

Прогноз выживаемости при циррозе печени и формирование групп реципиентов для трансплантации печени после портосистемного шунтирования.

Ф.Г.Назыров.
Х.А.Акилов.
А.В.Девятков.
А.Ш.Асабаев.

Научный центр
хирургии им.
акад. В.Вахидова
(Директор проф.
Акилов Х.А.),
г.Ташкент

Несмотря на значительные успехи мировой гепатотрансплантологии, отношение к хирургическому лечению цирроза печени и портальной гипертензии остается неоднозначным. Наряду с традиционными методами коррекции высокой портальной гипертензии при циррозе печени (операции портосистемного и трансюгулярного шунтирования, эндоскопической склеротерапии и др) , показания к ортотопической трансплантации при циррозе печени все более расширяются. Представляется актуальным определение перспектив пересадки печени у больных, уже перенесших различные виды операций портосистемного шунтирования и наблюдаемых в различные сроки. Проведен анализ лечения 272 больных циррозом печени с портальной гипертензией, подвергшихся операциям портосистемного шунтирования ,которые были условно разделены на 6 групп. Результаты лечения оценивались по нескольким критериям в аспекте определения перспектив у этих пациентов выполнения ортотопической трансплантации печени в будущем. Основными критериями оценки были степень сохранности функции печени и её кровотока, эффективность снижения портальной гипертензии, частота и тяжесть специфических осложнений (пищеводные кровотечения, тромбоз анастомоза), сроки абсолютной и кумулятивной выживаемости, создание непреодолимых препятствий для потенциальной ортотопической трансплантации печени после портосистемного шунтирования

The prognosis of tenacious of patients with liver cirrhosis and forming groups of recipients to liver transplantation undergoes portosystemic shunting.

F.G.Nazirov.
H.A.Akilov.
A.V.Devjatov
A.S.Asabaev

Scintefic Center of
Surgery named after
academician
V.Vahidov (Chife-
Habibulla A. Akilov
prof. M.D.),
Tashkent

It was make analysis of treatment of 272 patients with liver cirrhosis and portal hypertension, which undergoing operations of portosystemic shunts (PSS). The results of treatment these are, patients evaluated from standpoint of determination perspectives for fulfilment orthotopic liver transplantation (OLT) in future. The main criterions were the degree of functional liver state and it blood flow, efficiancy of descreasing portal hypertension frequency of specific complications, the survival periods and creation of unsurmountable technical hindrance for potencial OLT for PSS is established that more favourable for these interventions shows preference distal, proximal and H - shape splenorenal type of anastomoses.

Анализ достижений хирургической гепатологии в мире выявляет определенные тенденции в отношении лечения цирроза печени, включающего как операции по коррекции портальной гипертензии, так и ортотопическую трансплантацию печени (ОТП). Установлено неоднозначное отношение различных авторов к выбору стратегии лечения диффузных поражений печени [1, 2].

Рост частоты поражения печени в мире предопределяет возрастание числа больных с различными видами гепатита и сформированным циррозом печени, большинство из которых являются потенциальными кандидатами в реципиенты для ОТП [3, 4]. Нужно отметить, что фактически всегда часть пациентов имеют противопоказания к ОТП (тромбоз воротной вены, высокие показатели портальной гипертензии, низкий функциональный класс по Чайлду), другие в процессе ожидания по многочисленным причинам не доживают до ОТП (отсутствие донорского органа, возникновение или рецидивы специфических осложнений цирроза печени и портальной гипертензии, отсутствие службы трансплантологии и др.). В этом плане портосистемное

шунтирование (ПСШ) значительно снижает остроту проблемы, давая указанным группам пациентов возможность продлить и улучшить "качество" жизни [5]. При этом важно отметить, что несмотря на значительные достижения мировой гепатотрансплантологии [6], интерес к проблемам хирургической коррекции портальной гипертензии не ослабевает, что позволило разработать, а также усовершенствовать ранее предложенные методы (парциальные ПСШ, эндоваскулярное трансюгулярное ПСШ, эндоскопическую склеротерапию и др.). Эти методы также имеют право на жизнь. В ряде стран эти два основных направления существуют параллельно [7, 8]. Отчасти это также связано с тем, что отдаленные результаты лечения и сроки выживаемости после ПСШ и ОТП могут быть где-то сравнимы вплоть до того, что некоторыми авторами операции ПСШ рассматриваются как альтернатива ОТП, при этом основными аргументами являются примерно сравнимые сроки выживаемости.

