



საქართველოს
ჰეპატოლოგთა
ასოციაცია

აღნიშნული დოკუმენტი მომზადებულია
საქართველოს ჰეპატოლოგთა ასოციაციის მიერ,
საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან
დევენითლა, შრომის, ჯანრთელობისა და
სოციალური დაცვის სამინისტროს დაკვეთით
2018

ღვიძლის ტრანსპლანტაციის ჩვენება

ღვიძლის ტრანსპლანტაცია განხილულ უნდა იქნას ღვიძლის ბოლო სტადიის დაავადების მქონე ყველა პაციენტთან, სადაც ტრანსპლანტაციამ შესაძლოა გაზარდოს სიცოცხლის ხანგრძლივობა იმაზე მეტად, ვიდრე მოცემულ სიტუაციაშია მოსალოდნელი ან იმ პაციენტებთან სადაც სიცოცხლის ხარისხის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესებაა შესაძლებელი.

ღვიძლის ტრანსპლანტაციის ჩვენება:

- I. ღვიძლის ციროზი
- II. ღვიძლის მწვავე უკმარისობა
- III. ღვიძლის ავთვისებიანი სიმსივნე
- IV. სხვა იშვიათი მდგომარეობები

I. ღვიძლის ციროზი

A. ღვიძლის დეკომპენსირებული ციროზი (ღვიძლის ბოლო სტადიის დაავადება):

- Child-Pugh-Turcotte (CPT) კლასიფიკაციით C კლასი: ≥ 10 ქულაზე და
- ღვიძლის ბოლო სტადიის დაავადების მოდელი (MELD): ≥ 15 ქულაზე.

B. ღვიძლის ციროზის შემდეგი გართულებები (CPT და MELD ქულის მიუხედავად)¹:

- რეფრაქტორული ასციტი
- მორეციდივე გასტროინტესტინური სისხლდენა
- მორეციდივე ან ქრონიკული ღვიძლისმიერი ენცეფალოპათია
- ჰეპატოპულმონური სინდრომი
- პორტოპულმონური ჰიპერტენზია

II. ღვიძლის მწვავე უკმარისობა

ღვიძლის მწვავე უკმარისობა განისაზღვრება, როგორც ღვიძლის მძიმე დაზიანება ენცეფალოპათიითა და დაქვეითებული სინთეზური ფუნქციით (international normalized ratio [INR] of ≥ 1.5)², ღვიძლის ქრონიკული დაავადების არმქონე პაციენტებში, რომლის ხანგრძლივობა არ აღემატება 12 კვირას.³

ღვიძლის მწვავე უკმარისობის შემთხვევაში გადანერგვის კრიტერიუმები (King's College Hospital criteria):⁴

ღვიძლის მწვავე უკმარისობა გამოწვეული აცეტამინოფენით
არტერიული PH <7.3 აცეტამინოფენის მიღებიდან 24 საათის შემდეგ
ლაქტატი >3 მმოლ/ლ
ან
III / IV ხარისხის ენცეფალოპათია და პროთრომბინის დრო >100 წამზე (INR >6.5) და შრატის კრეატინინი >3.4 მგ/დლ (300 მკმოლ/ლ)
სხვა ეტიოლოგიის ღვიძლის უკმარისობები
პროთრომბინის დრო >100 წამზე (INR >6.5)
ან
ნებისმიერი სამი ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან: 1. ასაკი <10 ან >40 წელზე 2. ეტიოლოგია: უცნობი ეტიოლოგიის ჰეპატიტი, მედიკამენტური ჰეპატიტი 3. სიყვითლე-ენცეფალოპათიას შორის ინტერვალი <7დღე 4. პროთრომბინის დრო >50 წამზე (INR >3.5) 5. შრატის ბილირუბინი >18მგ/დლ (308 მკმოლ/ლ)

III. ღვიძლის ავთვისებიანი სიმსივნე

ჰეპატოცელულური კარცინომა (HCC)

- ღვიძლის ტრანსპლანტაციისთვის HCC-ის მქონე პაციენტების შესარჩევად გადამწყვეტია მილანის კრიტერიუმი.
- ტრანსპლანტაცია რეკომენდებულია არარეზექტაბელური HCC-ის მქონე პაციენტებისთვის რომლებსაც აქვთ ერთი წარმონაქმნი ზომით ≤ 5 სმ-ზე, ან სამი ან ნაკლები წარმონაქმნი ≤ 3 სმ-ზე.⁵

