

რუსლან ბოლქვაძე, კახაბერ ქაშიბაძე, მერაბ ნაკაშიძე, დავით ბერიძე, ზურაბ ჩომახაშვილი, ალექსანდრე ცალუღელაშვილი, იათამზე თანდილავა

ცოცხალი დონორიდან აღებული ღვიძლის ტრანსპლანტაციის შემდგომი ბილიარული გართულებების ენდოსკოპიური მეთოდით მკურნალობის შედეგები

ბათუმის რუსთაველის სახელობის უნივერსიტეტი; თბილისის უნივერსიტეტი „ნიუ ვიუენი“

Doi: <https://doi.org/10.52340/jecm.2023.01.03>

RUSLAN BOLKVADZE, KAKHABER QASHIBADZE, MERAB NAKASHIDZE, DAVIT BERIDZE, ZURAB CHOMAKHASHVILI, ALEXANDER TSALUGHELASHVILI, IATAMZE TANDILA VA
ENDOSCOPIC TREATMENT OF BILIARY COMPLICATIONS AFTER LIVER TRANSPLANTATION TAKEN FROM A LIVING DONOR

Batumi Shota Rustaveli State University; Tbilisi New Vision University

SUMMARY

The results of our study show the efficacy and safety of the stepwise endoscopic treatment of strictures and lack of biliobiliary anastomoses in most patients. Diagnostic and therapeutic transpapillary interventions after orthotopic liver transplantation include endoscopic retrograde cholangiopancreatography, endoscopic papillosphincterotomy and, in case of necessity, balloon dilatation of the biliobiliary anastomosis along with prosthetics with plastic stents, replacing them with fully covered self-expanding metallic stents 3-6 months later. After analyzing the results of the obtained data, we may draw the following important conclusion that endoscopic retrograde cholangiopancreatography remains a highly effective method of diagnosis and treatment of all biliary complications arising from orthotopic liver transplantation from a living donor.

Keywords: endoscopy, liver transplantation, biliary complication, living donor

საკითხის აქტუალობა. პოსტტრანსპლანტაციური ბილიარული გართულებების მკურნალობა დამოკიდებულია მათი წარმოშობის დროსა და ხასიათზე. ნაღვლოვანი გადმონადენები შესაძლებელია წარმატებით მოვამოროთ კანიდან წარმოებული დრენირების საშუალებით ექსკოპიური კვლევის კონტროლის ქვეშ. ბილიარული ანასტომოზების ნაწილობრივი უკმარისობისას, როდესაც ნაღვლის თავისუფალ მუცლის ღრუში გადასვლის ნიშნები არ აღინიშნება, გამართლებულია მოცდითი ტაქტიკა [1,4,8].

კანიდან დრენირების არაეფექტურობის შემთხვევაში მიმართავენ კორექციის ენდოსკოპიურ მეთოდებს - ენდოსკოპიურ პაპილოსფინქტეროტომიას, რეტროგრადულ სტენტირებას ან ნაზობილიარულ დრენირებას. იგივე ტაქტიკა წარმოადგენს მკურნალობის ოპტიმალურ მეთოდს ნაღვლის დინების დროს T-ს მაგვარი დრენაჟის ამოღების შემდეგ [1,7,11].

ანასტომოზის პოსტტრანსპლანტაციური სტრიქტურების თანამედროვე კორექცია დამყარებულია მინი-ინვაზიურ დამზოგველ მეთოდებზე. ბილიარული სტრიქტურების მკურნალობის არსენალი საკმაოდ ფართოა: ენდოსკოპიური პაპილოსფინქტეროტომია და სანაღვლე გზების ენდოპროტეზირება, კანისა და ღვიძლის გავლით წარმოებული ქოლანგიოსტომები, სტრიქტურების ენდოსკოპიური და კანის გავლით დილატაცია და ნაზობილიარული დრენირება [2,3,9,13].

