

УДК 616.381-006-089:616.37:616.411]-089.227

В.І. Русин, В.В. Корсак, С.І. Попович, К.Є. Румянцев, О.М. Тернушак

МЕТОДИКА МОБІЛІЗАЦІЇ «EN BLOC» – ОДНИМ БЛОКОМ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА СЕЛЕЗІНКИ ДЛЯ ПОЛЕГШЕННЯ РЕЗЕКЦІЇ ВЕЛИКИХ ПУХЛИН У ЛІВОМУ ВЕРХНЬОМУ КВАДРАНТІ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ*Ужгородський національний університет*

Прооперовано 11 пацієнтів з приводу пухлин лівого верхнього квадранту черевної порожнини. Серед них: 6 пацієнтів з раком лівої нирки, 2 пацієнти – пухлини наднирникових залоз, 1 – пухлина заочеревинного простору, 2 – пухлини хвоста підшлункової залози (ПЗ). Всі 11 пацієнтів з пухлинами лівого верхнього квадранту живота були оперовані з використанням методики мобілізації «En Bloc» підшлункової залози та селезінки, через доступ по типу «Chevron».

Ключові слова: пухлини лівого верхнього квадранту черевної порожнини, хірургічний доступ, мобілізація підшлункової залози.

На протязі останніх років в Україні відмічається невпинне зростання захворюваності на рак нирки. Захворюваність в Україні складає 10,3 на 100 тис. населення. У США та Західній Європі показники захворюваності вищі на 40-50%. Згідно Національному інституту раку, найбільша частота раку нирки наголошується в таких країнах, як США, Канада, Північна Європа, Австралія і Нова Зеландія. Найнижча частота раку нирки – в країнах Азії: Таїланді, Китаї та на Філіппінах [4].

Пухлини надниркових залоз відносять до числа найбільш тяжких і складних форм ендокринної хірургічної патології. Уточнених даних стосовно частоти пухлин наднирників не виявлено, оскільки не завжди вчасно ця патологія діагностується або ж діагностується випадково. У структурі хірургічної патології надниркових залоз на частку пухлин припадає 35-40%. Частота пухлин наднирників при аутопсії коливається від 1,4 до 9%, а за даними КТ становить від 0,4 до 4,4%. Спостерігається зростання частоти захворюваності серед дітей до 5 років та у хворих старших за 40-50 років. Пухлини наднирників частіше бувають у жінок (58,6%), ніж у чоловіків (41,4%) [5, 6].

Злоякісні пухлини (рак) підшлункової залози – захворювання досить рідке, але надзвичайно агресивне. Частота його виникнення приблизно 10-15 випадків на 100 тисяч населення в рік. В структурі захворюваності частіше хворіють чоловіки, ніж жінки, переважно після 55-60 років. Хвороба частіше зустрічається в розвинених країнах. Щодо місця роз-

ташування пухлини (локалізації) то найчастіше спостерігається рак головки залози – 50-60%, на другому місці тотальне враження залози – 15-20%, рак тіла або хвоста зустрічається приблизно в 5-10% випадків. Неорганні заочеревинні пухлини складають до 0,3% від усіх новотворів людини [2].

Основним методом лікування даних патологій є видалення останніх. Хірурги використовують різні методи для доступу до патології в цих анатомічних областях. У деяких ситуаціях типові хірургічні доступи недостатні. Одним із прикладів є велика пухлина в лівому верхньому квадранті черевної порожнини.

Стандартними хірургічними доступами для видалення пухлин у лівому верхньому квадранті черевної порожнини: боковий, трансабдомінальний через підребер'я або серединний розріз, або торакоабдомінальний доступи. Хоча ці доступи використовуються в багатьох випадках, вони можуть бути такими, що не підходять для великих пухлин, які можуть поширюватися на ніжки діафрагми і можуть збільшити складність операції [3, 8].

