

КРИТЕРИИ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Е.В. Власова–Розанская

Республиканский научно–практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, Республика Беларусь, vl_ros@mail.ru

Введение. Беларусь занимает первое место среди стран СНГ по количеству органических трансплантаций. Трансплантационная активность в стране за прошлый год составила 25,5 операций на один миллион населения.

Первая пересадка печени у человека выполнена в 1963 г. Она закончилась смертью пациента. Неудачным были и 7 последующих пересадок, произведенных в 1963—1968 гг. в Колорадо, Париже и Бостоне. Только спустя 5 лет после первой пересадки Т. Е. Starzl сообщил об успешной операции.

В 1983 г. Национальным институтом здоровья (США) ортотопическая пересадка печени была признана методом выбора при лечении целого ряда заболеваний печени в терминальной стадии.

К началу 1990 г. в мире действовали более сотни центров трансплантации печени, в которых выполнено более 10 000 операций. Показатель годичной выживаемости больных достигает 80 % и более.

В силу целого ряда причин в СССР вплоть до конца 1990 г. пересадка печени не производилась. И только в 1991 г. в печати были опубликованы результаты 5 пересадок печени в НИИ трансплантологии и искусственных органов (В. И. Шумаков и соавт., 1991).

С 2008 года врачи Беларуси прошли обучение за границей и начали заниматься трансплантацией печени.

Трансплантация печени является эффективным и единственным методом лечения терминальных стадий диффузных поражений печени и некоторых очаговых поражений. В странах с эффективной программой трупного донорства, к которым относится и Республика Беларусь (11,2 доноров на 1 млн. населения в 2012г., при рекомендуемом международными организациями показателе более 10) более 90% всех трансплантаций печени выполняется от умершего донора. Несмотря на стандартизацию хирургической и анестезиологической тактики трансплантация от умершего донора сопряжена с риском ранних и поздних послеоперационных осложнений, главным образом связанных с изменениями гомеостаза в организме донора, повреждением вызванным ишемией и реперфузией трансплантата, ранним отторжением. Из осложнений послеоперационного периода следует отметить и те, что связаны с применением иммуносупрессивной терапии.

Соответственно, не происходит полного восстановления здоровья и трудоспособности пациента, что влечет за собой необходимость формирования экспертной оценки состояния пациента после перенесенной трансплантации печени.

Целью исследования явилась разработка критериев экспертной оценки состояния пациентов после пересадки печени.

Методы и организация исследования. Для решения поставленных в исследовании задач сформирована целевая выборка, состоящая из 57 пациентов, перенёвших трансплантацию печени. Среди обследуемых лиц было 29 (50,9%) мужчин и 28 (49,1%) женщин. Средний возраст обследованного контингента составил $44,4 \pm 1,6$ лет.

Наибольшее число прооперированных отмечено в возрасте 45–49 лет – 22,8%, 40–44 года – 19,3%, 35–39 лет и 55–59 лет – по 14%.

В структуре инвалидности до трансплантации печени 3 и 2 группа инвалидности установлена соответственно у 43,8% и 49,1% пациентов, 1 группа – 7,1%. После трансплантации: 1 группа – 26,3% пациентов, 2 группа – 73,7%. Через 1 и 2 года после трансплантации структура инвалидности оставалась та же.

Среди сопутствующих заболеваний отмечались следующие: стеноз почечной артерии – 1 (1,7%), аденома надпочечника – 1 (1,7%), нефроангиосклероз – 1 (1,7%), ИБС: атеросклеротический кардиосклероз – 4 (7,1%), недостаточность кровообращения – 2

(3,4%), артериальная гипертензия – 4 (7,1%), эндопротез правой яремной и подключичной артерии – 1 (1,7%), сахарный диабет – 2 (3,4%), неспецифический язвенный колит – 1 (1,7%), аденома надпочечников – 1 (1,7%).

Клиническое, функциональное, лабораторное обследование пациентов проводилось в соответствии с клиническими протоколами.