ბილიარული სტრიქტურების ენდოსკოპიური მეთოდებით მკურნალობის ეფექტურობა განსაკუთრებით მაღალია მაშინ, როდესაც ბალონური დილატაციის სეანსები სრულდება არაერთჯერადად და თანმიმდევრობით სტენტირებასთან და ენდოპროტეზირების რეგულარულ შეცვლასთან (3 თვეში ერთხელ) ერთად. მკურნალობის საშუალო ხანგრძლივობა დაახლოებით ერთი წელია და კარგი შედეგი რეგისტრირდება შემთხვევათა დაახლოებით 70-75%-ში. რესტრიქტურების განვითარების სიხშირე 18%-ს შეადგენს [1,10,12].

უახლოესი და მოგვიანებითი შედეგების პოზიციიდან, ყველაზე კეთილსაიმედოდ მიჩნეულია სტრიქტურები, რომლებიც ღვიძლის ორთოტოპიური ტრანსპლანტაციის შემდეგ 3 თვემდე დროს მანძილზე ყალიბდებიან [4,5,6,7,8,12].

კვლევის მიზანს წარმოადგენს ცოცხალი დონორისგან აღებული ღვიძლის ორთოტოპიული ტრანსპლანტაციის შემდგომი ბილიარული გართულებების ენდოსკოპიური მეთოდით მკურნალობის შედეგების განხილვა.

კვლევის მასალა და მეთოდები. კვლევის მასალად გამოყენებულია იმ 70 პაციენტის ისტორია, რომლებსაც ცოცხალი დონორისგან აღებული ღვიძლის ორთოტოპიული ტრანსპლანტაცია ჩაუტარდათ აჭარის რეფერალურ საავადმყოფოში 2014 წლიდან დღემდე. აღნიშნული პაციენტებიდან ოპერაციის შემდგომი ბილიარული გართულებები ჩამოყალიბდა 14 ავადმყოფს, მათგან 9 გადაყვანილია სხვა კლინიკაში ენდოსკოპიური მკურნალობის მიზნით.

მკურნალობის და მანიპულაციებისათვის ვიყენებდით ფილიფსის ფირმის აპარატს.

კვლევისას მიღებული შედეგები. ცოცხალი ღვიძლის ორთოტოპიული გადაწერვის შემდგომ ყველაზე ხშირად ბილიარულ გართულებებს მიეკუთვნება ნაღვლის სადინრის სტრიქტურები და ნაღვლის სადინართა შერთულის უკმარისობის შემდგომ განვითარებული ნაღვლის დენა. დასახელებულ გართულებათა სამკურნალოდ მონოდებულია როგორც ქირურგიული, ასევე ენდოსკოპიური მეთოდები.

დღეისათვის, ლიტერატურული მონაცემების მიხედვით, ცოცხალი დონორისგან ღვიძლის ორთოტოპიული ტრანსპლანტაციის შემდგომი ბილიარული გართულებების განვითარების სიხშირე შეესაბამება 8-35%-ს, ხოლო სიკვდილობა აღნიშნულ გართულებათა ჩამოყალიბების შემდგომ 2%-დან 9.5%-ს შორის მერყეობს.

ენდოსკოპიური რეტროგრადული ქოლანგიოპანკრეატოგრაფია იძლევა საშუალებას დიდი სიზუსტით დავადგინოთ სტრიქტურის განვითარების ღონე და დავსვათ ნაღვლის დენის არსებობის დიაგნოზი.

ენდოსკოპიური მკურნალობის ჩვენებას წარმოადგენდა ბილიარული ჰიპერტენზიის ნიშნები ან/და ბილიარული ანასტომოზის უკმარისობა, რომელთა წინასწარი დიაგნოსტიკა ხდებოდა დიაგნოსტიკის ისეთი მცირეინვაზიური მეთოდების გამოყენებით, როგორებიცაა ექსკოპია, მაგნიტორეზონანსული ქოლანგიოგრაფია და ჰეპატო-ბილიოსცინტოგრაფია.

