

Трансплантация печени – наиболее эффективный и, часто, единственный радикальный и перспективный метод лечения больных с терминальной стадией хронических болезней печени, острой печеночной недостаточностью фульминантного течения, злокачественными и доброкачественными опухолями печени. После трансплантации печени выживаемость реципиентов в течение года составляет 85%- 90%, пятилетняя – 70%-75%, десятилетняя – 60%, двадцатилетняя – 40%. Впервые у человека эта операция была выполнена в 1963 году американским хирургом Томасом Старзлом.

Трансплантация печени – одна из наиболее сложных и трудоемких операций на органах брюшной полости и магистральных сосудах. Она выполняется большим хирургическим коллективом с участием высококлассных специалистов в анестезиологии-реаниматологии, трансфузиологии.

Пациент укладывается на спину с отведенными на 90° руками. Укладывание пациента производится с использованием комплекта гелевых подушек под голову, руки, крестец, колени, пятки. Происходит постановка периферического венозного катетера большого диаметра (14-16 G) предпочтительнее в вену в локтевой ямке. Налаживается базовый обязательный мониторинг – ЭКГ, SpO<sub>2</sub>, неинвазивное АД. Устанавливаются другие катетеры в случае необходимости – катетер Свана-Ганца, диализный катетер, артериальный катетер. Устанавливается назогастральный зонд, температурный датчик в пищевод. Ведется инвазивный мониторинг центрального венозного давления, артериального давления. Устанавливается мочевого катетер. Хирургическая техника трансплантации печени. Пациент вводится в наркоз (комбинированная эндотрахеальная анестезия).

Бригада хирургов выполняет разрез по срединной линии тела в эпигастральной области, входит в свободную брюшную полость. При наличии асцита он удаляется. У пациента с опухолью проводится тщательная ревизия для исключения проникновения опухоли за капсулу печени. При необходимости разрез расширяется. Чаще всего – вправо по направлению к концу 12 ребра (типа Рио Бранко), реже вниз по срединной линии или направо (разрез типа «Мерседес»). Выполняется выделение печени из окружающих её спаек, мобилизация ее связочного аппарата. К этому моменту в центр обычно возвращается хирургическая бригада, выполнявшая операцию сохранения трансплантата печени на доноре. Бригада помещает донорскую печень в стерильный лед и начинает её хирургическую подготовку к имплантации (этап носит название back table). После полной мобилизации пораженной печени пациента она удаляется (выполняется гепатэктомия). В этот момент в организме человека печени нет, а магистральные сосуды, идущие к печени и от неё, пережаты различными зажимами в различных вариантах. Донорская печень приносится в операционную и начинается реконструктивный этап операции. Первым накладывается анастомоз с нижней полой веной пациента, затем с воротной. После этого в трансплантате производится пуск венозного кровотока (венозная реперфузия). Печень

отогревается, приобретает нормальный цвет. Далее восстанавливается проходимость артерий, кровоснабжающих печень. После пуска кровотока в артериях (артериальная реперфузия), формируют анастомоз общего желчного протока трансплантата с протоком или кишкой реципиента. После ревизии и тщательной остановки кровотечения ушивают брюшную полость. Устанавливают в нее 3-4 дренажа, которые потом будут удалены. Операция трансплантации печени в нашем центре длится около 5-7 часов.