

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КАВАЛЬНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Мартынец Н. Н., Сигаев А.В.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»
кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
г. Минск*

Актуальность. В настоящее время трансплантация печени является единственным радикальным методом лечения взрослых и детей с терминальными заболеваниями печени. Количество выполняемых в год трансплантаций печени в США составляет 21,4 на 1 млн населения, в странах Европы в среднем 13,6. В настоящее время трансплантация печени показана при следующих группах заболеваний: терминальные стадии холестатических и нехолестатических заболеваний печени, печеночная недостаточность и метаболические заболевания печени, а также новообразования. У детей ведущими показаниями являются врожденная патология печени и желчевыводящих путей. У взрослых — цирроз печени в исходе хронических вирусных гепатитов, алкогольный цирроз, первичный билиарный цирроз, первичный склерозирующий холангит и др. При выполнении данной операции зачастую возникает вопрос предпочтительности выбора кавальной реконструкции. Нередко, после выполнения лапаротомии и начала гепатэктомии, становится очевидно, что невозможно выполнить первоначальный план операции, в связи с анатомическими особенностями, массивным спаечным процессом либо в связи с осложнениями, такими, как острая массивная кровопотеря.

Цель: проанализировать особенности выбора метода кавальной реконструкции при трансплантации печени.

Материал и методы. Нами было проанализировано 25 протоколов операций ортотопической трансплантации печени.

Результаты. Приоритетным вариантом кавальной реконструкции является формирование каво-кава анастомоза «конец в конец» - 88% от всех операций. На анастомоз «конец в бок» пришлось 0,08%, а на анастомоз «бок в бок» - 0,04%.

Выводы:

1. Выбор анастомоза «конец-конец», «конец в бок», «бок в бок» обусловлен гемодинамикой пациента, а также топографо-анатомическими особенностями состояния систем донора и реципиента.

2. Кава-кава анастомоз должен быть максимально широким для предупреждения нарушения венозного оттока.

Литература

1. Приложение 6 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь 05.01.2010 № бклинический протокол трансплантации печени

2. Способы ортотопической трансплантации печени с сохранением нижней полой вены реципиента Д.А. Гранов, Ф.К. Жеребцов, В.Н. Полысалов, В.В. Осовских, В.В. Боровик, И.О. Руткин Центральный научноисследовательский институт Росздрава (директор – академик РАМН А.М. Гранов), СанктПетербург

3. Всероссийский учебно-научно-методический центр по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию оренбургская государственная медицинская академия

4. И. И. КАГАН Топографическая анатомия и оперативная хирургия в терминах, понятиях, классификациях

5. Интраоперационный выбор техники кава-кавальной реконструкции при ортотопической трансплантации печени Корнилов М. Н., Милосердов И. А., Погребниченко И. В., Матвеев Ю. Г. Сайдулаев Д. А., Попцов В. Н., Мойсюк Я. Г., Готье С. В. ФГУ «НИИ трансплантологии и искусственных органов Росмедтехнологий», Москва.