

О.Г. Котенко, Д.О. Федоров, О.М. Остапишен, К.О. Юзвик

## РОЛЬ ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ДОСТУПУ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ЗЛОЯКІСНИХ І ДОБРОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ПЕЧІНКИ

Державна установа «Національний інститут хірургії та трансплантології АМН України ім. О.О. Шалімова», м. Київ

### ВСТУП

Незважаючи на те, що за останні двадцять років мініінвазивні методики зробили стрімкий стрибок у своєму розвитку, багато гепатобіліарних хірургів досить скептично ставляться до широкого впровадження лапароскопічного доступу для виконання резекцій печінки. Це обумовлено, по-перше, технічними складнощами та ризиками процедури, по-друге – необхідністю додаткового спеціалізованого навчання. Проте поступово кількість клінік, де виконують даний вид операцій, зростає, що вимагає детального вивчення та оцінки методики та систематизації підходу до неї. З огляду на це у відділі хірургії та трансплантації печінки Державної установи «Національний інститут хірургії та трансплантології АМН України ім. О.О. Шалімова» в рамках надання високоспеціалізованої допомоги третинного рівня впроваджено виконання анатомічних лапароскопічних резекцій пацієнтам з осередковою патологією печінки.

**Метою** даного дослідження була оцінка результатів власного досвіду виконання резекцій печінки лапароскопічним доступом і визначення категорій пацієнтів, для яких цей доступ матиме найбільші переваги.

### МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

До дослідження включено 33 пацієнти з доброякісною та злоякісною патологією печінки, оперованих за допомогою лапароскопічного доступу з грудня 2016 по жовтень 2018 року. Серед пацієнтів було 5 чоловіків і 28 жінок, а їх вік варіював від 20 до 69 років. Показаннями до виконання резекції печінки були в 78,7% випадків доброякісні новоутворення (в 7 хворих – симптомний гемангіоматоз, у 9 – аденома печінки, в 6 – ехінококоз печінки, у 3 – цистаденома печінки, в 1 – ангиоліптома) та в 21,2% – злоякісні (в 4 пацієнтів – гепатоцелюлярна карцинома, в 3 – метастатичні ураження печінки).

Розмір новоутворення варіював від 5,3 см до 9,4 см ( $7,2 \pm 3,4$  см). У жодного з пацієнтів зі злоякісними пухлинами не виявлено інвазії в магістральні судини. Двоє з чотирьох пацієнтів із гепатоцелюлярною карциномою мали цироз печінки вірусного генезу з функціональним станом Child A. У 7 (21,2%) пацієнтів було морбідне ожиріння I ст. У 4 (12,1%) пацієнтів в анамнезі були попередні втручання в черевній порожнині: в 2 – резекція частини товстого кишечника з приводу аденокарциноми, в 1 – лапаротомія з приводу внутрішньочеревної кровотечі, в 1 – правобічна трисекційектомія з тотальною каудальною лобектомією, резекцією та протезуванням нижньої порожнистої вени.

### РЕЗУЛЬТАТИ

У 17 (51,5%) пацієнтів виконано лівобічну латеральну секційектомію, в 4 (12,1%) – лівобічну гемігепатектомію, в 3 (9,09%) – бісегментектомію 5-6, в 1 (3,03%) – правобічну задню секційектомію, в 6 (18,1%) – анатомічну сегментектомію (5 або 6), у 2 (6,06%) – субсегментарну резекцію. Середня тривалість операції становила 4,2 год. ( $256 \pm 88$  хв.). Крововтрата склала  $314,1 \pm 280,1$  мл. Використовували 5-троакальний доступ, тиск карбоксиперитонеуму підтримували на рівні 12-15 мм рт. ст. Екстракорпоральне приймання Принглу використовували в 14 (42,4%) хворих інтервалами 15-5 хв. Середня тривалість перетискання печінкового притоку склала  $55,7 \pm 7,6$  хв. Транссекцію виконували шляхом краш-клампу затискачем типу «мерленд» із селективним кліпсуванням виділених структур. Макропрепарат видаляли через доступ за Пфаненштілем або через повторний розтин у місці рубця від попереднього втручання. В усіх пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями отримано гістологічне підтвердження R0 резекції. Усіх пацієнтів вели згідно з протоколом ERAS, який включає ранню мобілізацію та раннє годування після активізації перистальтики. Дренажі видаляли на 2-3-ю добу, після УЗ-контролю. Поопераційний період перебігав без значних ускладнень у всіх 33 хворих, у 4

хворих виникли незначні ускладнення – сероми поопераційної рани (1-2 ст.) за Клав'єном. Помірно виражений больовий синдром спостерігали в 5 (21,2%) хворих, що вимагало введення анальгетиків на 1-2-у поопераційну добу. В однієї пацієнтки спостерігали інтраабдомінальне рідинне скупчення, що не вимагало інтервенції. Загальна морбідність склала 18,1%, середня тривалість поопераційного періоду –  $7,7 \pm 4,4$  доби.

### ВИСНОВКИ

1. Виконання резекцій печінки лапароскопічним доступом дозволяє отримати задовільні

результати за показниками морбідності, тривалості поопераційного перебування в стаціонарі та рівнем R0 резекцій в онкологічних пацієнтів.

2. Оптимальними для лапароскопії є солітарні ураження розмірами до 10 см, що не інвазують у магістральні порталні або кавальні структури.

3. Наявність попередніх втручань на органах черевної порожнини не є абсолютним протипоказанням до лапароскопічного доступу для виконання резекцій печінки.

*Дата надходження до редакції 17.10.2018 р.*