ჩვენი საკვლევი მასალა სულ მოიცავდა 14 პაციენტს, რომელთაგანაც სლადჟ-სინდრომი აღენიშნებოდა 4 პაციენტს, ბილიარული ანასტომოზის უკმარისობა 3-ს, ნაღვლოვანი სტრიქტურები 7-ს, ქოლედოქოლითიამმა და ოდის სფინქტერის დისფუნქცია არცერთ პაციენტში არ გამოვლინდა. ჩვენს მასალაზე ბილიარულმა გართულებებმა ავადმყოფთა საერთო რაოდენობის (სტენტირებული, არასტენტირებული) 18% შეადგინეს.

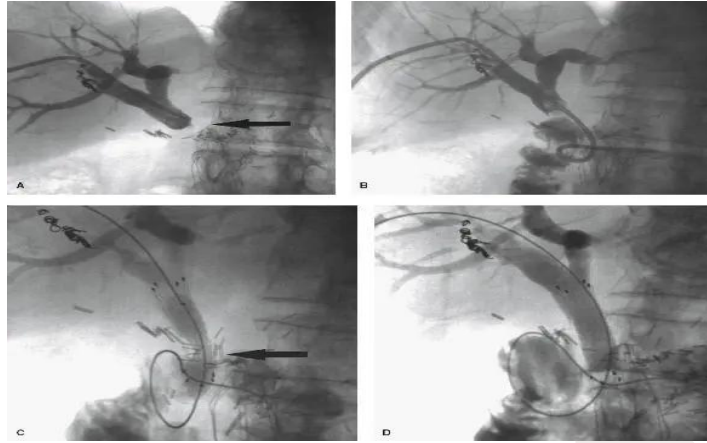
ცოცხალი დონორისგან ღვიძლის ორთოტოპიული ტრანსპლანტაციის შემდგომ ბილიარული გართულებები ჩამოყალიბდა 7 პაციენტში ოპერაციიდან 1 წლის განმავლობაში.

ბილიარულ სტრიქტურებს შორის ყველა ჩამოყალიბდა ანასტომოზის არეში (100%). აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ანასტომოზის არეში განვითარებული სტრიქტურები ხასიათდებიან შედარებით მცირე სიგრძით და ექვემდებარებიან წარმატებულ ენდოსკოპიურ მკურნალობას, მაშინ როცა არაინვაზიურ სტრიქტურებს დიფუზური ხასიათი აქვთ და ხშირად იმეიური ან იმუნოლოგიური დაზიანების შედეგად ყალიბდებიან და ამასთან რეფრაქტერულნი არიან ენდოსკოპიური მკურნალობისადმი. ასევე ახასიათებთ რეციდივების განვითარების მაღალი სიხშირე, რის გამოც ახასიათებთ ტრანსპლანტატის დაკარგვის მაღალი ალბათობა, ამიტომაც მათი მკურნალობის შერჩევით მეთოდით ღვიძლის რეტრანსპლანტაცია ითვლება.

წინამდებარე კვლევას სათუძვლად უდევს 70 ცოცხალი დონორიდან ღვიძლის ორთოტოპიული ტრანსპლანტაციის შემდგომ 14 პაციენტში ჩამოყალიბებული ბილიარული გართულებები.

ენდოსკოპიური მკურნალობის ჩვენებას წარმოადგენდა ბილიარული სტრიქტურები, რომელთა ინსტრუმენტული დიაგნოსტიკაც ისეთი მცირეინვაზიური მეთოდებით ხდებოდა, როგორებიცაა ექსკოპია, მაგნიტორეზონანსული ქოლანგიოგრაფია და ჰეპატო-ბილიოსცინტოგრაფია (სურათი №1).

