

МЕТОДИКА КАВАЛЬНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ПОСМЕРТНОГО ДОНОРА — ВЫБОР ХИРУРГА ИЛИ АНЕСТЕЗИОЛОГА

Готье С.В.^{1,2}, Попцов В.Н.¹, Корнилов М.Н.¹, Пчельников В.В.¹, Зубенко С.И.¹

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова» Минздрава России, Москва

² ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

С момента начала клинической трансплантации печени, впервые осуществленной Т. Starzl в 1963 году, собственно техника операции постоянно пересматривалась и совершенствовалась. В настоящее время методика имплантации печени хорошо разработана, и применяются ее различные модификации. Длительное время дискуссионным оставался вопрос о применении обходного вено-венозного шунтирования, но достижения современной анестезиологии и реанимации позволяют пересмотреть хирургическую тактику при выполнении оперативного вмешательства. В данной работе представлены современные подходы к взаимодействию хирурга и анестезиолога при трансплантации печени от посмертного донора.

Материалы и методы

С января 2016-го по май 2018 года в НИИЦ ТИО им. ак. В.И. Шумакова выполнено 150 трансплантаций печени от посмертного донора. Средний возраст реципиентов составил 42 [31–53] года. Все реципиенты разделены на 2 группы в зависимости от методики кавальной реконструкции: Группа I («классическая методика») – 140 (93,4%) наблюдений, группа II – варианты методики Piggy-Back (с сохранением нижней полой вены) – 10 (6,6%) наблюдений.

Результаты

Методика имплантации печени определяет, в первую очередь, продолжительность периода вторичной тепловой ишемии трансплантата. В нашем исследовании в группе I данный показатель составил 18 минут [16–24], в группе II – 15 минут [13–20] ($p < 0,05$). Показатель общей продолжительности операции находился на уровне 240 минут [180–360] и не зависел от варианта восстановления эфферентного кровотока. После окончания этапа мобилизации печени во всех случаях проводился тест с пережатием НПВ. Переход к методике с сохранением нижней полой вены был обусловлен невозможностью поддержания системной гемодинамики, несмотря на интенсивную интраоперационную терапию (волемическая нагрузка, вазопрессорная и/или кардиотоническая терапия). Из 10 наблюдений II группы только в 5 случаях показанием к сохранению нижней полой вены (НПВ) являлась гемодинамическая нестабильность.

Заключение

В настоящее время вариант кавальной реконструкции нами определяется исходя из принципа наименьшей продолжительности оперативного вмешательства как основного фактора, влияющего на течение раннего послеоперационного периода, а операцией выбора является «классическая» методика имплантации. В то же время при невозможности поддержания удовлетворительных параметров гемодинамики должен быть предусмотрен переход к методикам с сохранением нижней полой вены.