

# ПОПЕРЕЧНЫЙ ТОННЕЛЬ ПОД УСТЬЯМИ ГЛАВНЫХ ПЕЧЕНОЧНЫХ ВЕН – АЛЬТЕРНАТИВА PIGGYBACK МОБИЛИЗАЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ УДАЛЕНИИ ОПУХОЛЕВЫХ ТРОМБОВ НПВ

Д.В. Шукин<sup>1,2</sup>, И.А. Гарагатый<sup>1,2</sup>, Н.Н. Поляков<sup>2</sup>, Г.Г. Хареба<sup>1,2</sup>,  
В.Н. Демченко<sup>2</sup>, П.В. Мозжаков<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Харьковский национальный медицинский университет

<sup>2</sup> Харьковской областной центр урологии и нефрологии им. В.И. Шановала

**Введение.** Хирургическая техника удаления опухолевых тромбов НПВ без искусственного кровообращения требует использования piggyback мобилизации печени, которую в ряде случаев выполнить весьма сложно или невозможно из-за анатомических особенностей ретропеченочной НПВ и дорзальных печеночных вен. Мы исследовали выполнимость и рискованность, предложенной нами в 2013 году хирургической техники, которая позволяет избежать проблем piggyback мобилизации. Эта методика заключается в формировании поперечного тоннеля между главными печеночными венами и передней стенкой нижней полой вены. Ранее были опубликованы результаты анатомического исследования, посвященного возможности использования этого маневра. Данная работа представляет сравнительный анализ клинического опыта piggyback мобилизации печени и формирования поперечного тоннеля под устьями главных печеночных вен.

**Материал и методы.** Среди 69 пациентов с распространением опухоли в нижнюю полую вену различные методики мобилизации печени использовались в 27 (39,1%) случаях. В исследование были включены 23 пациента, которым выполнялась радикальная нефрэктомия с удалением опухолевых тромбов ретропеченочного или супрадиафрагмального отдела НПВ без искусственного кровообращения. У 15 больных применялась техника piggyback мобилизации печени, у 8 – методика создания поперечного тоннеля под устьями главных печеночных вен.

**Результаты.** Успешно выполнить piggyback мобилизацию удалось в 12 (80,0%) наблюдениях, тогда как формирование тоннеля было возможно в 4 (50,0%) случаях. Количество перевязанных вен при piggyback мобилизации печени

варьировало от 4 до 12 и составляло в среднем 7,1. Невозможность piggyback мобилизации была связана с наличием большого количества очень коротких дорзальных печеночных вен. У 2 больных также имелась выраженная хвостатая доля печени, которая охватывала большую часть окружности ретропеченочного отдела НПВ, что существенно затрудняло выполнение данного маневра. В этих ситуациях перевязывалась и пересекалась только часть дорзальных вен, а контроль верхнего конца тромба осуществлялся наложением сосудистого зажима выше уровня устьев главных печеночных вен. Среди 4 пациентов из группы поперечного тоннеля, у которых не удалось завершить этот маневр, в двух случаях успешно выполнена piggyback мобилизация печени. В остальных 2 наблюдениях при васкулярной изоляции тромба мы также использовали наложение зажима выше уровня устьев печеночных вен. Продолжительность этапа piggyback мобилизации печени была значительно выше, чем время формирования тоннеля под устьями главных печеночных вен. Частота кровотечений и их объем были сходны в обеих группах.

**Вывод.** Наше исследование представило возможность выполнения новой хирургической техники, включающей формирование поперечного тоннеля под устьями главных печеночных вен у 50% пациентов. Мы не отметили значительных сложностей в выполнении этого маневра в случаях, когда ретропеченочный отдел полой вены был охвачен печенью менее, чем на 1/2 длины ее окружности. Использование данной методики рекомендуется только в ситуациях, когда хирург полностью уверен в возможности ее выполнения. Для более детальной и объективной оценки этого подхода необходимо дальнейшее клиническое исследование.

## Адреса для листування

Д.В. Шукин

E-mail: urology.edu.ua@gmail.com