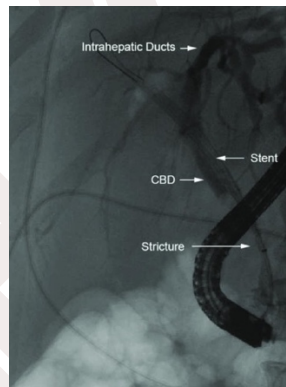
ნაღვლის სადინართა სტრიქტურები ვითარდებოდნენ ოპერაციის შემდგომი პერიოდის 1 თვის თავზე, ხოლო ბილიარული ანასტომოზის უკმარისობის ფორმირებას ადგილი ჰქონდა პოსტოპერაციული პერიოდის 2-3 დღეებზე.



სურათი №1. ულტრასონოგრაფია და მაგნიტორეზონანსული ქოლანგიოგრაფია.

ენდოსკოპიური რეტროგრადული ქოლანგიოპანკრეატოგრაფია ვანარმოეთ 14 პაციენტში, ანუ ყველა ავადმყოფში. მიუხედავად მდგომარეობის სირთულისა, ნანარმოები იქნა აღნიშნული გამოკვლევა. ბილიარული სტრიქტურები ჩვენს მასალაზე ყველა შემთხვევაში განვითარებული იყო ანასტომოზის არეში, რომელთა ჩამოყალიბების მიზეზადაც ჩვენ ვთვლით სხვადასხვა ტიპის ნაკერების (კვანძოვანი, განუწყვეტელი) გამოყენებას.

ამგვარად, ენდოსკოპიური მეთოდით მკურნალობის მცდელობა განხორციელდა ყველა, 14 პაციენტში, რომელთაგან მამაკაცი იყო 11, ხოლო ქალი 3, რომელთა ასაკიც ვარირებდა 48-დან 60 წლამდე. ანასტომოზის მიდამოში ჩამოყალიბებული სტრიქტურების დიგნოსტიკა და მკურნალობა წარმოებდა დიაგნოსტიკური ენდოსკოპიური რეტროგრადული ქოლანგიოპანკრეატოგრაფიის, ენდოსკოპიური პაპილოსფინქტეროტომიის და ბილიოდუოდენალური სტენტირების (სურათი №2.) მეთოდების გამოყენებით.



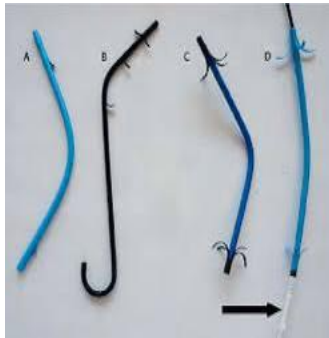
სურათი № 2. ბილიოდუოდენალური სტენტირება

ყველა დასახელებული პროცედურა ჩატარდა ინტრავენური გაუტკივარების ქვეშ და სტანდარტული მეთოდების (რენტგენოგრაფია, ულტრასონოგრაფია, ენდოსკოპიური - გასტროდუოდენოსკოპია, მაგნიტორეზონანსული ტომოგრაფია) აპარატურის გამოყენებით. სანაღვლე გზების სელექტიური კათეტერიზაციის შემდგომ ტარდებოდა ენდოსკოპიური რეტროგრადული ქოლანგიოპანკრეატოგრაფია და სტრიქტურის ლოკალიზაციისა და სიგრძის საბოლოო შეფასება. სანაღვლე გზების ანტეგრადული დრენირების შემდგომ თორმეტგოჯა ნაწლავში ვატარებდით სიმს (სურათი №2), რომელსაც ნაწლავში ვიჭერდით პოლიპექტომიისათვის გამოსაყენებელი მარყუჭით და ენდოსკოპის არხის მეშვეობით გამოგვქონდა გარეთ.