Математическая обработка полученных материалов проводится методом вариационной статистики с вычислением средней арифметической (M), стандартной ошибки средней арифметической (m), достоверности разницы (p) по критерию Стьюдента, коэффициента корреляции. Обработка осуществляется с помощью пакета программ статистической обработки материала Microsoft Excel, Statistika 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение. Учитывая этиопатогенез развития и прогрессирования заболеваний печени ведущими нарушениями, приводящим к функциональной дезадаптации, является нарушение функции пищеварительной и других систем организма, вовлеченных в патологический процесс.

Ряд изменений, происходящих на каждом из этапов эволюции первичного заболевания и приводящих к необходимости оперативного вмешательства, степень их компенсации в ходе лечения, состояние резервных возможностей организма также являются определяющими в формировании критериев социальной дезадаптации.

Таким образом, формируется совокупность критериев, которые необходимо учитывать при определении вида и степени выраженности нарушений систем организма, обуславливающих ту или иную степень ограничения жизнедеятельности.

Программы экспертно–реабилитационной диагностики.

Программы экспертно–реабилитационной диагностики состояния пациентов после трансплантации печени предназначены для проведения оптимальной для сегодняшнего дня диагностики, соответствующей современному уровню развития диагностических технологий. Она позволяет ранжировать выявленные нарушения по функциональным классам состояния систем организма, включенных в патологический процесс.

Критерии определения состояния пациента после трансплантации почки.

Состояние пациентов после перенесенной трансплантации печени с точки зрения медико–социальной экспертизы и реабилитации определяется при оценке следующих критериев: клинических, функциональных, лабораторных. Основой для формирования служат программы экспертно–реабилитационной диагностики.

После трансплантации печени основными клиническими критериями определения ограничений жизнедеятельности являются следующие.

После трансплантации печени проводятся оценка следующих параметров.

- 1) Изменения общего анализа крови.
- 2) Исследование показателей гемостаза: исследование показателей гемостаза: АЧТВ, ПТВ с расчетом МНО и ПТИ. Определение концентрации фибриногена.
- 3) Биохимическое исследование крови (определение концентрации общего белка, общего билирубина, холестерина, мочевины, мочевой кислоты, альбумина, креатинина, глюкозы, калия, натрия, кальция, магния, фосфора, С–реактивного белка, определение активности АсАТ, АлАТ ЩФ, клиренс по эндогенному креатинину).
- 4) Исследование концентрации циклоспорина, такралимуса, нефротоксических антибиотиков.
- 5) Определение степени печеночной недостаточности.
2. Послеоперационные осложнения, сопутствующие заболевания и состояния:
- 6) Наличие дисфункции трансплантата.
- 7) Наличие инфекционных осложнений.
- 8) Наличие острого или хронического отторжения трансплантата.
- 9) Изменения при рентгенографии легких.
- 10) Изменения водно–электролитного баланса.
- 11) Наличие вирусного гепатита В, С.
- 12) Наличие цитомегаловирусной инфекции.
- 13) Оценка статуса питания.
- 14) Изменения по УЗИ ОБП с доплерографией.

- 15) Изменения при биопсии трансплантата.
- 16) Наличие внутрибрюшного кровотечения.
- 17) Наличие несостоятельности биллиарного анастомоза.
- 18) Наличие перитонита.
- 19) Наличие желудочно–кишечного кровотечения.
- 20) Наличие тромбоза воротной вены.
- 21) Наличие тромбоза печеночной артерии.
- 22) Наличие множественных стриктур внутрипеченочных желчных протоков.
- 23) Наличие абсцесса печени.
- 24) Наличие посттрансплантационных лимфопролиферативных нарушений.

Градация выявленных нарушений от ФК 1 до ФК 4 позволяют осуществить дифференцированный подход в определении функциональной и социальной адаптации и дезадаптации.

Наличие 2–х (течения основного заболевания и наличия осложнений) и более признаков является основанием для определения ФК ограничений жизнедеятельности.

Для пациентов после пересадки *печени ФК 2* ограничений *передвижения* характерны следующие признаки.