Уровень достижений хирургии портальной гипертензии при циррозе печени является таким, что вопросы стратегии декомпрессивных сосудистых операций рассматриваются с позиции риска развития пищеводно-желудочных кровотечений, с одной стороны, и оценки функционального состояния печени и ангиоархитектоники сосудов портального и кавального бассейнов, с другой.

В то же время существует блок нерешенных проблем, в основе которых лежат и тактические аспекты, включающие: 1 - выбор типа (формы) портосистемного анастомоза, сроков оперативного вмешательства;

2 - в ряде случаев четкое проведение этапного хирургического лечения в различных вариантах (сочетание оперативного вмешательства с рентгенэндоваскулярными, эндоскопическими методами, консервативной терапией, гипербарической оксигенацией и др.);

3 - проблема оценки степени операционного риска, прогноза послеоперационной реабилитации, своевременная коррекция периодически и неизбежно возникающих специфических осложнений основного заболевания.

По нашему мнению, в дальнейшем тактические аспекты должны разрабатываться с учетом того, что определенная группа больных циррозом печени, подвергшаяся этапному комплексному хирургическому лечению и достигнувшая стабильного состояния должна рассматриваться как категория потенциальных реципиентов для ортотопической трансплантации печени (ОТП).

Конечно, достижение у этих больных стабилизации состояния, удовлетворительного "качества жизни" с гарантированной в известной степени профилактикой осложнений, в первую очередь, кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода /ВРВП/, само по себе является серьезным положительным результатом, которого невозможно добиться при консервативном и других видах лечения [4].

Мы на сегодняшний день рассматриваем операции ПСШ не только как самостоятельный метод радикальной коррекции портальной гипертензии, но и как предварительный этап перед операцией ОТП, позволяющий адекватно подготовить пациента к последней [7]. И здесь первостепенное значение приобретает тип ПСШ, который, обеспечивая благоприятные условия, в то же время не создавал технических препятствий для операции ОТП.

С другой стороны, функциональное состояние печени по Чайлду и общий статус больного циррозом, естественно, также определяют возможности и перспективы дальнейшего лечения больных. И здесь имеет значение оптимальный комплекс лечебных мероприятий (в том числе ПСШ), позволяющий ряд пациентов переводить из более "тяжелого" класса в более "легкий".

Материал и методы.

Критический анализ опыта лечения 272 больных циррозом печени в клинике НЦХ МЗ РУз, включивший изучение эффективности различных видов ПСШ, степени декомпрессии портального бассейна и воротной гемодинамики, позволил определить и решить ряд актуальных задач. В таблице №1 представлена характеристика произведенных вмешательств и общие результаты:

ПРСА - проксимальный спленоренальный анастомоз

ДСРА - дистальный спленоренальный

ПКА - портокавальный

МКА - мезентерикокавальный

СРА Н-типа - спленоренальный анастомоз Н-типа

Опыт лечения больных циррозом печени в клинике НЦХ МЗ РУз им. акад. В. Вахидова позволил достичь значительных сроков выживаемости больных после ПСШ, которые определяются в настоящее время 5-8 годами (максимальный срок наблюдения 16 лет). Указанные в таблице сводные данные абсолютной выживаемости (сроки 3-5 лет), касающиеся только выписанных из клиники живых пациентов, в действительности не отражают реальную картину продолжительности жизни. Причины этому следующие. Так, в группе больных с МКА результаты сопоставимы с данными по группе с таковыми после ДСРА, в то время, как больные после МКА все погибли в сроки около 4 лет, а после ДСРА (который выполнялся преимущественно в последние годы) сроки составляют $(5,4 \pm 0,25)$ лет, но большинство больных живы на данный момент, а следовательно, показатели выживаемости у них будут еще значительнее. Чтобы реальнее оценить эти критерии, нами изучена кумулятивная выживаемость по S. J. Cutler and F. Ederog, данные которой представлены ниже по группам.

Проведенный анализ определил группу пациентов, у которых наступает длительная ремиссия основного заболевания без характерных осложнений (включающих активацию цирротического процесса, рецидив или прогрессирование ВРВП с пищеводными кровотечениями или без них, появление асцита и др.) или своевременно купируемых адекватными реабилитационными мероприятиями.