ენდოსკოპიური მკურნალობის დაწყებამდე აუცილებლად ვასრულებდით პაპილოსფინქტეროტომიას ვირსუნგის სადინრის ოკლუზიისა და პოსტოპერაციული პანკრეატიტის განვითარების ალბათობის შემცირების მიზნით. პაციენტის ნაზობილიარული დრენირება ხდებოდა მაშინ, როდესაც მას აღენიშნებოდა მწვავე ქოლანგიტი. ანასტომოზის არეში მდებარე ბილიარული სტენოზის სამკურნალოდ ვიყენებდით ჯონსონის ფირმის სტენტებს (სურათი №3), რომლის დიამეტრი 14, 16, 18 fianchi-ს შეესაბამებოდა. ბალონის „წელის“ ბილიარული

სტენოზის მიდამოში გაშლის შემდგომ ექსპოზიციას ვიკავებდით 0,5-1 წუთის დონეზე და ბალონში ვიკავებდით 4-5 ატმოსფეროს წნევით. ერთი პროცედურისას ვასრულებდით 2-3 დილატაციას.

ნაღვლის გზების სტენტირებისთვის ვიყენებდით პლასტიკურ ბილიოდუოდენურ სტენტებს (სურათი №3), დიამეტრით 18 fianchi და სიგრძით 5-დან 7 სმ-მდე და მეტალის თვითგანშლად სრულად დაფარულ სტენტებს.

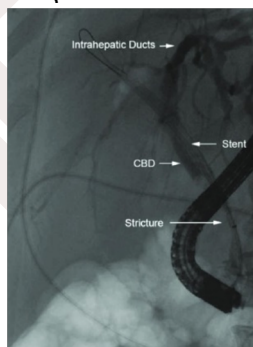


სურათი № 3. სტენტები და მათი ფორმები

ტექნიკური ამოცანების მიხედვით, გამტარის სიმზე გატარების შემდგომ პლასტიკური სტენტის პროქსიმალური კიდე ღებოდა 2 სმ-ით მაღლა ანასტომოზის არეში განვითარებული სტრიქტურიდან (სურათი №4), ან წილოვან სანაღვლე სადინარში (ბილატერალური ბილიოდუოდენალური სტენტირებისას), იმ გათვლით, რომ სტენტის დისტალური ბოლო გამოდიოდეს თორმეტგოჯა ნაწლავის სანათურში 1-1.5 სმ-ით. მეტალის სტენტი თავსდებოდა ანასტომოზის არეში არსებული სტრუქტურის პროქსიმალურად, ისე, რომ მისი დისტალური ბოლო გამოდიოდა თორმეტგოჯა ნაწლავის სანათურში 1 სმ-ით.

ენდოსკოპიური მკურნალობის შემდგომ პლასტიკური და მეტალის სტენტების გეგმიური გამოცვლა არ ხდებოდა.

ენდოსკოპიური მკურნალობის ეფექტურობის მაჩვენებელს წარმოადგენდა ინსტრუმენტული მცირე ინვაზიური მეთოდებით დადასტურებული ბილიარული ჰიპერტენზიის გამოსწორება და რეციდივების გარეშე მიმდინარეობა. მკურნალობის შედეგების ანალიზისას გამოიყენებოდა სტატისტიკის სტანდარტული მეთოდები. ანასტომოზის არეში მდებარე სტრიქტურების რეციდივების გარეშე პერიოდის მიმდინარეობის ხანგრძლივობა განისაზღვრებოდა კაპლან-მაიერის მეთოდით.



სურათი № 4. პოლიეთილენის სტენტი ქოლედოქსა და თორმეტგოჯა ნაწლავში

ბილიობილიარული უკმარისობა ჩვენს მასალაზე მხოლოდ 3 ავადმყოფს გამოუვლინდა (21,42%). თორმეტგოჯა ნაწლავის დიდი ღვრილის კანულირება ჩვენ არ ჩავვითარებთ და არცერთ პაციენტში ნაღვლის გამომტანი გზების სუპრა-დუოდენალური ნაწილის დრენირება არ დაგვჭირვებია. რეტროგრადული მეთოდით სტენტირება ჩატარებულია 14 შემთხვევაში, რა დროსაც ყველა პაციენტში გამოყენებულ იქნა პლასტიკური სტენტები.

