревинної жирової клітковини, що є критерієм початку задньої стінки черевної порожнини. Даний доступ є зручним для маніпуляцій як по вісцеральній поверхні задньолатеральних сегментів печінки, так і для передніх та латеральних сегментів діафрагмальної поверхні цього органу. Для візуалізації задніх сегментів діафрагмальної поверхні при цьому доступі немає необхідності в додатковій мобілізації серповидної зв'язки печінки та в проведенні значної тракції її донизу, що запобігає травмуванню печінки. Всі вище перелічені дії при даному способі сприяють доброму огляду та зручності виконання всіх подальших етапів операції.

Даний доступ є також менш травматичний в технічному виконанні в порівнянні з відомими, і після зашивання такої рани післяопераційний рубець залишається більш естетичний.

Саме ці технічні особливості запобігають появі можливих післяопераційних ускладнень і рецидиву захворювання при хірургічному лікуванні кіст. Новизна полягає в оптимізації хірургічного втручання шляхом врахування анатомо-фізіологічних особливостей організму людини в цілому та окремо печінки при кістозному її ураженні. За доступними літературними даними такий доступ при кістозному ураженні задньолатеральних сегментів печінки невідомий.

Спосіб здійснюється наступним чином:

Після обробки операційного поля розсікають передню черевну стінку паралельно правій реберній дузі від середньоключичної лінії до переднього краю X ребра. Подальший розтин продовжують по верхньому краю XI ребра. Для цього пересікають бокові м'язи живота (зовнішній і внутрішній косі м'язи живота та частково поперечний м'яз живота), аж до початку заочеревинної жирової клітковини. При необхідності розтин передньої черевної стінки можна продовжити в напрямку від середньоключичної до серединної лінії. Контроль гемостазу по ходу операції та відмежування черевної порожнини від поверхні шкіри.

Приклад конкретного втілення.

Дівчина С., 10 років, (історія хв. № 411), була прийнята 12.02.2006 року в клініку дитячої хірургії НМУ зі скаргами на періодичні болі в правій підреберній ділянці, свербіння шкіри. Після обстеження на ультразвукографії встановлено, що в VI сегменті печінки наявне утворення круглої форми діаметром 34 мм з ознаками паразитарної кісти. Крім того у VII сегменті печінки виявлено кісту діаметром 39 мм, а у VIII сегменті - діаметром 24 мм. Дитину направлено в НДСЛ «Охматдит» для хірургічного лікування. Клінічний діагноз: Множинні ехінококові кісти печінки, (VI, VII, VIII сегменти).

18.02.2006 року у плановому порядку виконана операція - лапаротомія з подальшою санацією, ехінококектомією та ліквідацією порожнин кіст. В зв'язку з тим, що у даної пацієнтки було ураження задньолатеральних сегментів печінки, у неї ми використовували запропонований нами лапаротомний доступ, що дозволило добитися достатньої візуалізації та зручності виконання всіх етапів операції.

Післяопераційний період гладкий. При контрольному ультразвукографічному обстеженні на 5 і 11 добу в проекції оперованих кіст залишкової порожнини не видно.

На 12 добу в задовільному стані дитина виписана додому. Оглянута повторно через 3, 6, 12 місяців, 2 і 3 роки після операції. Росте і розвивається добре. На ультразвукографії через 4 роки (12.03.2010 р.) вогнищевих змін в печінці не вияв-

лено.

У клініці дитячої хірургії НМУ з 1994 до 2011 року у 31 пацієнта з кістозним ураженням задньолатеральних сегментів печінки проведено відкрите хірургічне втручання, використовуючи запропонований нами лапаротомний доступ. Даний спосіб підтвердив зручність та малотравматичність цього доступу для достатньої візуалізації та зручності виконання всіх етапів операції при кістозному ураженні задньолатеральних сегментів печінки. В жодному випадку ми не мали рецидиву захворювання та побічних ускладнень.

У 9 пацієнтів з кістозним ураженням задньолатеральних сегментів печінки ми проводили лапаротомію, використовуючи доступ за Кохером. В усіх пацієнтів під час операції для кращої візуалізації задніх сегментів печінки необхідно було пересікати її серповидну зв'язку та додатково проводити тракцію печінки донизу. У 3 із 9 пацієнтів під час тракції відбулося травмування печінки у вигляді підкапсульних гематом.

Таким чином, завдяки створенню оптимальних умов, а саме - вибору зручного та малотравматичного доступу для достатньої візуалізації та зручності виконання всіх етапів операції при кістозному ураженні задньолатеральних сегментів печінки, вдалося запобігти післяопераційним ускладненням та появі рецидиву захворювання, чим забезпечується успішне лікування даної патології.

Джерела інформації:

1. Пулатов А. Т. Эхинококкоз в детском возрасте. - М.: Медицина, 2004. - С. 131-140.
2. Агаев Р. М. Хирургическое лечение эхинококкоза печени и его осложнений // Хирургия. - 2001. - № 2. - С. 32-36.
3. Ашкрафт К. У., Холдер Т. М. Детская хирургия. - Т.2. - СПб., Пит-Тал, 1997. - С. 169-177.
4. Вишневский В. А., Кубышкин В. А., Чжао А. В., Икрамов Р. З. Операции на печени. Руководство для хирургов. - М.: «Миклош», 2003. - 156 с.
5. Parks R. W., Chrysos E., Diamond T. Management of liver trauma // Br. J. Surg. - 1999. - Vol.86. - P. 1121-1135.