

DOI: 10.15825/1995-1191-2015-2-111-112

РЕТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ

М.Н. Корнилов

ФГБУ «Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

RETRANSPLANTATION OF THE LIVER

M.N. Kornilov

V.I. Shumakov Federal Research Center of Transplantology and Artificial Organs of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

Трансплантация печени является общепризнанным методом лечения пациентов с терминальной стадией диффузных и очаговых заболеваний печени, нарушениями обмена веществ и острой печеночной недостаточностью. В случае необратимой дисфункции трансплантата в раннем или отдаленном послеоперационном периоде повторная трансплантация (ретрансплантация печени – реОТП) является единственно возможным потенциальным методом лечения. Частота реОТП в США составляет 7–10% всех трансплантаций печени, в России – 5–15%. Ранние причины дисфункции трансплантата, являющиеся показанием для ретрансплантации, включают первично не функционирующий трансплантат и артериальный тромбоз. Успех реОТП в таких случаях зависит от срока выполнения повторной операции. Хроническое отторжение, множественные ишемические неанастомотические билиарные стриктуры (ишемическая холангиопатия), рецидивы вирусного гепатита приводят к стойким нарушениям функции печени и определяют поздние показания к ретрансплантации. Технически выполнение операции на подобных сроках более сложное, а критерии отбора реципиентов более строгие из-за постоянного дефицита донорских органов. Вопрос о ретрансплантации у пациентов с хроническим вирусным гепатитом С остается спорным, однако за последние годы достигнут существенный прогресс в области лечения HCV-инфекции, в связи с чем подходы к лечению данной сложной группы реципиентов изменяются и оптимизируются.

К настоящему времени опыт ФНЦТИО им. ак. В.И. Шумакова составляет 230 трансплантаций трупной печени за период с декабря 2004 г., выполненных 222 взрослым реципиентам, получившим как разделенный трансплантат, так и целый орган. В том числе были выполнены 1 одномоментная трансплантация печени и поджелудочной железы, 2 – печени и почки, 6 сплит-трансплантаций расширенной правой доли, в 6 случаях левый латеральный сектор был использован у детей. В общей

структуре операций ретрансплантация печени составляет 6%.

В раннем послеоперационном периоде ретрансплантация выполнена 5 реципиентам: в 1 наблюдении в связи с отсутствием начальной функции трансплантата, 2 – тромбоз печеночной артерии, 2 – тяжелая дисфункция в раннем послеоперационном периоде (на фоне ишемическо-реперфузионного повреждения).

В отдаленном послеоперационном периоде выполнено 9 операций. Показаниями к операции явились: возврат основного заболевания – 5, дисфункция трансплантата на фоне HCV-инфекции (в одном наблюдении *de novo*) – 2, билиарные осложнения (ишемическая холангиопатия) – 2.

К моменту операции все пациенты находились в тяжелом или крайне тяжелом состоянии. Медиана MELD составила 30 [интерквартильный интервал 23–37] среди пациентов, оперированных на ранних сроках, и 27 [интерквартильный интервал 17,2–36] – на поздних сроках.

Хирургическая техника. Ретрансплантация в раннем сроке не представляла технических трудностей. Эфферентный кровоток восстанавливался по той же методике, что и первичная трансплантация. В одном наблюдении для удобства формирования анастомоза использован участок нижней полой вены первого трансплантата в виде манжеты.

Повторная операция в отдаленном сроке с технической точки зрения значительно более трудоемка, чем в раннем послеоперационном периоде. Существенную роль играет спаечный процесс в брюшной полости, зачастую усугубленный ранее перенесенными реконструктивными операциями, также коагулопатия, присущая тяжелой дисфункции трансплантата. В 6 случаях имплантация нового трансплантата выполнена по «классической методике» с резекцией позадипеченочного отдела нижней полой вены, и только в 3 случаях отдаленных ретрансплантаций удалось сохранить НПВ реципиента. С нашей точки зрения, сохранение

кровотока по НПВ не должно рассматриваться как необходимость, а может рассматриваться как возможный вариант при невыраженном спаечном процессе.

Безусловно, артериальная реконструкция при реОТП – наиболее сложная часть имплантации. Мобилизация печеночной артерии и формирование анастомоза при первичной операции, спаечный процесс в посттрансплантационном периоде, возможное нарушение артериального кровотока и возможные эндоваскулярные интервенции влекут за собой изменения сосудистой стенки артерии, делающие формирование анастомоза очень сложным, а зачастую невозможным. Среди 14 операций в 2 (14,2%) случаях мы прибегали к использованию артериального кондуита. При этом проксимальный артериальный анастомоз формировался на уровне инферального отдела аорты. Портальная реконструкция не имела технических особенностей.

Преимущественным вариантом билиарной реконструкции являлась гепатикоеюностомия на отключенной по РУ петле тонкой кишки – 6 (66%).

В связи с вышеназванными техническими особенностями поздней ретрансплантации существенным образом увеличивалось время оперативного вмешательства, медиана составила 634 мин [интерквартильный интервал 560–720], при этом время вторичной тепловой ишемии и длительность беспеченочного периода не удлинялись вне зависимости от избранного варианта кавальной реконструкции. На этапе гепатэктомии во всех случаях наблюдалась повышенная кровоточивость в связи со спаечным процессом и тяжелыми нарушениями во всех звеньях гемостаза. Средняя потребность в трансфузии эритроцитарной массы составила 1800

(1200–2500) мл, аутогемотрансфузия составила 1350 (1070–2340) мл.

Результаты. Выживаемость реципиентов при ретрансплантации существенно ниже, чем при первичной трансплантации. При реОТП на ранних сроках выжило 2 пациента (40%) с ранним тромбозом печеночной артерии. В случае ургентной реОТП по поводу первично не функционирующего использован печеночный трансплантат с крайне расширенными критериями, а потому повторно наблюдались признаки первично не функционирующего трансплантата, в результате чего пациент погиб. В 2 случаях тяжелой первичной дисфункции трансплантата отсроченно выставлены показания к реОТП, что в совокупности с длительностью ожидания (до 20 сут) сопровождалось развитием инфекционного процесса и привело к неблагоприятному исходу.

Таким образом, наш небольшой опыт ретрансплантаций в раннем послеоперационном периоде демонстрирует необходимость выполнения ургентной ретрансплантации до развития полиорганной недостаточности и инфекционных осложнений.

Из 9 пациентов, перенесших ретрансплантацию в поздние сроки, выжило 5 пациентов (55,5%). В трех случаях причиной смерти стал ПНФТ, в одном пациентка была оперирована на фоне истощения длительно существующей дисфункции трансплантата, при высоком MELD. Очевидно, что при прогрессировании дисфункции трансплантата ретрансплантацию следует проводить планомерно в более ранние сроки с подбором оптимального трансплантата, что позволит ожидать лучших результатов этих сложных с хирургической точки зрения, требующих больших объемов переливаний компонентов крови, операций.