В нашій роботі ми наводимо опис нового хірургічного підходу. Спочатку, розширений підреберний розріз забезпечує відмінну візуалізацію структур в лівому верхньому квадранті черевної порожнини. Згодом, коли селезінка та підшлункова залоза і, при необхідності, шлунок мобілізовані, телескопічний ефект, що притаманний відомим іншим доступам, –

зникає і великі маси можна безпечно видалити [7]. Мобілізація цих структур до середньої лінії вигідно з двох причин: вона демонструє лівий купол діафрагми і ніжки діафрагми, що дозволяє хірургові працювати в розширеному операційному полі, а також дозволяє візуалізувати верхній відділ черевної аорти і порожнистої вени для кращого судинного контролю.

Мета роботи – впровадити метод мобілізації одним блоком селезінки та підшлункової залози для полегшення резекції пухлин в лівому верхньому квадранті черевної порожнини.

Матеріал та методи

За останні три роки на базі хірургічної клініки Ужгородської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака прооперовано 11 пацієнтів з приводу злоякісних новоутворень лівого верхнього квадранту черевної порожнини. У 6 пацієнтів були великі пухлини лівої нирки, у 2 – наднирникових залоз, 1 – пухлинна позаочеревинного простору та 2 – пухлини хвоста підшлункової залози (ПЗ). Діагностичний алгоритм складався із всебічного ультразвукового обстеження нирок, наднирникових залоз, підшлункової залози, за очеревинного простору, ниркових судин та НПВ («Аloka-3500», Японія; «My Lab-50», Італія, «Zonare», США). З метою визначення функції нирок проводили реносцинтиграфію на емісійному КТ «Тамара» (ГКС-301Т). При підозрі на втягнення у процес НПВ пацієнтам виконували магніто-резонансну томографію та ілеокаваграфію («Somatom-CRX», Siemens; «Wandong Medical, I-open 0,36T»; «Integris-2000 DSA», Philips).

Техніка операції: мобілізації одним блоком селезінки та підшлункової залози.

Пацієнт знаходиться в положенні лежачи на спині. Використовують білатеральний підреберний розріз Kocher в модифікації по типу «Chevron». Розріз у лівому підребір'ї виконується на три пальці нижче та паралельно реберного краю і поширюється до передньої підпахвинної лінії. Розріз поширюється на праву сторону до латерального краю прямого м'язу живота, з'єднуючи по середній лінії косо поперечного розрізу, вертикально до мечевидного відростка. Операція розпочинається з мобілізації селезінкового кута товстої кишки з пересіченням селезінково-діафрагмальної зв'язки (див. рис.).

Селезінка мобілізована і використовується в якості «ручки кошика», щоб підняти хвіст підшлункової залози. Особливу увагу слід звернути на те, щоб не відбувалася надмірна тяга на селезінку. Необхідно тягнути в медіальному напрямку, внаслідок чого вирівнюються як селезінково-діафрагмальна так і сплено-ренальна зв'язки. Зв'язки розділяють за допомогою електрокоагуляції. Селезінка повинна бути прямо відділена від фасції Герота і діафрагми, щоб запобігти пневмотораксу. Розріз проводиться шляхом розсічення парієнтальної очеревини в латеральному каналі по лінії Тольда, щоб змістити товсту кишку медіально. Аналогічно розріз парієнтальної очеревини поширюється наверх до ніжок діафрагми. Хірург виділяє селезінку і ліву половину товстої кишки до середньої лінії і, у той же час, виділяє позбавлену судин площину, що складається з фіброзної і жирової тканини близько 1 см від задньої поверхні капсули підшлункової залози. Це допомагає у виділенні підшлункової залози від оточуючих тканин. У той же час, хвіст підшлункової залози та її тіло можуть бути підняті вперед до середньої лінії, що дозволяє подальшому виділенню тканин. Важливими є такі положення:

- візуалізувати і зберегти селезінкову артерію та вену;



Рис. Розсічення селезінково-діафрагмальної зв'язки

- використовувати селезінку як «ручку кошика»;
- уникати непотрібних тяги за селезінку, що може викликати пошкодження капсули і кровотечу;
- уникати розрізів на тілі підшлункової залози;
- уникати пошкодження серозної оболонки шлунка підчас мобілізації задньої поверхні шлунка;
- виявлення та збереження нижньої брижової вени на нижній поверхні підшлункової залози;
- дотримуватися принципу мобілізації одним блоком, а не шляхом окремого розсічення органів.