Этих больных мы сразу отнесли к потенциальным реципиентам для ОТП, однако эта группа по своей сути не может быть однородной, потому что непосредственно сам тип портосистемного шунта накладывает свои особенности на состояние воротной гемодинамики, функциональные характеристики печени, и естественно, на отдаленные результаты.

В связи с этим был проведен анализ каждого типа анастомоза по нескольким параметрам и определены его перспективы для потенциальной ОТП.

Результаты и их обсуждение.

1). Прямой портокавальный анастомоз (ПКА) наложен у 5 пациентов.

Помимо его общеизвестных негативных сторон (высокая послеоперационная летальность, тяжелая постшунтовая энцефалопатия, частая активизация цирротического процесса, короткие сроки выживаемости в контрольные сроки 3-5 лет не вошел ни один больной), - и наиболее актуально применительно к нашему исследованию - это относительно высокая частота развивающихся тромбозов воротной вены, а также вовлеченность магистралей портальной и кавальной вены, которые создадут техническое препятствие для потенциальной ОТП.

Разумеется, ПКА выполнил своё предназначение на определенном этапе развития хирургии и послужил фундаментом развития реконструктивной хирургии портальной гипертензии и вышеуказанные его серьезные недостатки при традиционном лечении цирроза печени здесь уже, при ОТП становятся непреодолимым препятствием для последней.

2). Проксимальный спленоренальный анастомоз (ПСРА) выполнен у 147 больных. Из них у 33 с сохранением селезенки и у 114 со спленэктомией. Методика калиброванного сужения приводящего венозного сосуда (от воротного бассейна) при формировании анастомоза применена для ограничения портокавального сброса. Последний фактор имеет колоссальное гемодинамическое и, следовательно, прогностическое значение, так как в 41% случаях за счет "парциальности" декомпрессии сохранялся гепатопетальный характер кровотока, что обусловило больше возможностей для сравнительно лучшего функционального состояния печени. Актуарная выживаемость по Cutler составила бы в сроки 6-7 лет 65,3 % больных, абсолютная выживаемость - 3-5 лет (в подгруппах со спленэктомией и без таковой 4,(Ш),13 и 3,6=Ю,21 года соответственно).

В рассматриваемом плане ПСРА занимает пограничное положение между ПКА и ДСРА. Здесь нужно остановиться на преимуществах и "слабых" сторонах портогемодинамического статуса пациентов после ПСРА, который зависел, в первую очередь, от степени декомпрессии портального бассейна.

С одной стороны, ПСРА с эффективной декомпрессией приводил к:

- регрессу ВРВП;
- устранению или снижению угрозы кровотечения;
- купированию гиперспленизма и гемолитического синдрома (что, в свою очередь, улучшает картину периферической крови).

С другой стороны, в наших наблюдениях: - в 59,1% случаев вследствие значительной редукции воротной фракции имел место гепатофугальный характер кровотока по воротной вене, что вызывал впоследствии тромбоз последней;

- более значительный портокавальный сброс приводил к постшунтовой энцефалопатии с ухудшением "качества" жизни;

- значительный сброс и редукция воротного кровотока создают менее благоприятные условия для удовлетворительного функционирования печени и отражаются на сроках выживания, сокращая их по сравнению с таковыми в других группах.

Указанные три негативных аспекта нивелировались применением суживающей калиброванной манжетки, регулирующей портокавальный сброс, остаточное портальное давление и в определенной степени венозный кровоток через печень.

Применение суживающей калиброванной манжетки у пациентов после ПСРА прямо повлияло именно на частоту указанных явлений и осложнений. Так, у этих больных клинически мы не наблюдали явлений энцефалопатии, показатели общего гомеостаза и функционального состояния печени по многим параметрам были благоприятными. В ближайшем периоде и в течение 2-х лет наблюдения тромбоза воротной вены не наблюдали.

3). Наш опыт дистального портосистемного шунтирования включает 60 больных циррозом печени, у которых ДСРА был применен в 2 вариантах - стандартном и с калиброванным сужением приводящей (селезеночной) вены.

Мы рассматриваем этот тип ПСШ как один из наиболее оптимальных вариантов, имеющий ряд выгодных особенностей. С одной стороны это:

- минимальная и достаточная декомпрессия портального бассейна, не приводящая, как правило, к энцефалопатии;

- предупреждение значительного нарушения функции из-за обеднения воротной фракции кровоснабжения печени;

- сравнительно благоприятная переносимость органосохраняющей операции.

