

## АНАТОМИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ: ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

*НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)  
Областная клиническая больница (Иркутск)*

В клинике госпитальной хирургии с 1987 по 2003 гг. выполнено 54 анатомических и расширенных анатомических резекций печени. Внутрибрюшные кровотечения отмечены нами у 12 (22,2 %) пациентов. Интра- и послеоперационные кровотечения отмечены нами из порталных ворот печени — 2 (воротная вена, печеночная артерия), кавальных ворот печени — 3 (печеночные вены и нижняя полая вена) и печеночной паренхимы по линии сечения печени — 7 случаев. Объем кровопотери был небольшим (до 500 мл) в 3 наблюдениях, средним (500 — 1000 мл) — 3 наблюдения и большим (более 1000 мл) — в 6 наблюдениях.

В целях уменьшения интраоперационной кровопотери и профилактики послеоперационных кровотечений мы разработали технологию резекции печени, включающую несколько ключевых моментов:

- 1) максимально возможная мобилизация доли печени с перевязкой коротких притоков полой вены;
- 2) временное выключение печени из кровообращения;
- 3) перевязка долевых сосудов до этапа рассечения паренхимы;
- 4) выполнение гемо- и желчестазы по линии резекции без применения грубых кетгут-овых швов.

Выполнение этих условий позволило избежать кровотечений при выполнении 12 анатомических резекций печени в последние 3 года.

Развитие тяжелой послеоперационной печеночной недостаточности наблюдали у 13 (24,07 %) пациентов. Разработку мероприятий, направленных на предупреждение и своевременную коррекцию интраоперационной гипотонии, при удалении четырех и более сегментов печени мы считаем основополагающим в системе профилактики послеоперационной печеночной недостаточности.

Эту задачу мы решали путем проведения временного интраоперационного шунтирования порталной системы печени (патент РФ № 2222270 «Способ профилактики острой печеночной недостаточности при обширной резекции печени», приоритет изобретения 25 марта 2002 г.). До выполнения основного этапа операции выделяли одну из ветвей порталной системы (как правило, желудочно-сальниковую вену) и далее яичниковую вену из системы нижней полой вены. Между указанными сосудами устанавливали пассивный атромбогенный шунт диаметром 0,5 см. После выполнения резекционного этапа операции шунт

отключали. Среди 54 пациентов индекс шунтирования менее 33 % был у 14 (25,9 %) больных, которым и было выполнено хирургическое вмешательство с применением временного портосистемного шунтирования.

Для профилактики послеоперационной печеночной недостаточности, прогностически важно отсутствие периода гипотонии во время операции. Мы провели интраоперационное мониторирование центральной гемодинамики, используя катетер Свана-Ганца у 12 пациентов во время выполнения резекций печени. Анализ полученных нами данных выявил следующие закономерности: повышение общего периферического сосудистого сопротивления и уменьшение значения сердечного индекса являются ранними показателями, быстро реагирующими на изменение объема циркулирующей крови, тогда как уменьшение систолического артериального давления происходит значительно позднее. Основная задача, которую следует решить, это поддержание основных показателей: общего периферического сосудистого сопротивления и сердечного индекса на исходных показателях в течение короткого промежутка времени (4 — 18 мин.) от этапа выключения печени из кровообращения до момента удаления препарата, не допуская периода гипотонии. Интраоперационных эпизодов гипотонии при лечении пациентов этой группы не было.

Осложнений в виде тяжелой печеночной недостаточности и летальности у пациентов с применением временного порто-кавального шунтирования и мониторирования центральной гемодинамики с применением катетера Свана-Ганца не наблюдалось.

Таким образом, можно сделать следующие выводы.

1. Строгое соблюдение разработанной технологии резекции печени позволяет предотвратить развитие интра- и послеоперационных кровотечений.

2. Проведение временного интраоперационного шунтирования порталной системы печени при неадаптированном типе порталного кровотока, позволяет уменьшить частоту развития послеоперационной печеночной недостаточности.

3. Поддержание общего периферического сосудистого сопротивления и сердечного индекса на исходных показателях позволяет предотвратить возникновение интраоперационных эпизодов гипотонии, уменьшая вероятность развития послеоперационной печеночной недостаточности.