ამგვარად, ენდოსკოპიური მკურნალობის სიხშირემ 14 პაციენტი, ანუ 20% შეადგინა, რომელთაგანაც ყველა შემთხვევაში განხორციელდა სტენტირება პლასტიკური სტენტით (სურათი №3) და არცერთ შემთხვევაში სტენტის შეცვლას ადგილი არ ჰქონია და ჩირქოვანი ქოლანგიტის კუპირების შემდგომაც კი 3-5 დღის შემდგომ სტენტი არ შეცვლილა.

ენდოსკოპიური მკურნალობის ხანგრძლივობის საშუალო მაჩვენებლებმა შეადგინა 2-3 დღე, მკურნალობის შემდგომი რემისია არ გვექონია. 14 პაციენტში წარმატებით იყო ნამკურნალები ანასტომოზის უკმარისობის შემთხვევები, რამაც ყველა ბილიარული გართულების 100% შეადგინა. არცერთ პაციენტს არ გამოუვლინდა ანასტომოზის არეში ჩამოყალიბებული სტრიქტურების რეციდივი.

მოყვანილი მონაცემების ანალიზისას შეიძლება ვთქვათ, რომ სანალვე გზების სტრიქტურებმა შესაძლებელია გამოიწვიოს სერიოზული კლინიკური პრობლემები იქამდეც კი, რომ ჩამოყალიბდეს ბილიარული ხის მძიმე ინფექცია, სეფსისი და ტრანსპლანტანტის მეორადი ბილიარული ციროზის განვითარება [Гранов А.М., Гранов Д.А., Жеребцов Ф.К. и др. 2012]. ღვიძლის გადანერგვის შემდგომ აღნიშნულ პაციენტებში ჩამოყალიბებული ბილიარული სტრიქტურების ენდოსკოპიური მკურნალობა დიდი ხნის განმავლობაში შემოიფარგლებოდა პლასტიკური სტენტის ჩაყენებით, რომელიც ასევე წარმატებული გამოდგა ჩვენს შემთხვევაშიც.

ლიტერატურაში გვხვდება გამკვლევი, რომლებიც მიმართულია სტენტის ფუნქციონირების დროის ზრდისაკენ, რომლებმაც მიგვიყვანეს იქამდე, რომ ვიღებთ მეტალის ბადისებური კონსტრუქციის მქონე სტენტებს, რომლებიც ზრდიან სტენტის გამავლობისა და უზრუნველყოფენ ჯეროვან კარკასულ ფუნქციას, მაგრამ გააჩნიათ მთელი რიგი ნაკლოვანებებისა, რომელთაგან მთავარს წარმოადგენს ქსოვილის ჩაზრდა რეაქტიული ჰიპერპლაზიის შედეგად [Isayama H., Komatsu Y., et al. 2004; Shim C.S., Lee Y.H., et al. 2007]. ენდოსკოპიის არსენალში თვითგაშლადი ნიტინოლით დაფარული სტენტების დანერგვამ გააჩინა ახალი შესაძლებლობები და პერსპექტივები ღვიძლის ორთოტოპიული ტრანსპლანტაციის შემდეგ განვითარებული ბილიარული გართულებების ენდოსკოპიური მკურნალობისთვის. ასეთი სტენტების გამოყენების ეფექტურობა და უსაფრთხოება დღესაც კვლევის საგანია [Ryu S.N., Lee S.K. 2011].

პოსტტრანსპლანტაციური სტრიქტურების მკურნალობის თანამედროვე კონცეფცია ეფუძნება მინი-ინვაზიურ დამზოგავ მეთოდებს. ამ მეთოდით გამოყენებით ან ქირურგიული წესით შესაძლებელია უმეტესობა ნაღვლოვანი სტრიქტურების წარმატებით განკურნება. სამკურნალო არსენალში ისეთი თანამედროვე ოფციების ქონა, როგორცაა ბალონური დილატაცია და სრულად დაფარული თვითგაშლადი ბილიარული სტენტები მნიშვნელოვნად ზრდის ენდოსკოპიური მეთოდით ბილიარული სტრიქტურების მკურნალობის ლიკვიდურობის ხარისხს. ასეთი მკურნალობის არაეფექტურობა წარმოადგენს ჩვენებსას ოპერაციული ჩარევისათვის.