IV. სხვა იშვიათი მდგომარეობები

ღვიძლის ტრანსპლანტაცია შესაძლოა განხილულ იქნას შემდეგი იშვიათი პათოლოგიების დროს:

- ბად-კიარის (Budd-Chiari) სინდრომი
- ცისტური ფიბროზი
- ღვიძლის პოლიცისტური დაავადება
- ღვიძლის იშვიათი სიმსივნეები
- მორეციდივე ქოლანგიტი
- იშვიათი მეტაბოლური დაავადებები
- ოჯახური ამილოიდური ნეიროპათია
- თანდაყოლილი ჰემორაგიული ტელანგიექტაზიები
- პირველადი ოქსალურია
- ღვიძლის პათოლოგიით განპირობებული კანის შეუპოვარი, უმართავი ქავილი
- სხვა

ღვიძლის ტრანსპლანტაციის უკუჩვენებები:

- ტრანსპლანტაციასთან შეუსაბამო ანატომიური მდგომარეობა
- კარდიოპულმონური დაავადება რომლის კორექცია ვერ ხერხდება
- შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი (შიდსი)
- ღვიძლგარე ავთვისებიანი სიმსივნე
- მეტასტაზირებული HCC
- ინტრაჰეპატური ქოლანგიოკარცინომა

- ჰემანგიოსარკომა
- არაკონტროლირებადი სეფსისი
- ღვიძლის მწვავე უკმარისობა, როდესაც ინტრაკრანიული წნევა >50 მმ.ვწყ.სვ. ან ცერებრული პერფუზიური წნევა <40 მმ.ვწყ.სვ.
- პაციენტი ალკოჰოლური ციროზით - სრული ალკოჰოლური აბსტინენცია <6 თვეზე
- მედიკამენტურ თერაპიაზე არდამყოლი პაციენტი
- პაციენტი ადეკვატური სოციალური დახმარების გარეშე

ღვიძლის წარმატებული ტრანსპლანტაცია დამოკიდებულია პაციენტების ოპტიმალურ და დროულ შერჩევაზე. დროულობა ძალიან მნიშვნელოვანია, რადგან ოპერაცია უნდა ჩატარდეს მანამ, სანამ სიცოცხლესთან შეუთავსებელი სისტემური გართულებები გამოვლინდება. ასევე ქირურგიული ჩარევა არ უნდა შესრულდეს დროზე ადრე, რათა არ მოხდეს დისბალანსი ტრანსპლანტაციის უპირატესობებსა და ოპერაციის და შემდგომი იმუნოსუპრესიის რისკებს შორის.

ღვიძლის ტრანსპლანტაციისთვის რეციპიენტების შერჩევა და შეფასება საჭიროებს რამოდენიმე სპეციალისტის კოორდინაციას თანმხლები პათოლოგიების ადეკვატური მართვისთვის. საბოლოო გადაწყვეტილება მიღებული უნდა იყოს ფართო მულტიდისციპლინური ჯგუფის მიერ, რომლსაც უნდა ხელმძღვანელობდეს გამოცდილი კლინიცისტი ექიმი-ჰეპატოლოგი.

¹ EASL Clinical Practice Guidelines: Liver transplantation. *Journal of Hepatology* 2016; 64 (2); 433-485.

² Lee WM, Stravitz RT, Larson AM. Introduction to the revised American Association for the Study of Liver Diseases Position Paper on acute liver failure 2011. *Hepatology* 2012; 55:965.

³ O'Grady JG, Schalm SW, Williams R. Acute liver failure: redefining the syndromes. *Lancet* 1993; 342:273-275.

⁴ O'Grady JG, Alexander GJ, Hayllar KM, Williams R. Early indicators of prognosis in fulminant hepatic failure. *Gastroenterology* 1989;97:439-445.

⁵ EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma, *Journal of Hepatology* 2018; 69:182-236

დოკუმენტზე პასუხისმგებელი პირები:

ექ. მამუკა ზაკალაშვილი

ექ. ჯაბა ზარქუა

ექ. დავით მეტრეველი

თარიღი: 04.10.2018

კითხვებით, შენიშვნებით და რეკომენდაციებით მოგვმართეთ: ghepatology@gmail.com