

Восканян С.Э., Оноприев В.И., Артемьев А.И.,
Костенко Л.Л., Заболотских И.Б., Данилюк П.И.,
Большот Е.В., Синьков С.В., Дегтярев В.С.,
Зыбин К.Д., Иванов К.Ф.

**ПЕРВЫЙ ОПЫТ УСПЕШНОЙ
ТРАНСПЛАНТАЦИИ
ПРАВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ
ОТ ЖИВОГО РОДСТВЕННОГО ДОНОРА
В ЮЖНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ**

*ФГУ «Российский центр функциональной
хирургической гастроэнтерологии» Росздрава,
г. Краснодар*

Цель: отразить первый успешный опыт трансплантации печени в ЮФО.

Материалы и методы. Больная К., 29 лет, с диагнозом цирроз печени вирусной этиологии «С» (ат HCV+, ат HCV Jg M+, РНК HCV), класс С по Чайлд-Пью, декомпенсация, активная фаза, синдром портальной гипертензии, состояние после оперативного лечения в 2003 году (спленэктомия, наложение спленоренального анастомоза), стадия декомпенсации: варикозное расширение вен пищевода –II-III ст., асцит, синдром гепатоцеллюлярной недостаточности, печеночная энцефалопатия I-II ст., хроническая почечная недостаточность II ст. в экстренном порядке поступила в хирургическое отделение ФГУ «РЦФХГ» Росздрава для хирургического лечения.

Учитывая тяжесть пациента и добровольное согласие родственников на близкородственную пересадку, было принято решение о пересадки доли печени. В качестве донора был отобран отец. Критериями отбора явились совместимость групп крови пациентов по АВО системе (реципиент III группы Rh «+», донор I группы Rh «+»), отсутствие патологии печени у донора, удовлетворительная ее функциональная и гистологическая характеристика (по результатам биопсии).

Краткосрочная предоперационная подготовка, включала оценку всех органов и систем реципиента и донора, общие санитарно-гигиенические мероприятия, селективную деконтаминацию кишечника и его механическую очистку.

Иммуносупрессия была начата за 12 часов до операции и включала индукцию в иммуносупрессию (даклизумаб 1 мг/кг, сандиммун-неорал 5 мг/кг/сут).

Операция выполнялась в условиях общей комбинированной анестезии (тотальная внутривенная анестезия + ингаляционная анестезия изофлюроном) с полным непрерывным мониторингом сердечно-сосудистой системы, включавший также инвазивное периферическое АД, давление заклинивание легочных капилляров, давление легочных артерий, сердечный выброс термодилуционным методом).

У донора проводилась сочетанная анестезия (ингаляционная анестезия (изофлюран) + эпидуральная анестезия (лидокаин)).

Забор правой доли печени у донора осуществлялся в условиях сохраненного портального и артериального кровотока. Диссекция долей печени производилась типично при помощи ультразвукового деструктора, биполярного электрокоагуляционного пинцета, Лига – Шу, при этом выполнялась лигирование крупных сосудистых и протоковых структур. Окончательный паренхиматозный гемостаз достигался с использованием аргон-усиленной коагуляции. Правая печеночная вена были резецирована с участком стенки нижней полой вены (НПВ), последующая пластика дефекта не привела к стенозированию просвета НПВ, а плоскость пересечения в воротах печени проходила так, чтобы не повредить внутрипеченочные портальные структуры левой доли и одновременно сохранить полноценные культы сосудистые и протоковые структуры правой доли.

Консервацию донорской печени осуществляли «back table», при этом производилась холодовая перфузия печени изотоническими растворами и консервация раствором НТК («Custodiol» Dr. Franz Kohler Chemie GmbH, Германия) по стандартной методике.

Операция у донора заканчивалась контролем гемостаза и желчеистечения.

Гепатэктомия у реципиента выполнялась с сохранением НПВ в условиях оригинального портокавального байпаса. Имплантация донорской доли печени заключалась в формировании сосудистых и билиарного анастомозов. Правая печеночная вена на «площадке» вшита в предварительно сформированное окно НПВ реципиента «конец-в-бок», далее производилось формирование анастомоза между стволом воротной вены реципиента и правой долевой портальной веной донорской печени «конец-в-конец», после чего был восстановлен кровоток в трансплантате. Минимальное кровотечение по срезу трансплантата остановлено при помощи аргон-усиленной коагуляции. Продукция желчи через 10 минут. После контроля гемостаза и продукции желчи трансплантатом сформирован артериальный анастомоз - «конец-в-конец». Билиарная реконструкция выполнена между правым долевым протоком трансплантата и участком гепатикохоледоха реципиента «конец-в-конец». Деконпрессивного дренирования билиарного дерева не применялось.

Полученные результаты. Общее время операции у реципиента составило 9 часов, у донора – 5 часов. Время тепловой ишемии составило 4 минуты, холодной ишемии – 42 минуты. Продолжительность агепатического периода составила 25 минут. Общий объем кровопотери у донора 300 мл, у реципиента – 3500 мл, при этом реинфузия аутоэритроцитарной массы аппаратом «Cell-saver» составила 1500 мл.

В связи с развитием РДСВ умеренной степени тяжести и ОПН больная в течение 37 часов после операции находилась на продленной ИВЛ. Явления ОПН были купированы консервативными мероприятиями. Реципиент получала двухкомпонентную иммуносупрессивную терапию (сандимун-неорал от 3 до 7 мг/кг/сутки, пульс-терапию метилпреднизолона с постепенным снижением дозы). Проводилась профилактика инфекционных осложнений.

На 7 сутки была выполнена чрескожная биопсия трансплантата по УЗ-контролем: морфологическое исследование трансплантата не показало явлений лимфоцитарной инфильтрации печеночной ткани.

Течение послеоперационного периода у донора без осложнений.

На 16 сутки после операции пациенты были выписаны. В настоящее время реципиент чувствует себя удовлетворительно, социально адаптировалась, находится на монокомпонентной иммуносупрессивной терапии (сандимун-неорал), период наблюдения составляет 5 месяца.

Донор также социально адаптировался, работает по профессии.

Выводы и заключения. Число больных с диффузными заболеваниями печени с исходом в терминальную стадию цирроза, которым показана пересадка печени, неуклонно возрастает, что в первую очередь связано с ростом количества больных вирусными гепатитами В и С. К сожалению, вопрос трансплантации трупной донорской печени в России стоит остро и имеет больше противников, чем сторонников. В этой ситуации родственное донорство органов является универсальной альтернативой, и позволяет излечивать инкурабельных пациентов.

Учитывая многолетний успешный опыт выполнения обширных резекций печени, наибольший опыт аутотрансплантации печени в России и наличие в ФГУ «РЦФХГ» Росздрава всех необходимых технологий, аппаратуры и высококвалифицированных специалистов, внедрение технологий трансплантации печени не явилось сложной проблемой и ее дальнейшее развитие открывает новые перспективы в радикальном лечении больных с хроническими диффузными заболеваниями печени в ЮФО.