

СРАВНЕНИЕ РЕНТГЕН-АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ СОСУДИСТОГО РУСЛА ДОНОРА И РЕЦИПИЕНТА ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЛЕВОЙ ЛАТЕРАЛЬНОЙ СЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО ДОНОРА

*Котенко О. Г., Федоров Д. А., Гриненко А. В., Коршак А. А., Попов А. О., Гусев А. В., Петрище И. Й.
Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А. А. Шалимова*

Выполнение трансплантации печени от живого родственного донора требует углубленного подхода к изучению анатомического строения трансплантата. При трансплантации левой латеральной секции печени от живого родственного донора функция трансплантата определяется видом, качеством наложения и размером сосудистых анастомозов, а также видом шовного материала. Изучение анатомического строения трансплантата, как главного фактора влияющего на развитие сосудистых осложнений и функциональных нарушений работы трансплантата, является ключевым звеном в предупреждении осложнений.

Цель работы

Изучить варианты анатомического строения венозного русла донора и реципиента, и определить анатомические показания к реконструкции венозного русла при трансплантации левой латеральной секции печени.

Материалы и методы

За период с 2004 по 2011 годы в отделе трансплантации и хирургии печени НИХиТ им. А. А. Шалимова выполнена 31 трансплантация левой латеральной секции печени 30 больным (одна ретрансплантация). В исследование включены 30 педиатрических реципиентов и 31 донор.

Результаты и обсуждение

Полученные результаты изучения рентген-анатомических особенностей строения венозного русла донора и реципиента позволяют заключить, что при трансплантации левой латеральной секции печени от живого родственного донора у детей:

1. В 54,9% случаев в паре донор-реципиент нет возможности наложения портального анастомоза по стандартной методике из-за несоответствия диаметров сшиваемых сосудов, фиброза либо тромбоза воротной вены реципиента

2. В 32,4% случаев в паре донор-реципиент нет возможности анастомозирования печеночных вен по стандартной методике вследствие несоответствия диаметров сшиваемых сосудов, раздельного впадения печеночных вен левой латеральной секции донора и отсутствия общего устья печеночных вен трансплантата, стеноза запеченочного сегмента нижней полой вены.

Выводы

Полученные результаты обосновывают анатомическую необходимость разработки и исследования новых способов венозной реконструкции, которые бы позволяли наложить качественный венозный анастомоз в условиях описанных особенностей венозного русла.