С другой стороны, у определенной части больных результаты ДСРА признаны неудовлетворительными, что мы связали:

- с сохранением высокого остаточного портального давления и ВРВП и рецидивами кровотечений из них у 5 (8,3%) больных;

- медленной перестройкой портальной гемодинамики и недостаточной декомпрессией гастроэзофагального коллектора.

Поэтому подобная ситуация требует постоянного динамического контроля состояния ВРВП. Тем не менее, у этой группы больных мы получили хорошие результаты с длительными сроками ремиссии. Число осложнений невелико, а абсолютная выживаемость - $5,4 \pm 0,25$ года. При этом большая часть пациентов живы и актуарная выживаемость рассчитанная на 6-7 лет составляет 72,9%. Эта группа наиболее подходит в качестве реципиентов для ОТП по следующим параметрам:

- относительно удовлетворительная функция печени (в большинстве случаев 68,1 % сохранен гепатопетальный характер кровотока), обуславливающая значительные сроки выживания;

- интактность магистральных сосудов (воротная и нижняя полая вены) и области гепатодуоденальной связки;

- отсутствие спаечного процесса и элементов реконструкции ПСШ в зоне обработки сосудов при гепатэктомии;

- органосохраняющий характер операции ДСРА (сохранение селезенки как иммунокомпетентного органа) предупреждает осложнения, связанные с аспленией.

4). Мы имеем сравнительно небольшой опыт лечения 15 больных, которым наложен мезентерикокавальный (МКА) и мезентерикоренальный, анастомоз, которые мы объединили в

группу МКА. Выполнение этого типа вмешательства было вынужденным из-за отсутствия условий для СРА по следующим причинам:

- а) ранее произведенная спленэктомия и отсутствие лиенальной вены;
- б) сложность выделения селезеночной вены из-за спаечного процесса вследствие перенесенных операций;
- в) индивидуальные анатомические особенности строения воротного бассейна пациента.

Особенности гемодинамических показателей при функционировании этого анастомоза заключаются в том, что зона гастроэзофагального коллектора практически не задействована и "прямо" не дренируется в кавальную систему, что отразилось на числе рецидивов ВРВП и заметно большем количестве рецидивов кровотечения у 2 (25%) из 8 больных. В этой же группе отмечена и большая частота клинически выраженной энцефалопатии. Хотя срок абсолютной выживаемости в этой группе составил $(4,0 \pm 17 \text{ г})$, к моменту исследования достоверно установлен летальный исход у всех пациентов. Вышеизложенные результаты с учетом небольшого опыта МКА теоретически позволяет сделать вывод о минимальных перспективах ОТП в этой группе.

5). СРА Н-типа (с аутовенозной вставкой из внутренней яремной вены) произведен 22 больным. Сама форма создаваемого соустья предполагает как обеспечение адекватного портокавального сброса, так и сохранение селезенки. Применение аутопластического материала для анастомозирования позволяет создавать конфигурацию соустья практически при любых анатомических вариантах строения вен портального бассейна. Безусловно, выгодным преимуществом этого типа шунта является то, что в данной ситуации регулирование портокавального сброса технически осуществляется более оптимально и точно, что стало возможным при применении вышеуказанной калиброванной манжетки, накладываемой в этой случае на аутовенозный трансплантат.

Выживаемость в этой группе составила в среднем $(5,3 \pm 0,27 \text{ года})$, т.е. значительные сроки. Это мы связали отчасти с тем, что сохранение селезенки обеспечило естественный иммунологический статус, а адекватная парциальная декомпрессия в определенной степени предупредила рецидивы кровотечения из ВРВП и достаточно удовлетворительное кровоснабжение печени. Скажем больше, что актуарная выживаемость на срок 5-6 л. составит 65,3% пациентов. Данный тип ПСШ потенциально не должен создавать технических проблем при ОТП.

