

**СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ
ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ HCV-ЭТИОЛОГИИ
ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ
И ОПЕРАЦИИ ПОРТОСИСТЕМНОГО
ШУНТИРОВАНИЯ**

Рябова Е.Н., Васенин С.А., Горохов Г.Г., Бельский В.А.,
Заречнова Н.В., Загайнов В.Е.

Терминальная стадия цирроза печени (ЦП) HCV-этиологии – главная причина выполнения трансплантации печени (ТП) во всем мире [1]. В США из 4 миллионов человек инфицированных вирусным гепатитом С – приблизительно 8000 ежегодно умирают. Возврат HCV-инфекции в трансплантированной печени происходит практически у всех пациентов с предшествующей вирусемией. По данным Gane и др. [2] возврат HCV-инфекции в пересаженной печени происходит в 90% случаев и вызывает цирроз печени в 20% случаев у пациентов в течение 5 лет после трансплантации.

Основываясь на анализе базы данных UNOS 11036 пациентов, Forman и др. [3] показали, что возврат HCV-инфекции увеличивает риск смертности и появление недостаточности трансплантата. Скорость развития и прогрессирования печёночной недостаточности при возврате HCV-инфекции в трансплантированном органе протекает значительно быстрее, чем в собственной печени. К примеру, в исследовании Berenguer и др. [4] у 38 пациентов, которым выполнялась ТП на фоне ЦП HCV-этиологии, в среднем через 8 месяцев наблюдался эпизод декомпенсации функции печени, а выживаемость реципиентов после этого эпизода составила 93%, 61%, и 41% в 1, 6, и 12 месяцев, соответственно. Быстрота с которой эти реципиенты декомпенсируются и плачевный прогноз таких эпизодов повышаются, поэтому возникает необходимость сравнить результаты лечения цирроза печени HCV-этиологии при выполнении ТП и при портосистемном шунтировании (ПСШ).

Кроме того, по-прежнему сохраняется актуальной проблема дефицита донорских органов. Существующая потребность в ТП и количество оперируемых больных остаются несопоставимыми величинами. И как следствие, сохраняются востребованными методы хирургической коррекции такого грозного осложнения ЦП, как синдром портальной гипертензии (ПГ).

За период с 1998 г по 2009 г нами был оперирован 31 пациент с ЦП HCV, из них 12 женщин в возрасте от 26 до 58 лет и 19 мужчин в возрасте от 28 до 60 лет. В период с 1998 г по 2002 г – это были единичные случаи формирования портосистемных анастомозов (1–2 в год), а с 2003 г мы стали активно использовать данный метод хирургической коррекции ПГ. Сплено-рентальное

шунтирование по типу «конец в бок» было выполнено у 21 пациента, по типу «бок в бок» – у 3, мезентерико-рентальный анастомоз сформирован у 5 больных и в единичных случаях были выполнены сплено-кавальное и умбилико-кавальное шунтирования.

При адекватном функционировании портосистемного анастомоза резко снижается риск возникновения кровотечений из варикозных вен пищевода, ЦП протекает у пациентов более «мягко», увеличивает продолжительность жизни.

Выживаемость пациентов, рассчитанная методом Каплана-Майера, после операции ПСШ составила в течение первых 14 суток – 80,7%, 1 месяца – 80,7%, 3-х месяцев – 80,7%, 6-ти месяцев – 77,3%, 1 года – 77,3%, 3-х лет – 77,3%, 5-ти лет – 77,3%. Все пациенты в сроки 14 суток после операции (6 человек) погибли от прогрессирования печёночной недостаточности в раннем послеоперационном периоде. Следует отметить, что все они были оперированы нами в тот период времени, когда мы не имели ещё достаточного опыта «выхаживания» пациентов после хирургического лечения данной тяжёлой категории больных. Одна пациентка в сроки 6 месяцев после ПСШ погибла от рецидива кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода.

Как видно результаты выживаемости пациентов с ЦП HCV-этиологии после операции ПСШ сопоставимы с таковыми при трансплантации печени у HCV-инфицированных реципиентов. Операция ПСШ не является альтернативой ТП, однако в ряде случаев помогает увеличить качество и продолжительность жизни пациентов. Вопрос – что лучше для пациентов с вирусным HCV ЦП – противовирусная терапия и операция портосистемного шунтирования или трансплантация печени остаётся открытым.

Литература

1. Rosen HR. Hepatitis B and C in the liver transplant recipient: current understanding and treatment // Liver Transpl 2001; 7: 87-96.
2. Gane EJ, Pommann BC, Naoumov NV, et al. Long-term outcome of hepatitis C infection after liver transplantation. N.Engl.J.Med 1996; 334: 815-820.
3. Forman L, Lewis J, Berlin, et al. The association between hepatitis C infection and survival after orthotopic liver transplantation. Gastroenterology 2002; 122:889-896.
4. Berenguer M, Prieto M, Rayon JM, et al. Natural history of clinically compensated hepatitis C virus-related graft cirrhosis after liver transplantation. Hepatology 2000; 32: 852-858.