

От редактора раздела

From Editor of the Issue

Понятие “трансплантационные технологии” активно входит в современный лексикон гепатологов. Точного толкования понятия нет, однако общение с хирургами центров, выполняющих трансплантации и резекции, свидетельствует о выработке схожих подходов и протоколов определения резектабельности независимо друг от друга, тактики и технологии выполнения обширных резекций. Объективным свидетельством существования трансплантационных технологий является значительное, порой кратное увеличение резектабельности при опухолях печени в центрах, выполняющих как резекции печени, так и трансплантации.

Как можно описать трансплантационные технологии в хирургии печени?

В первую очередь это **определение подхода к резекции печени**. Важно оценить предполагаемую продолжительность резекции печени и реконструкции сосудов и, как следствие, продолжительность тепловой ишемии печени. При прогнозируемом времени полного выключения из кровотока более 30–45 мин необходимо рассматривать и выполнять вариант изолированной консервационной перфузии *in situ*, или резекции *ex situ*, или операции Пихльмайера. Кроме того, постоянная готовность бригады к холодовой консервации печени всегда придает уверенность.

Профилактика и оценка риска ишемического реперфузионного синдрома. Вследствие стенозирования или окклюзии афферентных или эфферентных сосудов печени развиваются специфические изменения паренхимы, которые могут усугубляться после восстановления кровотока в печеночной паренхиме — так называемый портальный удар. Профилактика и лечение ишемического реперфузионного синдрома — сложная задача совместных действий хирурга и анестезиолога-реаниматолога.

Оценка состояния паренхимы печени перед операцией. Существуют разные методы определения функционального состояния паренхимы печени, однако в силу различных причин они не находят широкого применения в практической работе гепатологических центров. Оценка

состояния паренхимы, своевременное применение различных методов стимуляции викарной гипертрофии перспективного фрагмента печени — важный фактор профилактики фатальной пострезекционной печеночной недостаточности. Важное правило: объем паренхимы — не эквивалент функции.

Техническая возможность **резекции и реконструкции магистральных сосудов** и готовность к этому бригады хирургов. Следует повторить слова Валентина Андреевича Журавлева: “Резекция печени — это сосудистая операция, выполняемая в особо сложных условиях”. Привлечение к операции сосудистых хирургов возможно, но это значительно удлинит операцию и лишает смысла работу хирургов-гепатологов, для которых остается лишь реконструкция желчных протоков.

Особенности **анестезиологического обеспечения и выбор инфузионной программы** в зависимости от этапа операции, технологические возможности стабилизировать центральную гемодинамику при работе на магистральных сосудах, кровосберегающие протоколы. Отчетливо прослеживается целесообразность и полезность применения анестезиологических трансплантационных протоколов при обширных резекциях печени. Следует отметить важную роль современного анестезиологического протокола для уменьшения кровопотери, ранней активизации больного, профилактики сердечно-легочных осложнений при обширных резекциях печени и, как следствие, влияние на непосредственные и отдаленные результаты лечения.

Резекции печени на современном этапе являются безальтернативным методом лечения большинства опухолевых заболеваний печени, а доступность трансплантации печени в стране ограничена. Расширение возможности оказания помощи больным с опухолями печени, несомненно, связано с внедрением трансплантационных технологий в практику работы гепатологических центров. Концентрация больных с онкологическими и неопухолевыми заболеваниями в специализированных центрах, выполняющих как резекции печени, так и трансплантации, несомненно, позволит улучшить результаты работы.