

УДК 616.36-089/87-005.1-08

© В.Д.Затолокин, А.А.Перьков, Е.И.Затолокина

О гемостазе при резекции левой доли печени

В.Д.ЗАТОЛОКИН, А.А.ПЕРЬКОВ, Е.И.ЗАТОЛОКИНА

About a hemostasis at a resection of the left share of a liver

V.D.ZATOLOKIN, A.A.PERKOV, E.I.ZATOLOKINA

Медицинский институт Орловского государственного университета

В современном развитии одного из проблемных разделов медицины – гепатохирургии были достигнуты значительные успехи. Однако доле-вые резекции печени продолжают оставаться од-ними из сложных оперативных вмешательств, что во многом связано с определенными топографо-анатомическими особенностями сосудисто-протоковой системы этого органа. Поэтому следу-ет отметить, что независимо от методики долевой резекции печени перед хирургом неизбежно вста-ют проблемы гемостаза, что связано с возможным риском развития интра- и послеоперационных осложнений.

С целью разработки и проверки надежности гемостаза при долевым резекциях печени были выполнены исследования на 400 органокомплек-сах (печень; тонкая, толстая кишка и большой сальник; печеночно- двенадцатиперстная связка; нижняя полая вена) и 10 нефиксированных трупах людей, смерть которых не была связана с заболе-ваниями органов брюшной полости. В результате изучения хирургической анатомии глиссоновой ножки левой портальной доли печени нами разра-ботаны рациональные (безопасные) уровни пере-вязок ее сосудов, желчных протоков и оператив-ные доступы к ним с использованием внешних ориентиров органа (хвостатая и квадратная доли). Наши исследования показали, что для рациональ-ного уровня перевязки сосудов и желчных про-токов левой долевой глиссоновой ножки оказался подходящей только дистальный отдел ее, в кото-ром, как правило, не находятся элементы глиссо-новой системы из других отделов печени. Следует подчеркнуть, что все манипуляции по обработке левых долевым сосудисто-желчных образований глиссоновой системы целесообразно проводить сразу же на рациональном уровне этой ножки. Успех при выполнении левосторонней гемиге-патоэктомии зависит не только от правильной обработки элементов глиссоновой системы, но

и от возможности безошибочной и изолирован-ной перевязки печеночных вен. Приступая к вы-полнению этого этапа операции, хирург должен четко знать особенности венозного оттока от ле-вой портальной доли печени и взаимоотношение печеночных вен с сосудами и желчными прото-ками системы Глиссона. При резекции левой пор-тальной доли печени необходимо лигировать не только левую печеночную вену, но и ветви сред-ней печеночной вены. Кроме этих печеночных вен левой портальной доли печени могут быть левая дорсальная и фиссуральная печеночная вены, ко-торые необходимо перевязать в кавальных воро-тах органа. Экспериментальный этап работы (10 собак) заключался в изучении технических прие-мов резекции левых портальных долей печени по предлагаемой нами методике и определении био-химических показателей в послеоперационном периоде.

Клинические наблюдения охватывают 5 па-циентов. Среди них было 4 больных первичным раком печени, 1 – с гигантской язвой субкарди-ального отдела желудка, прорастающей в левую долю печени. Из них 2 мужчин и 3 женщины, в возрасте от 42 до 68 лет. Выполнено 5 анатоми-ческих резекций печени: 4 – левосторонних ге-мигепатоэктомии (резекция левой портальной анатомической доли, т.е; удаление С-2, С-3, С-4 по схеме Couinaud); 1 – субтотальная прокси-мальная резекция желудка с резекцией левой «классической» доли печени (С-2, С-3). Опера-ции производились под эндотрахеальным нар-козом с миорелаксантами. Тщательное изучение топографо-анатомического и экспериментального обоснования анатомических долевым резекций печени позволило нам применить некоторые но-вые методики гемостаза при выполнении этих операций в клинических условиях. Мы применя-ли предварительную экстракапсулярную пере-вязку глиссоновой ножки левой портальной доли

печени на рациональном (безопасном) уровне по разработанной нами методике. Предварительная перевязка сосудов и желчных протоков в безопасной зоне до иссечения удаляемого участка (доли) печени оказалась эффективной в клинических условиях. Она позволила со значительно меньшей кровопотерей произвести правильную перевязку элементов глиссоновой системы удаляемой доли печени. В 4-х клинических случаях лигатуру накладывали в косом направлении между серединой заднего края квадратной доли и передне-левым углом хвостатой доли печени на левую долевую глиссонову ножку, что надежно сохраняет кровоснабжение и желчеотток в оставляемой части печени и предупреждает возможность массивного кровотечения даже при наличии различных вариантов расположения сосудов и желчных протоков в глиссоновой ножке. В первом случае произведена перевязка глиссоновой ножки С-2, С-3. Благодаря использованию такой методики в клинических условиях сокращалось время операции и исключалось повреждение сосудов. После перевязки левой глиссоновой и кавальной ножек мы отделяли удаляемую долю печени и приступали к окончательному гемостазу с пластикой культи печени участком большого сальника на ножке по новой методике [1]. Суть его и отличие от уже существующих заключается в том, что после одномоментной резекции печени и прошивания с перевязкой крупных сосудисто-

желчных образований на раневой поверхности производится перитонизация ее культи участком неизолированного сальника с прошиванием косыми П-образными гемостатическими швами с промежуточным выколом-вколом через большой сальник на середине раневой поверхности резецируемого органа. Благодаря такому наложению печеночного шва появилась возможность осуществлять гемо- и холестаза без дополнительной перевязки или прошивания мелких сосудов и желчных протоков в культе печени. Завершающий этап операции какими-либо особенностями не отличался. Послеоперационный период протекал без осложнений. Все больные выписались на амбулаторное лечение.

При гистологическом исследовании у 4 больных обнаружен гепатоцеллюлярный рак, у 1 – хроническая (с малигнизацией) язва субкардиального отдела желудка с прорастанием в левую долю печени. При наблюдении в течение 1 года у всех больных признаков рецидива опухоли не выявлено, состояние здоровья их было удовлетворительным.

Таким образом, можно отметить, что использование в клинике разработанного нами способа гемостаза и закрытия раневой поверхности печени при ее анатомических долевыми резекциях полностью соответствует основным требованиям, предъявляемым к пластическим методам обработки культи органа при ее резекции.

Список литературы

1. Патент на изобретение № 2255674. Способ окончательного гемостаза при резекции печени / А.С.Тутов, А.А.Перьков, М.Б.Агеев, А.Н.Подымов, Д.С.Рябченко. – № 2003132890/14; заявл. 11.11.2003; опубл. 10.07.2005.

Информация об авторах

1. Затолокин Василий Данилович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой оперативной хирургии с курсом факультетской хирургии медицинского института Орловского государственного университета, заслуженный деятель науки Российской Федерации, академик АМТН Российской Федерации, e-mail: zatolokin@mail.ru
2. Перьков Алексей Анатольевич – соискатель кафедры оперативной хирургии с курсом факультетской хирургии медицинского института Орловского государственного университета, e-mail: anperkov@yandex.ru
3. Затолокина Евгения Ивановна – ассистент кафедры оперативной хирургии с курсом факультетской хирургии медицинского института Орловского государственного университета, e-mail: zatolokin@mail.ru