

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*Кирковский Л.В., Щерба А.Е., Ефимов Д.Ю., Федорук Д.А., Носик А.В.,
Козак О.Н., Авдей Е.Л., Савченко А.В., Коротков С.В.,
Федорук А.М., Руммо О.О.*

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

Введение. Синдром портальной гипертензии (СПГ) – это комплекс патологических изменений, обусловленный повышением давления в системе воротной вены, вызванных нарушением оттока крови по портальным сосудам и печеночным венам. Клинически значимая портальная гипертензия сопровождается риском варикозных кровотечений и асцита и диагностируется при увеличении градиента давления в воротной вене и нижней полой вене выше 10 мм.рт.ст. Жизнеугрожающие осложнения 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.

Цель. Провести анализ различных стратегий коррекции осложнений синдрома портальной гипертензии в условиях ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии».

Материалы и методы. В настоящее время выделяют несколько направлений лечения портальной гипертензии: фармакологическая консервативная терапия и различные виды хирургической коррекции (эндоскопические методы профилактики и остановки кровотечений, TIPS и трансплантация печени), которые могут быть применены одновременно или последовательно и регулярно обновляются и отражаются в международных рекомендациях.

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, рентгенэндоваскулярное трансъюгулярное портосистемное шунтирование (TIPS) и трансплантация печени (ТП). 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 258 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.