

**ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ
ПРОХОДИМОСТИ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ
ПОСЛЕ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ
ПЕЧЕНИ**

**Чернышев С.Д., Шерстобитов В.Е., Алферов С.Ю.,
Орлов О.Г. Идов Э.М.**

*Центр сердца и сосудов им. М.С. Савичевского ГУЗ «СОКБ №1»,
г. Екатеринбург*

После ортотопической трансплантации печени одним из осложнений является тромбоз печеночной артерии донора. Данное осложнение может привести к некрозу печени или к ишемическим

расстройствам стенок желчных протоков. Лечение данного осложнения возможно при хирургической реконструкции анастомоза или эндоваскулярным методом.

Материалы и методы. В ГУЗ «СОКБ №1» проведена 21 ортотопическая трансплантация печени. В раннем послеоперационном периоде у 3-х пациентов (двое мужчин, одна женщина) выявлен тромбоз печеночной артерии. Данное осложнение у двух пациентов выявлено в течение первых суток, у одного пациента через 5 дней после трансплантации. Диагноз поставлен по данным УЗИ и КТ. Больные взяты в рентгенооперационную, где при брюшной аортографии диагноз был под-

твержден. Окклюзия печеночной артерии располагалась в месте анастомоза печеночной артерии донора и реципиента. Больные получили однократно ударную дозу клопидогреля (Плавикс 300 мг).

Катетеризирован чревный ствол проводниковым катетером JR 4. Через окклюзию проведен гидрофильный проводник 0,035 дюйма (Radiofocus. Terumo). Затем проводник заменен на гидрофильный коронарный проводник (Rinato, Asahi). В месте окклюзии проведена ангиопластика баллоном 3,5x20мм и частично восстановлен кровоток по артериям печени. Остаточный стеноз до 40–50% диаметра. Решено имплантировать стент.

У двух больных имплантировано по 1 стенту Xience V 4,0x18 мм и 3,5x18 мм, у одного больного имплантировано два стента. Дистально стент Xience V 4,0x18 мм и проксимально с перекрытием

стент Palmaz 6,0x18 мм. При контрольной ангиографии – кровоток восстановлен во всех случаях TIMI 3.

Послеоперационный период протекал удовлетворительно. При УЗИ, КТ контроле стенты, установленные в печеночную артерию, проходимы, без признаков тромбоза, контрастируются долевые, сегментарные и субсегментарные ветви. Больные выписаны домой с рекомендацией дополнить стандартную медикаментозную терапию Плавиксом до 6 месяцев. При контрольной КТ через 3 и 6 месяцев кровоток в артериях печени сохранен.

Заключение: Эндоваскулярное вмешательство на окклюзированной печеночной артерии после ортотопической пересадки печени позволило восстановить адекватный кровоток и позволило избежать повторной операции для реконструкции печеночной артерии донора.

ТРАНСЪЮГУЛЯРНОЕ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЕ ПОРТОСИСТЕМНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ КАК НОВЫЙ МЕТОД В ЛЕЧЕНИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*Мухамедьянов И.Ф., Нартайлаков М.А.,
Шаймуратов И.Х., Нурияхметов Р.Р.*

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет
Росздрава», г. Уфа;

Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова

Ключевые слова: цирроз печени (ЦП), синдром портальной гипертензии (СПГ), кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП), трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (TIPS), реолитическая тромбэктомия (РТЭ), баллонная ангиопластика (БАП), ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС).

Введение. Проблема лечения осложнений портальной гипертензии посвящена, по видимому, одна из самых драматических страниц книги по названию «ХИРУРГИЯ». Известен факт, что самым грозным осложнением СПГ является кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка [1–5].

Такое кровотечение возникает у 1/3 больных циррозом печени и приводит к гибели в течение 6-ти недель в 30–50% случаев [6, 7]. Повторное кровотечение развивается в течение года у 25% больных с циррозом печени класса А (классификация Child-Turcotte-Pugh), у 50% – с классом В и у 75% больных – с циррозом класса С [8]. В течение первых двух лет от момента первого

эпизода кровотечения повторяется у 100% больных [9,10]. В структуре причин смерти пациентов с циррозом печени кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка занимают 10–15% [11].

Поиск эффективных методов профилактики и лечения осложнений портальной гипертензии остается одним из актуальных вопросов в современной хирургической практике. При этом в решении проблемы все большее значение приобретают малоинвазивные хирургические вмешательства и, прежде всего, эндоваскулярные методики. Одним из них является трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (Transjugularis Intrahepatic Portosystemic Shunt – TIPS) [12].

В мировой практике на сегодняшний день выполнены десятки тысяч TIPS, опубликованы более 1300 работ на английском языке, проведены десятки рандомизированных исследований. Большой опыт проведения TIPS и анализ ближайших и отдаленных результатов позволил определить его четкую роль в алгоритме лечения СПГ (Рис. 5). В качестве алгоритма использования TIPS в коррекции СПГ мы использовали рекомендации Американской Ассоциации Изучения Заболеваний Печени (2005 год).

Материал и методы. TIPS – чрескожный малоинвазивный метод создания калиброванного внутрипеченочного портосистемного шунта для декомпрессии портальной гипертензии. В качестве шунта в настоящее время наиболее часто используется или самораскрывающийся нитиловый стент, или стент с покрытием (Рис. 6).