ჩვენი კვლევის შედეგები გვიჩვენებს, რომ ანასტომოზის არეში განვითარებული სტრიქტურებისა და ბილიობილიარული ანასტომოზების უკმარისობის ეტაპობრივი ენდოსკოპიური მეთოდით მკურნალობა ეფექტური და უსაფრთხოა უმეტეს პაციენტებში. დიაგნოსტიკური და სამკურნალო ტრანსპლანტაციული ჩარევები ღვიძლის ორთოტოპიული ტრანსპლანტაციის შემდგომ მოიცავს ენდოსკოპიურ რეტროგრადულ ქოლანგიოპანკრეატოგრაფიას, ენდოსკოპიურ პაპილოსფინქტეროტომიასა და აუცილებლობის შემთხვევაში, ბილიობილიარული ანასტომოზის ბუჭირებასა და ბალონურ დილატაციას პლასტიკური სტენტებით პროთეზირებასთან ერთად, მათი სრულად დაფარული თვითგაშლადი მეტალის სტენტებით ჩანაცვლებას 3-6 თვის შემდგომ. მიღებული მონაცემების შედეგების ანალიზის შემდეგ შესაძლოა გამოვიტანოთ შემდეგი ძირითადი დასკვნები:

1. ენდოსკოპიური რეტროგრადული ქოლანგიოპანკრეატოგრაფია რჩება ცოცხალი დონორისაგან აღებული ღვიძლის ორთოტოპიული ტრანსპლანტაციის შემდგომი და ყველა ბილიარული გართულების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მაღალეფექტურ მეთოდად;
2. ღვიძლის ორთოტოპიული ტრანსპლანტაციის შემდგომი ბილიობილიარული ანასტომოზის არეში სამკურნალო ტაქტიკის შერჩევისას მკურნალობის თანამედროვე ენდოსკოპიურ მეთოდებს უნდა მიენიჭოს პრიორიტეტული ხარისხი.
3. ზემოაღნიშნული მეთოდის გამოყენება შემთხვევათა უმეტესობაში საშუალებას იძლევა, რომ ბილიარული სტრიქტურებისა და ბილიობილიარული ანასტომოზის უკმარისობის დროს მივიღოთ მკურნალობის კარგი შორეული შედეგები მცირე ინვაზიური მეთოდების გამოყენებით;

