

**Штурич И.П., Кирковский Л.В., Савченко А.В., Коротков С.В.,
Щерба А.Е., Руммо О.О.**

ОПЫТ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ ХОЛАНГИОПАТИИ ПОСЛЕ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ДОНОРА СО СМЕРТЬЮ МОЗГА

*ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и
гематологии»*

Введение. Ишемические повреждения желчных протоков являются наиболее тяжелым вариантом билиарных осложнений после ортотопической трансплантации печени, частота их составляет 5 – 15 %.

Цель. Продемонстрировать случай успешного лечения пациента с ишемическим повреждением внепеченочных желчных протоков после ортотопической трансплантации печени от донора со смертью мозга.

Материалы и метод. Под наблюдением находился пациент К., 58 лет, которому выполнена операция ортотопическая трансплантация печени от донора со смертью мозга по поводу гепатоцеллюлярного рака на фоне цирроза печени вирусной «С» этиологии в отделении трансплантации ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии».

Результаты. Ортотопическая трансплантация печени выполнена после проведения пациенту кратковременной предоперационной подготовки, кровопотеря составила 600 мл, агепатический период 50 мин., общая ишемия – 5 ч 35 мин., тепловая – 45 мин. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений, лечение проводилось согласно протоколам МЗ Республики Беларусь. В удовлетворительном состоянии пациент на 11 сутки после операции выписан на амбулаторное лечение. Через 2 недели после выписки из стационара у пациента наступило ухудшение состояния – с клинической картиной распространенного перитонита пациент повторно госпитализирован. При выполнении компьютерной томографии с ангиографией установлен стеноз печеночной артерии в области анастомоза на 80% - коррекция стентированием в условиях рентгенэндоваскулярной операционной. В экстренном порядке пациенту проведена операция – релапаротомия, на которой выявлена несостоятельность билиарного анастомоза по передней стенке с поступлением желчи в свободную брюшную полость. Края донорского и реципиентского желчных протоков иссечены. На Т-образном дренаже выполнена билиарная реконструкция – сформирован холедохо-холедохоанастомоз нитью корален 4/0. Через 2 суток потребовалась повторная операция вследствие сохраняющегося пареза тонкой кишки – выполнена назоинтестинальная интубация и декомпрессия, санация брюшной полости. На 29 сутки после последней операции пациент выписан на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии. Через 3 месяца после билиарной реконструкции начато постепенное перекрытие дренажной трубки

в течение 2 недель, затем – полное. Пациент через 6 месяцев после повторных вмешательств на желчевыводящих протоках госпитализирован в отделение трансплантации. При выполнении фистулографии контрастированы внутри- и внепеченочные желчные протоки, отмечен своевременный сброс контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку. Пациенту произведена ФЭГДС. Выполнена канюляция фатерова соска, введен контраст, законтрастированы желчевыводящие протоки. В области холедохо-холедохоанастомоза, в 7,5 см от фатерова соска визуализирован дренаж Кера. Правый, левый печёночные протоки не расширены. Выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Через область анастомоза проведена струна-проводник, дренаж Кера удалён из гепатикохоледоха. По проводнику с помощью постановщика стентов в гепатикохоледох проведен пластиковый стент (9,0 см длиной, 10Fr). По стенту в двенадцатиперстную кишку поступает желчь. Дополнительных затеков контрастного вещества не выявлено. На 6 сутки после оперативного вмешательства пациент выписан на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Лечение ишемических повреждений желчных протоков должно быть начато как можно быстро и, в первую очередь, направлено на восстановление васкуляризации. Необходимо отдавать предпочтение эндоскопической коррекции желчеоттока, если такая не возможна – выполнять открытую билиарную реконструкцию. Проведение ретрансплантации печени может рассматриваться у пациентов с невозможностью коррекции желчеоттока при наличии вторичного билиарного цирроза, рецидивирующего холангита или прогрессирующего холестаза.