З цією метою, селезінка продовжує залишатися прикріпленою до великої кривизни шлунка за допомогою лівої шлунково-сальникової та коротких шлункових судин.

Межею цієї диссекції є стінка черевної аорти, де ми оцінюємо відходження черевного стовбуру та верхньої брижової артерії. Тонкий кишківник при цьому, виділений для візуалізації нижнього відділу черевної аорти та НПВ, зміщується, також, вправо від середньої лінії.

Для виконання нефректомії, після розсічення селезінково-товстокишкової зв'язки диссекція триває до візуалізації лівої ниркової вени. Ліва ниркова вена візуалізується, перетинаючи аорту трохи нижче верхньої брижової артерії. Далі виділяється проксимальний відділ сечоводу, який легко візуалізується між нижнім полюсом нирки і НПВ або аортою. Після перев'язки сечоводу двома лігатурами між якими він пересікається, нижній полюс нирки відводиться латерально, звільняючи доступ до ниркової артерії. Для доступу до ниркової артерії спочатку знаходять та перев'язують поперекову, ліву наднирникову та гонадну вени, що впадають в ліву ниркову вену. Після достатньої мобілізації виконується перев'язка ниркової артерії між двома лігатурами та відсічення останньої. Ниркова вена перев'язується між двома лігатурами та відсікається. Повністю мобілізована патологічно змінена нирка видаляється з ложа. Завершальним етапом операції є виконання аортокавальної лімфодесекції.

Часто, у присутності великої ниркової маси з або без тромбозу НПВ, є наявність великої

кількості колатеральних судин. Вони повинні бути ретельно перев'язані для запобігання кровотрати.

Таким чином, весь заочеревинний простір візуалізується шляхом розрізу перитонеального кріплення селезінки, поперечно-ободової та низхідної частини товстої кишки з електрокоагуляцією фіброзної і жирової тканини задньої поверхні підшлункової залози.

При цьому, пошкодження життєво важливих органів мінімізується шляхом меншого контактування з тканинами. У залежності від поширеності пухлини і пов'язаних з нею лімфатичних вузлів і судин, візуалізуються аорта та НПВ. Цей метод мобілізації є похідним від швидкого принципу деваскуляризації, який використовується під час забору органів черевної порожнини реципієнта для мультивісцеральної пересадки [8, 10, 12]. При наявності щільних спайок і колатералів, ураженні органи повинні бути швидко деваскуляризовані, щоб зменшити кровотрату. Це вимагає швидкого доступу до черевної та верхньої брижових артерій. Мобілізовану селезінку, підшлункову залозу, шлунок, і, іноді, тонкий кишківник загортають у вологі рушники і вкладають під правий купол діафрагми виводячи аорту і весь лівий заочеревинний простір від ніжок діафрагми до порожнини малого тазу та біфуркації аорти.

