

## **ВЛИЯНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ РЕЦИПИЕНТА НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ РАННЕЙ ДИСФУНКЦИИ ТРАНСПЛАНТАТА ПЕЧЕНИ**

*Юрковский В.В., Лавренюк Р.П., Коротков С.В., Щерба А.Е., Руммо О.О.*  
*УЗ “Брестская областная клиническая больница”,*  
*г. Брест, Республика Беларусь*  
*ГУ “Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и*  
*гематологии”, г. Минск, Республика Беларусь*

**Введение.** Единственным радикальным способом лечения терминальных стадий заболевания печени является органная трансплантация. Результат лечения после данного вмешательства во многом зависит от степени развития ранней дисфункции трансплантата (РДТ) печени, что представляет собой нарушение послеоперационной функции печени после исключения других причин, таких как хирургические осложнения, отторжение или инфекция и необходимость в вазопрессорной поддержке.

**Цель исследования.** Определить частоту ранней дисфункции трансплантата печени в зависимости от функционального состояния реципиента.

**Материалы и методы.** В ходе ретроспективного исследования были проанализированы истории болезней 406 пациентов после трансплантации печени выполненной в ГУ «МНПЦ ХТиГ» в период с 2011 г. по 2022 г., выборка данного количества пациентов основывалась на возможности сбора информации о донорах, эксплантация органов у которых осуществлялась в Брестской области. Из исследования были исключены пациенты, которые после трансплантации имели ранние хирургических осложнения, отторжение и комбинированные трансплантации. Возраст реципиентов находился в пределах от 17 до 77 лет (медиана - 51 год). Показанием к операции в большинстве случаев был цирроз печени в исходе различных заболеваний: вирусный гепатит с и без ГЦР (42,4%), первичный билиарный цирроз (12,8%), криптогенный цирроз (9,9%), алкогольный цирроз (8,1%), аутоиммунный гепатит (4,7%), другие заболевания (22,1%).

Все пациенты были разделены на 2 группы. В основную вошло 79 пациентов, среди которых 75 по тяжести состояния находилось на стационарном лечении непрерывно более 1 месяца и 4 имели острое повреждение печени (фульминантный гепатит). В контрольную группу вошло 327 пациентов, которые находились на амбулаторном наблюдении, а уровень показателя MELD определяла срочность проведения трансплантации печени.

РДТ печени устанавливалось по одному из следующих критериев (Olthoff 2010 г.): билирубин  $\geq 10$  мг/дл на 7-й послеоперационный день; международное нормализованное отношение (МНО)  $\geq 1,6$  на 7-й день после операции; аланинаминотрансфераза (АЛТ) или аспартатаминотрансфераза (АСТ)  $> 2000$  МЕ/л в течение первых 7 дней после операции, а также тяжелую

форму РДТ, критерием которой были показатели АЛТ и АСТ  $>3000$  МЕ/л. Среди наиболее достоверных лабораторных показателей РДТ печени, которые отражают состояние и функции трансплантата считаются аминотрансферазы (АЛТ, АСТ), значение которых мы и оценивали в 1-е сутки после операции.

**Результаты и обсуждения.** При оценке тяжести состояния пациентов по шкале MELD средний показатель его в обеих группах составил 17 баллов ( $p>0,05$ ). Зависимости частоты РДТ от показателя MELD в группах отмечено не было: 16(13-22), где РДТ установлена, 17(13-21), где РДТ отсутствует ( $p=0,435$ ).

В основной группе у 27 из 79 пациентов (34,2%) была установлена РДТ. В группе с установленной РДТ печени уровень АСТ и АЛТ как маркеры печеночного повреждения печени составили 3249 (Q1-Q3 = 2659-4962) и 1812 (Q1-Q3 = 1440-2183) ЕД/л соответственно. Время общей ишемии составило  $590\pm 126$  минут (95% ДИ=540-639), время тепловой ишемии — 47 минут (95% ДИ=43-51), уровень кровопотери — 1000 мл (Q1-Q3 = 650-1750).

В контрольной группе из 327 пациентов РДТ печени установлено у 91 (27,9%) человека. В отличие от части основной группы, где был установлен РДТ уровень АСТ и АЛТ был ниже и равен 2353 (Q1-Q3 = 1389-3740) и 1324 (Q1-Q3 = 750-1786) ЕД/л соответственно ( $p<0,05$ ). В тоже время показатели времени общей ишемии составило  $480\pm 108$  минут (95% ДИ=476-521), время тепловой ишемии 47 минут (Q1-Q3 = 44-55), уровень кровопотери — 1200 мл (Q1-Q3 = 700-1850), что сопоставимо с основной группой ( $p>0,05$ ).

**Выводы.** При равных условиях хирургического обеспечения трансплантации печени на частоту возникновения ранней дисфункции трансплантата не влияет как функциональное состояние реципиента так и уровень MELD. В то же время степень печеночного повреждения в раннем послеоперационном периоде больше у декомпенсированных пациентов (тяжелая степень РДТ), что может быть обусловлено развитием ишемически-реперфузионных повреждений в донорской печени.