

Rycina 13.26. Zszywanie rany.

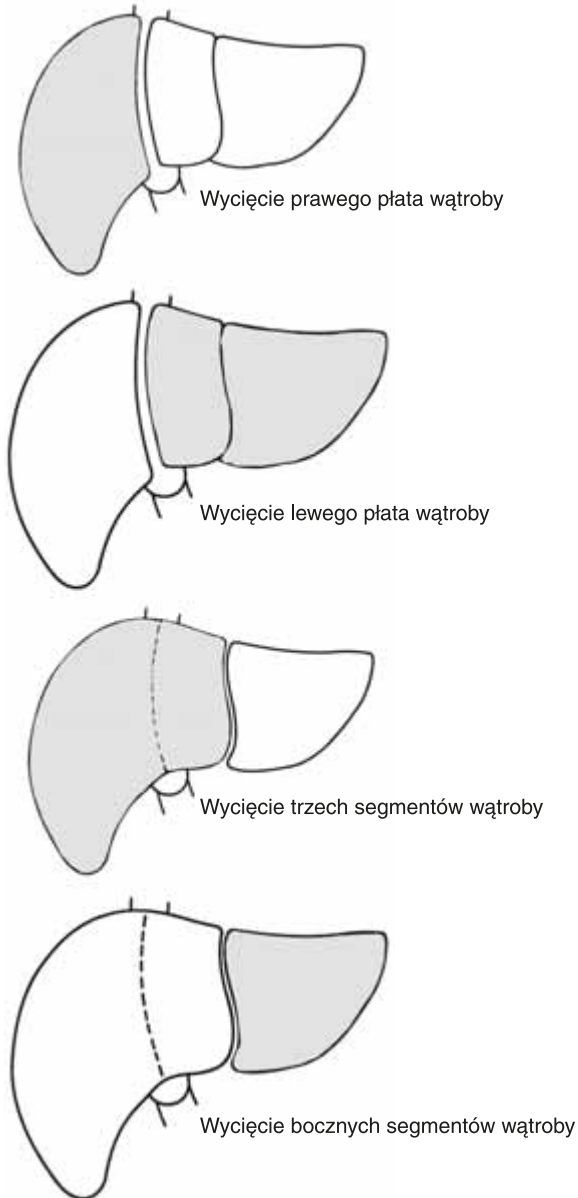
## RESEKCJA WĄTROBY

### Anatomiczne punkty orientacyjne przy resekcji wątroby

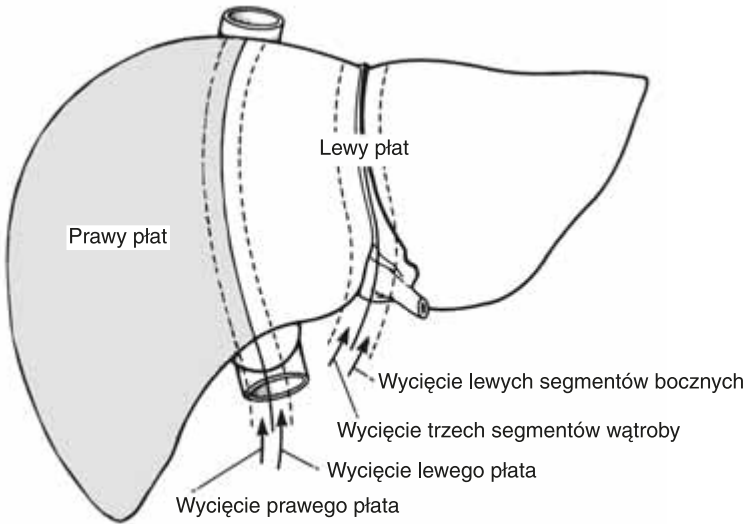
Oprócz bruzdy dzielącej boczne i przyśrodkowe segmenty lewego płata, powierzchnia przeponowa wątroby daje mało wskazówek dotyczących wewnętrznej płatowości. Pomimo tego można wykonać co najmniej cztery rodzaje płatowej i segmentarnej resekcji. Cztery najbardziej znane przedstawiono na rycinie 13.27.

Podstawowy układ naczyń krwionośnych wątroby jest bardzo zróżnicowany. Dlatego też przed każdym zabiegiem chirurgicznym należy wykonać przedoperacyjną arteriografię (angiografię) aortalną, trzewną lub selektywną. Główny pień tętniczy segmentu przyśrodkowego odchodzi od prawej tętnicy wątrobowej i przechodzi na lewo poprzez linię pośrodkową u około 25% ludzi (zob. ryc. 13.10). Podwiązanie któregośkolwiek odgałęzienia tętniczego powinny poprzedzać ręczne zamknięcie i obserwacja zmiany zabarwienia tkanki.

Ponieważ przestrzenie międzypłatowe oraz międzysegmentowe zajęte są przez żyły wątrobowe (zob. ryc. 13.14), to konieczne jest przecięcie wątroby w płaszczyźnie okołopłatowej lub okołosegmentarnej. Musi to nastąpić na prawo od żyły w przypadku wycięcia prawego płata lub trisegmentektomii oraz na lewo od żyły w przypadku wycięcia lewego płata lub segmentektomii bocznej (ryc. 13.28). Jest to niezwykle ważne w prawdziwej szczelinie międzypłatowej (pępkowej) – naczynia i przewody żółciowe mogą leżeć w szczelinie i powracać do płata przyśrodkowego bardziej odsiebnie.



**Rycina 13.27.** Rodzaje resekcji wątroby typu płatowego oraz segmentarnej (przedruk za zgodą: Skandalakis J.E., Gray S.W., Rowe J.R. Anatomical Complications in General Surgery. McGraw-Hill, New York 1983).



**Rycina 13.28.** Płaszczyzny cięcia wątroby w przypadku lobektomii oraz segmentektomii. Trisegmentektomia obejmuje segmenty przednie i tylne prawego płata oraz segment przyśrodkowy płata lewego (przedruk za zgodą: Skandalakis J.E., Gray S.W., Rowe J.R. *Anatomical Complications in General Surgery*. McGraw-Hill, New York 1983).

### Uwaga:

- W każdym przypadku resekcji wątroby zastosowanie chirurgicznego aspiratora ultradźwiękowego ułatwia odsłonięcie oraz podwiązanie tętnic, żył i przewodów w obrębie miększu wątroby. Laser argonowy przydaje się w obrębie miększu w przypadku krwawienia z małych naczyń, które nie zostały podwiązane.

## Wycięcie lewego płata wątroby

W przypadku wycięcia lewego płata wątroby należy podwiązać lewą tętnicę wątrobową, żyłę wrotną oraz przewód żółciowy. Przecięcie więzadła trójkątnego pozwoli na uwolnienie lewego płata wątroby. Cięcie poprzeczne powinno podążać linią od lewej strony dołu pęcherzyka żółciowego do lewej strony dołu żyły głównej dolnej (ryc. 13.28). Żyły wątrobowe lewe oraz pośrednie należy odsłonić i podwiązać wewnątrz wątroby.

W większości przypadków żyły wątrobowe lewe oraz pośrednie tworzą wspólny pień przed wyjściem z wątroby. Najlepszym rozwiązaniem jest podwiązanie żył wątrobowych na końcu preparowania, aby uzyskać pewność, że podwiązano