Результати та обговорення

Резекція великих пухлин в лівому верхньому заочеревинному просторі є складним завданням через їх відносну недоступність, високий відсоток кількох патологічних знахідок, і складністю судинної анатомії. Традиційно використовують або боковий або торакоабдомінальний доступи. Обидва ці підходи мають суттєві недоліки в складних випадках; чим глибше в рану, тим більш вираженим стає телескопічний ефект. Потрібна хороша експозиція і контроль операційного поля. Ці методи, звичайно, використовуються в тих випадках місцевого ураження, які не вимагають активної мобілізації органів. Рішення про спосіб операції часто робиться на основі передопераційної променевої діагностики, патології (за наявності), лабораторних показників при необхідності, і інших відповідних досліджень для формування згуртованої клінічної оцінки пухлинної інвазії. При великих пухлинах верх-

нього лівого квадранту черевної порожнини ми використовуємо трансабдомінальний, підреберний розріз середньої лінії з мечевидно-стернальним розповсюдженням (якщо підреберний розріз продовжується на дві сторони). Цей доступ дозволяє адекватно розтягнути реберні краї за допомогою ранорозширювачів і усуває необхідність в торако-абдомінальному доступі.

Крім того, щоб уникнути раніше підкреслений телескопічний ефект, цей підхід дозволяє розширити операційне поле, що ще більше, допомагає цілком мобілізувати селезінку, підшлункову залозу і шлунок. Крім того, цей маневр допомагає окреслити судинні області, демонструючи верхню черевну аорту, а також НПВ, коли це потрібно. Таким чином, безпечне видалення цих пухлин можна з відмінним судинним контролем.

Всі 11 пацієнтів з пухлинами в лівому верхньому квадранті живота були оперовані з використанням вище описаної техніки. В одному випадку, при II рівні поширення пухлинного тромбу в НПВ (за класифікацією клініки Mayo) – виконували тромбектомію з НПВ зліва.

Серед ускладнень ми спостерігали в одному випадку – частковий надрив капсули селезінки, у другому випадку – лівобічний пневмоторакс. Летальних випадків не було.

Як зазначено вище, ряд додаткових методів існують і повинні бути використані для надання допомоги в безпечному завершенні цієї операції. Надзвичайно важливо використовувати селезінку як "ручку кошика" для отримання раннього судинного контролю над місцевими структурами заочеревинного простору лівого верхнього квадранту черевної порожнини. Повна мобілізація шлунка з селезінкою через ліву шлункову артерію та коротких шлункових артерій дозволяє значно покращити експозицію, з додатковою перевагою відсутності судинних маніпуляцій на цих артеріях для досягнення кінцевої мети – видалення пухлини.

Техніка операції запозичена з мультівісцеральної трансплантації, що дає можливість краще візуалізувати нижню порожнисту вену та верхній відділ черевної аорти для кращого судинного контролю.

Висновки

Метод мобілізації підшлункової залози та селезінки одним блоком дозволяє полегшити видалення великих пухлин лівого верхнього квадранту черевної порожнини та заочеревинного простору.

МЕТОДИКА МОБИЛІЗАЦІЇ «EN BLOC» – ОДИН БЛОКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЇ ЖЕЛЕЗИ І СЕЛЕЗІНКИ ДЛЯ ОБЛЕГЧЕННЯ РЕЗЕКЦІЇ БОЛЬШИХ ОПУХОЛЕЙ В ЛЕВОМ ВЕРХНЕМ КВАДРАНТЕ БРЮШНОЇ ПОЛОСТИ

В.І. Русин, В.В. Корсак, С.І. Попович, К.Е. Румянцев, О.М. Тернуцак

Прооперовано 11 пацієнтів з опухольми левого верхнього квадранта брюшной полости. Среди них: 6 пациентов с раком левой почки, 2 пациента – опухоли надпочечников, 1 – опухоль забрюшинного пространства, 2 – опухоли хвоста поджелудочной железы (ПЖ). Все 11 пациентов с опухолями левого верхнего квадранта живота были оперированы с использованием методики мобилизации «En Bloc» поджелудочной железы и селезенки, через доступ по типу «Chevron».

Ключевые слова: опухоли левого верхнего квадранта брюшной полости, хирургический доступ, мобилизация поджелудочной железы.

