

Мартынец Н. Н., Санько М. И.
**ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КАВАЛЬНОЙ
РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ**
*Научные руководители канд. мед. наук, доц. Маркауцан П. В.,
ассист. Ключ Е. А.*

*Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
Белорусский государственный медицинский университет, 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 о 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 кава-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.