Таблица № 1

Число, виды и отдаленные результаты ПСШ при циррозе печени

№	Вид ПСШ	Число операций	Характер воротного кровотока	Рецидивы кровотечений	Тромбоз анастомоза	Выживаемость выписанных больных (лет)
1	ПСРА без спленэктомии со спленэктомией	147	проградного кровотока гепатопет (40,9%) гепатофуг (59,1%)	23 (18,5%)	22(17,7%)	3,6+0,21 4,0+0,13
		33		4-х(16%)	6(18,1%)	
		114		19(16,6%)	16(14,0%)	
2	ДСРА	60	гепатопет (68,1%) гепатофуг (9,1%) не изучено (22,8%)	5(8,3%)	8 (13,3%)	5,4+0,25
3	ПКА	5	гепатофуг (100%)	1(20%)	не изучено	только до года (33%)
4	СРА Н-типа	22	гепатопет (48%) гепатофуг (52%)	4(18,2%)	7 (31,8%)	5,3+0,27
5	М А	15	не изучено (54%) гепатопет (20%) гепатофуг (26%)	2(25%)	2 (25%)	4,0+0,17
6	Другие виды ПСШ	23	не изучено (85%)	5(21,5%)	7(30,4%)	3,5+0,16
	Всего	272				$P < 0,005$

6). В эту группу вошли 23 пациента, перенесших различные виды ПСШ (гастрокавальный, умбиликокавальный, мезентерикософено-анастомозы и др). Мы не проводили анализа по каждому виду анастомоза, учитывая небольшое число каждого вида операции, но можно было отметить высокую частоту осложнений - пищеводных кровотечений, тромбоза шунта, низкие сроки

выживаемости ($3,5 \pm 0,16$ года), лишь один пациент прожил 9 лет, а все остальные погибли от осложнений.

Таким образом, проведенный проспективный анализ результатов и особенностей всех типов ПСШ с позиции потенциальной ОТП позволяет сделать следующие выводы.

Выводы:

1. Операции ПСШ могут рассматриваться не только как эффективный метод коррекции высокой портальной гипертензии, но и как этап подготовки больных для радикального решения проблемы лечения цирроза печени путем ОТП.

2. Оптимизация стандартных вариантов ПСШ и разработка новых технических решений позволила не только улучшить результаты лечения и "качество жизни" пациентов, но и определить их перспективы и условно включить их в группу реципиентов, ожидающих ОТП.

3. Наиболее перспективными типами в этом широком ПСШ являются ПСРА, ДСРА и СРА Н-типа с ограничением портокавального сброса и применением при необходимости предложенной методики с калиброванными манжетками.

4. Сохранение и поддержание условий для ОТП у больных циррозом печени, подвергшихся ПСШ, возможно при оптимальном варианте исходной декомпрессивной операции, предполагающей максимально низкий риск рецидивов кровотечений из ВРВП и удовлетворительную функцию печени, а также при адекватных реабилитационных мероприятиях.

Список литературы:

1. Арзуманов В.С., Игнатенко С.Н., Шадин И. М. "Пересадка печени в клинике" // Хирургия-1988 - №1 -С. 95-98.

2. Ерамишанцев А.К., Готье С.В., Цирульникова О.М Скипенко О.Г.//Ортопическая трансплантация печени / Клин. медицина , -1991 -Т.69, -№ 10 - С.12-16.

3 Ерамишанцев А.К., Готье С.В., Цирульникова О.М., Филин А..Оценка показаний к ОТП при ее хронических диффузных заболеваниях // В. Респ. конф. " Хрон. заболевания печени - от гепатитов до циррозов " - Ташкент,- 1996 - С.70-71

4. Цирульникова О.М., Готье С.В., Шерцингер А.Г., Филин А.В Подготовка больных к ОТП и лечение потенциальных реципиентов в процессе ожидания операции // ./- Респ. конф. "Хронические заболевания печени: от гепатитов до циррозов " , - Ташкент , -1996 - С.108-109.

5 Langrehr J.M., Blumhardt G., Bechstein W.O. et al. Liver transplantation as a routine procedure ? Indication and results in 270 patients. // Fortschritt der Medizin, -1993-Mar30-111(9):139-44.

6. Starlz Th .The puzzle people Memoirs of transplant surgeon / University of Pittsburg Press /-1992/-364p.

7. J.Moreno- Gonzales E., Gomez R., Bonet H. et al. Liver transplantation in patient with a previous portasystemic shunt / Hepato-Gastroenterology . 1993,-40(6):593-5.

8. Cherqui D., Panis Y., Gheung P. Spontaneous portosystemic shunts in cirrhoti: implication for orthotopic liver transplantation / Transplantation Proceedings.- 1993- 25 (1 pt 2) 1120-1.