

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*Щерба А.Е., Кирковский Л.В., Ефимов Д.Ю., Федорук Д.А., Носик А.В.,
Козак О.Н., Авдей Е.Л., Савченко А.В., Матюх А.В., Касперович А.И.,
Фролова М.А., Гордей Е.В., Комяк Н.Н., Коротков С.В., Федорук А.М.,
Руммо О.О.*

*Государственное учреждение «Минский научно-практический центр
хирургии, трансплантологии и гематологии», г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. Жизнеугрожающие осложнения синдрома портальной гипертензии (СПГ) вносят основной вклад в заболеваемость, смертность и затратность стационарного лечения пациентов с хроническими заболеваниями печени, тромбофилическими состояниями и иной патологией, приводящей к повышенному давлению в системе воротной вены.

Синдром портальной гипертензии – это комплекс патологических изменений, обусловленный повышением давления в системе воротной вены, вызванных нарушением оттока крови по портальным сосудам и печеночным венам. С практической целью важна дифференциация между а) подпеченочными и внутри/надпеченочными формами так как последняя требует своевременного выявления показаний к трансплантации печени, б) выявление признаков (желтуха, печеночная энцефалопатия, портальные кровотечения и асцит) хронической и острой декомпенсацией функции печени (при последней важно выявление системного воспаления как причины, а показания к трансплантации печени могут иметь ургентный характер), в) выявления хронического компенсированного заболевания печени в поздней стадии (сACLD) и клинически значимой портальной гипертензии (КЗПГ), так как сACLD является важным предиктором прогноза и оценки лечебного ответа при вирусных и аутоиммунном гепатитах, холестатических заболеваниях печени, сопровождается риском гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦР, при плотности печени более 15 кПа), а КЗПГ сопровождается риском варикозных кровотечений, асцита и требует применения лекарственных и интервенционных мер профилактики.

Внедрение в современную клиническую практику транзитной эластометрии привело к формированию концепции хронического компенсированного заболевания печени в поздней стадии (compensated advanced chronic liver disease, сACLD) как риска развития КЗПГ, характеризующейся плотностью паренхимы печени более 15 кПа, градиентом давления в воротной и нижней полой вене выше 10 мм.рт.ст. (коррелирует с плотностью паренхимы с площадью под кривой, AUC, равной 0,9), и/или фиброзом F3-4 по Batts-Ludwig/Metavir, гастроэзофагеальным варикозом.

Цель. Продемонстрировать системный подход к диагностике и выбору лечебной тактики, а также анализ стратегий коррекции осложнений синдрома

портальной гипертензии в условиях ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии».

Материалы и методы. Основанием для данного тезиса явился анализ современных международных руководств и консенсусов, кинических протоколов (по «Трансплантации печени», утв. постановлением МЗ РБ №31 от 13.02.23г., «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения» утв. постановлением МЗ РБ 01.06.2017 № 54) и собственного опыта включающего более чем 600 профильных консультаций и более 200 лечебных интервенций при СПГ ежегодно, более 1000 трансплантаций печени в ГУ МНПЦ ХТиГ [de Franchis R., Baveno VI Faculty, J. Hepatol. 2015; Nicoară-Farcău O. с соавт., Gastroenterology. 2021; Ефимов Д.Ю., Щерба А.Е., с соавт, Анналы хирургической гепатологии 2022г.].

Суть подхода к пациенту с подозрением на СПГ и КЗПГ начинается с установления проходимости воротной вены (ВВ) методами УЗИ и/или МСКТа. Выявление посттромботической окклюзии ВВ определяет четыре аспекта тактики : 1) первичная или вторичная профилактика кровотечения из варикозных вен желудка и/или пищевода с применением эндоскопических методов, лекарственной терапии (карведилол как наиболее эффективный из блокаторов бета-адренэргических рецепторов, или другие неселективные); 2) спленэктомия при рецидивах желудочного кровотечения и эмболизация селезеночной артерии как временная мера у пациентов высокого операционного риска; 3) исключение тромбофилии (хронические миелопролиферативные заболевания, АФС, дефицит протеинов С, S, АТ-III, гипергомоцистеинемия, мутации генов MTHFR, факторов свертывания II и V) если окклюзия ВВ не является результатом опухолевой инвазии некротизирующего панкреатита; 4) выявление показаний к хирургическому шунту при рецидивирующих нижних гастроинтестинальных кровотечениях (Н-образный мезокавальный, гонадно-подвздошный, дистальный спленоренальный - ДСРШ) у пациентов без очевидной причины в пищеводе, желудке и ДПК, но наличии КТ-паттернов или эндоскопических признаков кишечного варикоза.

Тактика при наличии у пациента КЗПГ и фиброза или цирроза печени включает

1) оценку показаний и операционных рисков трансплантации печени, (ТП) (см. клинический протокол МЗ РБ от 13.02.23г.) при наличии декомпенсации, опухолевого поражения и др., 2) первичную или вторичную профилактику кровотечения из варикозных вен пищевода с применением эндоскопических методов, лекарственной терапии; 3) оценку показаний к TIPS (как профилактика кровотечений, мост к ТП, коррекцию ГРС-ХБП); 4) онко-скрининг на ГЦР каждые 6 мес если нет декомпенсации и показаний к ТП.

Операции не имеющие преимущества перед уже указанными более эффективными такие как Шигиура и порто-азиагальное разобщение в настоящее время не имеют места в системе принятия решения.

Выполнено ретроспективное обсервационное когортное исследование пациентов, перенесших различные виды хирургической коррекции СПГ на базе ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», а именно: шунтирующие операции по формированию портокавальных анастомозов (с 2010г. выполнено 10 ДСРШ и 6 мезокавальных), рентгенэндоваскулярное трансъюгулярное портосистемное шунтирование (TIPS, 274 процедур) и трансплантация печени (1018 операций). Для анализа пациенты разделены в зависимости от типа СПГ (над-, внутри- и подпеченочная формы). Изучена частота развития осложнений СПГ, госпитальная летальность, одно- и пятилетняя выживаемость, периоперационные показатели. Статистический анализ проведен с использованием критериев Mann-Whitney, Fisher, ROC-анализа.

Результаты и обсуждение. С 1980 года по настоящее время в центре выполнено 131 шунтирующее вмешательство, с 2008 по настоящее время - 1018 операций ТП и 274 TIPS. Госпитальная летальность после шунтирующих операций при компенсированном циррозе (68 пациентов) составила 0%, 19,5% при классе тяжести цирроза печени (ЦП) Child-Pugh B и 87,5% при классе тяжести ЦП Child-Pugh C. Кумулятивная летальность у пациентов после TIPS составила 9,9% случаев (8,2% у пациентов, которым TIPS выполнялась как мост к ТП, и 12,8% в группе пациентов, которым TIPS выполнена как самостоятельный вид лечения). Госпитальная летальность после трансплантации печени составила 7,7%.

Выводы. За последние 50 лет стратегия коррекции СПГ претерпела существенные изменения благодаря формированию учреждений с замкнутым циклом оказания всех видов помощи от гепатологической до ТП. В связи с этим, лечение пациентов с осложнениями СПГ наиболее эффективно в стационарах, обладающих опытом рациональной консервативной терапии, эндоваскулярной коррекции и трансплантации печени. Тем не менее знание основных принципов выбора тактики лечения СПГ важно для всех лечебных учреждений ввиду множества вариантов интервенций и необходимости их адаптации не к степени портальной гипертензии, а к конкретному пациенту и заболеванию с присущими им операционному риску и естественному течению.