4. ღვიძლის ორთოტოპიული ტრანსპლანტაციის შემდგომი ბილიობილიარული ანასტომოზის არეში განვითარებული ბილიარული გართულებების მკურნალობის არაეფექტურობა წარმოადგენს პირდაპირ ჩვენებას აღნიშნული გართულებების ოპერაციული მკურნალობისთვის.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Alazmi W.M., Fogel E.I., Watkins J.L. et al. - Recurrence rate of anastomotic biliary strictures in patients who have had previous successful endoscopic therapy for anastomotic narrowing after orthotopic liver transplantation. *Endoscopy* 2006;38(6):571-4.
2. Buis C.I., Verdonk R.C., et al.- Nonanastomotic biliary strictures after liver transplantation, Part 1: Radiological features and risk factors for early vs. late presentation. *Liver Transplantat* 2007;13:708-18.
3. Belenkey A., Moor E. et al. Transhepatic balloon dilatation of early biliary strictures in pediatric liver transplantation: successful initial and mid-term outcome. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2004;27:491-4.
4. Cameron A., Busutil R.W., - Ischemic cholangiopathy after liver transplantation. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2005;4:495-501.
5. Moser M.A.J., Wall W.J. - Management of biliary problems after liver transplantation. *Liver Transplantat* - 2007; 11(1):46-52.
6. Hintze R.E., Abou-Rebyeh H., Adler A. et al. - Endoscopic therapy of ischemic type biliary lesions (ITBL) in patients after orthotopic liver transplantation. *Z Gastroenterol* 1999;37:13-20.
7. Pascher A., Neuhaus P - Biliary complications after deceased-donor orthotopic liver transplantation. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2006;13:487-96.
8. Pomposelli J.J., Jenkins R.I. - Early and late complication of liver transplantation. In: L.H. Blumgart, ed. *Surgery of the liver, biliary tract and pancreas*. 4th ed. Philadelphia: Saunders Elseiver, 2007; vol.2:1801-2
9. Londono M., Balderramo D., Cardenas A. - Patkowski W. Management of biliary complications after orthotopic liver transplantation: the role of endoscopy. *World J Gastroenterol* 2008;14(4): 493-7.
10. Sharma S., Gurakar A., Jabbour N., Zuhdi N. Biliary strictures following liver transplantation: past, present and preventive strategies. *Transplantation* 2008;14:759-69.
11. Jia-Zhi Liao, Qui Zhao, Hua Qin et al. Endoscopic diagnosis and treatment of biliary leak in patients following liver transplantation: a prospective clinical study. *J Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2007;6:29-3.
12. Ting-Bo Ling - Biliary tract complication after liver transplantation. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2005;4(1):10-1.
13. Zoepf T., Maldonado-Lopez E.J., Hilgard P. et al. Diagnosis of biliary strictures after liver transplantation: Which is the best tool? *World J Gastroenterol* 2005;11(19):2945-8.

რუსლან ბოლქვაძე, კახაბერ ქაშიბაძე, მერაბ ნაკაშიძე, დავით ბერიძე, მურაბ ჩომახაშვილი, ალექსანდრე ცალუღელაშვილი, იათამზე თანდილავა

ცოცხალი დონორიდან აღებული ღვიძლის ტრანსპლანტაციის შემდგომი ბილიარული გართულებების ენდოსკოპიური მეთოდით მკურნალობის შედეგები

ბათუმის რუსთაველის სახელობის უნივერსიტეტი; თბილისის უნივერსიტეტი „ნიუ ვიჟენი“

რეზიუმე

ჩვენი კვლევის შედეგები გვიჩვენებს ანასტომოზის არეში განვითარებული სტრიქტურებისა და ბილიობილიარული ანასტომოზების უკმარისობის ეტაპობრივი ენდოსკოპიური მეთოდით მკურნალობის ეფექტურობასა და უსაფრთხოებას უმეტეს პაციენტებში. დიაგნოსტიკული და სამკურნალო ტრანსპლანტაციული ჩარევები ღვიძლის ორთოტოპიული ტრანსპლანტაციის შემდგომ მოიცავს ენდოსკოპიურ რეტროგრადულ ქოლანგიოპანკრეატოგრაფიას, ენდოსკოპიურ პაპილოსფინქტეროტომიასა და აუცილებლობის შემთხვევაში ბილიობილიარული ანასტომოზის ბუჟირებას, ბალონურ დილატაციას პლასტიკური სტენტებით პროთეზირებასთან ერთად, მათი სრულად დაფარული თვითგანმლადი მეტალის სტენტებით ჩანაცვლებას 3-6 თვის შემდგომ. მიღებული მონაცემების შედეგების ანალიზის შემდეგ შესაძლოა გამოვიტანოთ შემდეგი მნიშვნელოვანი დასკვნა, რომ ენდოსკოპიური რეტროგრადული ქოლანგიოპანკრეატოგრაფია რჩება ცოცხალი დონორისაგან ღვიძლის ორთოტოპიული ტრანსპლანტაციის შემდგომი ყველა ბილიარული გართულების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მაღალეფექტურ მეთოდად.