

# МОНОТЕМАТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ЕВРОПЕЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ «ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: ПРОДВИЖЕНИЕ В ЗНАНИЯХ, РАЗВИТИИ И ВЕДЕНИИ» (22 – 24 ЯНВАРЯ 2009 г., БУДАПЕШТ (ВЕНГРИЯ))

Ковалева О.И., Федуленкова Л.В.

ЦНИИГ, ДЗ г. Москвы

Ковалева Оксана Ивановна

E-mail: ksi.cov@rambler.ru ; тел. 8(495)304-30-39

Европейской ассоциацией по изучению заболеваний печени с 22 по 24 января 2009 года проведена монотематическая конференция «Портальная гипертензия: продвижение в знаниях, развитии и управлении». На конференции были освещены вопросы патогенеза, диагностики, лечения и профилактики портальной гипертензии при хронических заболеваниях печени.

С 22 по 24 января 2009 года в Будапеште (Венгрия) состоялась монотематическая конференция Европейской ассоциации по изучению заболеваний печени «Портальная гипертензия: продвижение в знаниях, развитии и управлении». В работе конференции приняли участие около 400 делегатов. Помимо европейских, широко были представлены ученые из США и стран Восточной Азии. Научная программа была рассчитана на три дня и включала в себя восемь секционных заседаний и постерную сессию.

В первом разделе были представлены доклады Y. Iwakiri и R. J. Groszmann, США, посвященные изучению васкулярного эндотелина при циррозе печени с развитием портальной гипертензии (ПГ). Основным патофизиологическим фактором в развитии ПГ является эндотелиальный оксид азота (эНО), концентрацию которого определяли как в периферической крови, так и в системе печеночно-го кровотока. Данные исследования проводились на крысах. Выявлено, что существование дефицита печеночного NO при циррозе печени вносит свой вклад в увеличение сосудистого сопротивления печени. Вместе с тем, чрезмерная активность эНО в системном артериальном кровообращении играет роль в развитии гипердинамического кровообращения при циррозе печени.

В разделе, посвященном диагностическим тестам при портальной гипертензии, были представлены доклады E. Christensen, Испания, утверждающие, что золотым стандартом в диагностике портальной

гипертензии остается измерение порто-венозного градиента давления (HVPГ). Наиболее точным методом оценки HVPГ является инвазивный.

Garsia-Tsao G., США представил доклад о прогностическом значении порто-венозного градиента давления. У пациентов с посттрансплантационным гепатитом С — состояние ускоряющее развитие цирроза — при увеличении HVPГ больше 6 мм. рт. ст через год после пересадки, являлось фактором, указывающим на развитие клинической декомпенсации, и оказалось более точным прогностическим признаком, по сравнению с гистологическими данными.

Увеличение HVPГ больше 10 мм. рт. ст в течение года у пациентов с циррозом печени Child-Pugh А явилось прогностическим неблагоприятным фактором развития ВРВП и предвестником клинической декомпенсации, в то время как его уменьшение, более чем на 10%, являлось фактором, снижающим развитие этих осложнений и способствующим эффективности терапии.

Доклад R. de Franchis, Италия затрагивал вопросы капсульной эндоскопии в диагностике портальной гипертензии. Было проведено четыре пилотных исследования, которые показали возможность выполнения и безопасность капсульной эндоскопии при наличии ВРВП, но получены противоречивые результаты. Многоцентровое исследование показало, что разница между капсульной эндоскопией и эзофагогастродуоденоскопией (ЭГДС) в выявлении ВРВП составляет менее 10%, что подтверждает

эквивалентность этих двух методов. Однако, следующее исследование обнаружило разницу в диагностике этими методами 15.6 %, что свидетельствует о недостатке капсульной эндоскопии. Новая, технически усовершенствованная желудочная эндоскопическая капсула была создана для улучшения визуализации нижних отделов пищевода. Однако, на сколько это улучшит выявление варикозно расширенных узлов желудка, остается неопределенным. Суммируя выше сказанное, можно сделать вывод, что капсульная эндоскопия имеет хорошие рабочие характеристики, однако не является эквивалентом ЭГДС на современном этапе.

Большое внимание на конференции было уделено лечению и профилактике портальной гипертензии. В докладе С. Villanueva, Испания было показано, что в настоящее время эндоскопическое лигирование вен (ЭЛВ) широко используется как при острых кровотечениях из ВРВП, так и для профилактики повторных. По сравнению со склеротерапией, этот метод является более эффективным и безопасным, показан больным с большими венозными узлами и при наличии противопоказаний или непереносимости  $\beta$ -блокаторов. В последнее время все чаще для повышения эффективности терапии используется комбинация ЭЛВ со склеротерапией.

В работе J. G. Abraldes, Испания показано, что начало лечения вазоактивными препаратами (терлипрессином, соматостатином и его аналогами, а при их отсутствии — вазопрессином и трансдермальным нитроглицерином) при остром кровотечении из ВРВП увеличивает эффективность последующего ЭЛВ и должно продолжаться в течение 2–5 дней после остановки кровотечения. Гемостаз с помощью тампонады должен использоваться только в случае массивного кровотечения (максимум до 24 часов), как терапия первой помощи, до назначения основного курса лечения, так как более чем в 50% случаев после данной процедуры наблюдается рецидив. В двух рандомизированных исследованиях (пациенты с HVPГ > 20 мм. рт. ст) было доказано, что чем раньше проведена установка TIPS (трансюгулярное чрезпеченочное портосистемное шунтирование), тем более эффективна терапия и меньше смертность, по сравнению с пациентами, находящимися на стандартной терапии (лекарственная и ЭЛВ). Наложение TIPS является высокоэффективным методом лечения ВРВП, однако его применение ограничено, в связи с нарастанием

печеночной энцефалопатии и ухудшением функции печени.

В докладе Lebreс. D., Франция говорилось о вторичной профилактике эзофагеальных кровотечений при портальной гипертензии. Доказано, что при отсутствии профилактического лечения у больных с состоявшимся кровотечением, риск рецидива составляет 75% в течение 2 лет. В связи с этим, лечение рекомендовано начинать всем пациентам сразу после остановки кровотечения. Существует несколько методов терапии — фармакологический, эндоскопический, радиологический и хирургический. Ни один из перечисленных методов не обладает преимуществом перед остальными (по результатам многих исследований). В качестве терапии первой линии чаще используются  $\beta$ -блокаторы, а при их непереносимости, либо наличии противопоказаний, проводится лигирование вен пищевода. При отсутствии эффекта от фармакологических и эндоскопических методов лечения при циррозе печени Child-Pugh A-B применяется TIPS или наложение хирургических шунтов. При циррозе печени Child-Pugh B-C хороший длительный результат дает только трансплантация печени.

Постерная сессия состояла из семидесяти двух докладов. ЦНИИГ был представлен стендовыми докладами Федулениковой Л. В., Дроздова В. Н. «Влияние ингибитора ангиотензин-превращающего фермента лизиноприла на портальную гипертензию и функциональное состояние почек у больных циррозом печени» и Ковалевой О. И. «Изменения слизистой оболочки желудка у пациентов с хроническими заболеваниями печени до развития портальной гипертензии». Доклады вызвали большой интерес и вопросы со стороны участников.

Таким образом, проведенная конференция систематизировала результаты многолетних исследований ученых разных стран по проблеме патогенеза, диагностики, лечения и профилактики портальной гипертензии, затронула многие неразрешенные вопросы и определила основные направления исследований в данной области.

