

УДК 616.36-089:616-08-06

*В.В. Боровик, Д.А. Гранов, Ф.К. Жеребцов, Д.Н. Майстренко,
И.О. Руткин, М.И. Генералов*

ФГУ РНЦРХТ Минздравсоцразвития РФ, г. Москва

СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Сосудистые осложнения при выполнении ортотопической трансплантации печени (ОТП) и послеоперационном периоде встречаются в 5–15 % случаев. Своевременная диагностика и адекватная коррекция позволяют существенно снизить риск потери трансплантата, а также увеличить выживаемость пациентов после ОТП.

Материал и методы. С июня 1998 г. по июнь 2011-го в клинике ФГУ РНЦРХТ выполнено 98 ОТП. В 2 наблюдениях выполнялась трансплантация правой доли от живого родственного донора (по методике С.В. Готье), у 5 пациентов в отдаленном послеоперационном периоде выполнено 6 ретрансплантаций. Во время операции основными сосудистыми осложнениями, потребовавшими хирургической коррекции, были недостаточный артериальный кровоток по сформированным анастомозам (n=6), тромбоз собственной печеночной артерии и ее ветвей (n=5), деформация с перегибом воротного анастомоза (n=3), отсутствие значимого кровотока в портальной системе реципиента (n=1). Это потребовало выполнения тромбэктомии, гепаринизации сосудистой русла печени либо повторной артериальной или портальной реконструкции, в том числе кавапортальной транспозиции. В целях профилактики синдрома «обкрадывания» артериального кровотока печени было выполнено лигирование гастродуоденальной или селезеночной артерии у 6 пациентов — во всех случаях применялся флоуметрический контроль объемного кровотока.

Ранний послеоперационный период: отмечен тромбоз печеночной артерии — в 1 случае, тромбоз воротной вены — в 2, тромбоз нижней полой вены — в 1 наблюдении. У 2 пациентов диагностирован синдром «обкрадывания» артериального кровотока

печени за счет усиления притока артериальной крови к увеличенной селезенке.

В позднем послеоперационном периоде наблюдались стеноз каво-кавального соустья и супрапеченочного отдела НПВ в 4 случаях в сроки 3, 6, 7 и 24 мес и потребовали проведения баллонной дилатации и стентирования суженного сегмента нижней полой вены стентом Gianturco-Rösch длиной 5–7 см и диаметром 25–30 мм («Cook», США).

Результаты. Интраоперационно при выявлении неадекватного артериального кровотока стандартное применение флоуметрии позволило своевременно провести коррекцию нарушений — выполнение реконструкции анастомоза, перевязки гастродуоденальной и селезеночной артерий в целях усиления артериального притока к печени. В 10 из 11 случаев сниженного артериального притока, тромбоза печеночной артерии на уровне анастомоза и ее ветвей удалось добиться значимого артериального притока к печени — не менее 100 мл/мин по данным флоуметрии и визуализации артериального кровотока при транспаренхиматозной доплерографии. В 3 наблюдениях повторная реконструкция воротного анастомоза привела к значимому усилению портального притока и ликвидации деформации в зоне соустья. У 1 больного с отсутствием портального притока (тромбоз селезеночной и верхней брыжеечной вен) потребовалось наложение соустья между нижней полой веной и воротной веной трансплантата с созданием искусственного гепатопетального кровотока за счет сужения просвета нижней полой вены. В раннем послеоперационном периоде при диагностике портального тромбоза выполнялись тромбэктомии открытым способом, в 1 случае проведен локальный тромболизис через катетеризованную пу-

почную вену. Гемодинамически значимые градиенты (более 10 мм рт. ст.) в системе нижней полой вены потребовали баллонной дилатации и стентирования ретропеченочного сегмента у 1 больной. У больного с диагностированным артериальным тромбозом дважды выполнялась тромбэктомия без эффективного восстановления артериального кровотока в печени. Состояние пациента расценивалось как стабильное, а появление донорского органа лишь через 2 мес позволило выполнить ретрансплантацию. Синдром «обкрадывания», клинически прояв-

ляющийся дисфункцией трансплантата, был купирован путем редукции кровотока за счет эмболизации селезеночной артерии металлическими спиралями.

Проведение доплерфлоуметрии после реваскуляризации трансплантата позволяет своевременно диагностировать и устранить неадекватное кровоснабжение печени. Современные методы интервенционной радиологии дают возможности эффективной и малотравматичной коррекции сосудистых осложнений в отдаленные сроки после ОТП.