METHOD OF «EN BLOC» MOBILISATION OF THE PANCREAS AND SPLEEN TO FACILITATE RESECTION OF LARGE TUMORS OF THE UPPER QUADRANT OF THE ABDOMEN

V.I. Rusyn, V.V. Korsak, S.I. Popovich, K.Ye. Roumjantsev, O.M. Ternuschak

Eleven patients with tumors of the upper left quadrant of the abdominal cavity were operated. Among them: 6 patients with cancer of the left kidney, 2 patients – adrenal gland tumors, 1 – retroperitoneal space tumors, 2 – cancer of the pancreas tail. All 11 patients with tumors of the upper left quadrant of the abdomen were operated on using techniques of mobilization “En Bloc” of the pancreas and spleen, by accessing the type «Chevron».

Key words: tumors of the left upper quadrant of the abdomen, surgical approach, mobilization of the pancreas.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бакланова О.В. Рак почки, осложненный венозной инвазией: отдаленные результаты лечения / О.В. Бакланова, Е.В. Ковалев, Р.И. Расулов / XIII Российский онкологический конгресс: тез. докл. – 2009. – С. 376–377.
2. Василькевич К.Ю. Диагностика неорганных новообразований заочеревинного простору / К.Ю. Василькевич // Галицкий лікарський вісник. – 2005. – № 1. – С. 21–23.
3. Дворниченко В.В. Результаты хирургического лечения больных раком почки, осложненного венозной инвазией / В.В. Дворниченко, О.В. Бакланова, Р.И. Расулов // Актуальные проблемы клинической медицины: Материалы XIII итоговой науч.-практ. конф. Иркутского ГИУВа. – 2008. – С. 117.
4. Відкриті тромбектомії із нижньої порожнистої вени у хворих на рак нирки / В.І. Русин, Ю.А. Левчак, В.В. Корсак [та ін.] // Український журнал малоінвазив-

- ної та ендоскопічної хірургії. – 2008. – Vol. 12., № 1. – С. 13-16.
5. Рак нирки в Україні, 2005 – 2006. Бюл. нац. канцерреєстру України. Київ, 2007. – № 7. – С. 49-50.
 6. Сайдакова Н.О. Деякі показники онкоурологічної допомоги / Н.О. Сайдакова, Л.М. Старцева, Н.Г. Кравчук // Основні показники урологічної допомоги в Україні за 2007-2008 роки. – Київ, 2009. – С. 141-174.
 7. Стандарти діагностики та лікування ендокринних захворювань / За ред. член.-кор. НАН та АМН України, проф. М.Д. Тронька // Довідник «VADEMECUM info ДОКТОР Ендокринолог». – К.: ТОВ «ГІРА»: «Здоров'я України», 2005. – С. 312.
 8. Current and Future Trends in the Treatment of Renal Cancer / T. Keane, D. Gilatt, C. Evans [et al.] // Eur. Urol. Suppl. – 2007. – № 6. – P. 374-384.
 9. Renal cell cancer stage migration: analysis of the National Cancer Data Base / C.J. Kane, K. Mallin, J. Ritchey [et al.] // Cancer. – 2008. – Vol. 113. – P. 78-83.
 10. En Bloc Mobilization of the Pancreas and Spleen to Facilitate Resection of Large Tumors, Primarily Renal and Adrenal, in the Left Upper Quadrant of the Abdomen: Techniques Derived from Multivisceral Transplantation / G. Ciancio, A. Vaidya, S. Shirodkar [et al.] // Eur Urol. – 2009. – Vol. 9. – P. 132-136.
 11. Carcia J.A. Recent progress in the management of advanced renal cell carcinoma / J.A. Carcia, B.I. Rini // CA Cancer J. Clin. – 2007. – Vol. 57. – P. 112-125.
 12. Ciancio G. The use of liver transplant techniques to aid in the surgical management of urological tumors / G. Ciancio, C. Hawke, M. Soloway // J. Urol. – 2000. – Vol. 164. – P. 665-672.

Стаття надійшла 21.09.2011