Печеночная недостаточность – выраженная стадия. Исследование концентрации циклоспорина, такралимуса, нефротоксических антибиотиков – достижение целевой концентрации; дисфункция трансплантата – отсутствует, инфекционные осложнения – отсутствуют, острое и хроническое отторжение – отсутствует, рентгенография легких – инфильтраты отсутствуют, коррекция водно–электролитного баланса – норма. Вирусный гепатит В, С – нет. Цитомегаловирусная инфекция – отсутствует. Оценка статуса питания: ОМП–21,9–20 см, ИМТ–18,9–17,5 кг/м². УЗИ ОБП с доплерографией– нарушений нет. Биопсия трансплантата – отторжения нет. Внутрибрюшное кровотечение – отсутствует. Несостоятельность биллиарного анастомоза – отсутствует. Перитонит – отсутствует. Желудочно–кишечное кровотечение – отсутствует. Тромбоз воротной вены – отсутствует. Тромбоз печеночной артерии – отсутствует. Множественные стриктуры внутрипеченочных желчных протоков – отсутствуют. Абсцессы печени – отсутствуют. Посттрансплантационные лимфопролиферативные нарушения – отсутствуют.

Для пациентов после пересадки *печени ФК 3* ограничения *передвижения* характерны следующие признаки.

Печеночная недостаточность – выраженная стадия. Общий анализ крови – гемоглобин – 100–110 г/л. МНО – МНО менее 0,85, более 1,2. Исследование концентрации циклоспорина, такралимуса, нефротоксических антибиотиков – достижение целевой концентрации. Дисфункция трансплантата – наличие. Инфекционные осложнения – отсутствуют или наличие. Острое и хроническое отторжение – отсутствует. Рентгенография легких – инфильтраты отсутствуют или наличие. Коррекция водно–электролитного баланса – норма. Вирусный гепатит В, С – легкая форма. Цитомегаловирусная инфекция – отсутствует или наличие. Оценка статуса питания – ОМП–19,9–18 см, ИМТ–17,4–15,5 кг/м². УЗИ ОБП с доплерографией – нарушений нет. Биопсия трансплантата – отторжения нет. Внутрибрюшное кровотечение – отсутствует или наличие. Несостоятельность биллиарного анастомоза – отсутствует или наличие. Перитонит – отсутствует или наличие. Желудочно–кишечное кровотечение – отсутствует или наличие. Тромбоз воротной вены – отсутствует или наличие. Тромбоз печеночной артерии – отсутствует или наличие. Множественные стриктуры внутрипеченочных желчных протоков – отсутствует или наличие. Абсцессы печени – отсутствует или наличие. Посттрансплантационные лимфопролиферативные нарушения – отсутствует или наличие.

ФК 4 ограничений *передвижения* у пациентов после пересадки *печени* определяется при наличии терминальной стадии печеночной недостаточности. Общий анализ крови – гемоглобин – 90–100 г/л и ниже. МНО – МНО менее 0,85, более 1,2. Исследование концентрации циклоспорина, такралимуса, нефротоксических антибиотиков – не достижение целевой концентрации. Дисфункция трансплантата – наличие. Инфекционные осложнения – наличие. Острое и хроническое отторжение – наличие. Рентгенография легких – инфильтраты в легких. Коррекция водно–электролитного баланса – метаболиче-

ский ацидоз. Вирусный гепатит В, С – тяжелый. Цитомегаловирусная инфекция – наличие. Оценка статуса питания – ОМП – менее 18см, ИМТ–менее 15,4 кг/м². УЗИ ОБП с доплерографией – нарушения. Биопсия трансплантата – признаки отторжения. Внутрибрюшное кровотечение – наличие. Несостоятельность биллиарного анастомоза – наличие. Перитонит – наличие. Желудочно–кишечное кровотечение – наличие. Тромбоз воротной вены – наличие. Тромбоз печеночной артерии – наличие. Множественные стриктуры внутрипеченочных желчных протоков – наличие. Абсцессы печени – наличие. Посттрансплантационные лимфопролиферативные нарушения – наличие.

Выводы:

1) Разработанные экспертные критерии оценки состояния пациентов после пересадки печени являются основой характеристики ограничений жизнедеятельности и, в свою очередь, основой медицинской экспертизы и реабилитации.

2) Использование вышеприведенных критериев экспертной оценки позволит повысить качество и оптимизировать процесс принятия экспертных решений и повысить эффективность медицинской реабилитации пациентов после трансплантации печени.