

УДК 616.36:616.149-008.341.1]-089.86-06

Эффективность эндоскопических вмешательств в профилактике кровотечений портального генеза

© Ф.Г. НАЗЫРОВ, А.В. ДЕВЯТОВ, А.Х. БАБАДЖАНОВ, Д.А. ДЖУМАНИЯЗОВ, Р.Р. БАЙБЕКОВ

Республиканский Специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова, ул. Фархадская, д. 10, Ташкент, 100115, Узбекистан

Цель. Провести анализ выживаемости больных циррозом печени и оценить эффективность эндоскопических вмешательств в профилактике кровотечений портального генеза

Материалы и методы. Для оценки эффективности эндоскопических вмешательств в исследование включено 449 больных ЦП с ПГ, поступивших с кровотечением из ВРВПЖ или угрозой его рецидива за период с 1996 по 2015 годы. Все больные были распределены на 2 группы исследования. В основную группу вошли 239 больных, получавших лечение за период с 2010 по 2015 годы, в контрольную группу – 210 больных за период с 1996 по 2010 годы.

Результаты. Проведенный анализ показал, что доля больных без рецидивов кровотечения из ВРВПЖ только при выполнении эндоскопических вмешательств составила 27% (33 пациента) в контрольной группе и 54,2% (64) в основной группе. При этапной тактике с выполнением ПСШ после эндоскопических вмешательств этот показатель составил 32,4% (45) и 109 (61,6%). В структуре больных без летальности от ЦП в отдаленный период (81 больной) с выполненными эндоскопическими вмешательствами рецидива кровотечений не отмечено в 40,7% (33) случаев в контрольной группе и 68,1% (64 из 94) в основной группе. В свою очередь при комбинировании эндоскопии и ПСШ в структуре больных, не включая умерших от прогрессирующего ЦП, доля отсутствия рецидива составила 45,9% (у 45 из 98 больных) и 71,2% (у 102 из 153 проследженных в отдаленный период без учета умерших от ЦП). В группе больных, где не проводились никакие эндоскопические вмешательства и пациенты получали только консервативную терапию только в 3 (10,7%) случаях удалось избежать рецидива кровотечения, что определяет малоэффективность изолированных терапевтических попыток снижения риска рецидива геморрагического синдрома.

Заключение. Современные возможности эндоскопических технологий значительно улучшили результаты лечебно-профилактических мероприятий при кровотечении из ВРВПЖ или угрозе его рецидива, при этом приверженность этапной тактике, с сочетанием миниинвазивных и традиционных декомпрессивных вмешательств, позволили увеличить показатели выживаемости больных с 80% до 88% - в сроки до 1 года и с 42% до 64% - к 3 годам наблюдения.

Ключевые слова: цирроз печени, синдром портальной гипертензии, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, портосистемное шунтирование, эндоскопическое лигирование, эндоскопическая склеротерапия

Efficacy of Endoscopic Intervention in the Prevention of Portal Genesis Bleedings

© F.G.NAZYROV, A.V. DEVYATOV, A.H. BABADJANOV, D.A. DJUMANIYAZOV, R.R.BAYBEKOV

Academician V.Vahidova Republican Specialized center of surgery, 10 Farkhad Str., 100115, Tashkent, Uzbekistan

Objective. To analyze the survival of patients with liver cirrhosis and to assess the effectiveness of endoscopic interventions in the prevention of portal genesis bleedings.

Materials and methods. To assess the effectiveness of endoscopic interventions, our study included 449 liver cirrhotic patients with portal hypertension who was admitted with bleeding from varicose veins or the threat of its recurrence for the period from 1996 to 2015. All patients were divided into 2 groups of the study. The main group included 239 patients treated between 2010 and 2015 and the control group consisted of 210 patients in the period from 1996 to 2010.

Results. The analysis showed that the percentage of patients without recurrence of bleeding from varicose veins was 27% (33 patients) in the control group and 54.2% (64) in the main group when performing only endoscopic interventions. With the phased tactics of portosystemic shunt performance after endoscopic interventions this figure amounted to 32.4% (45) and 109 (61.6%). In the structure of mortality of patients without cirrhosis in the long-term period (81 patients) with endoscopic interventions recurrence of bleeding were observed in 40.7% (33) cases in the control group and 68.1% (64 of 94) in the main group. In turn, when combined endoscopy and portosystemic shunting in the structure of the patients, without counting deaths from progressive liver cirrhosis, the proportion of absence of recurrence was 45.9% (in 45 of 98 patients) and 71.2% (in 102 out of 153 tracked in the remote period excluding deaths from cirrhosis). In the group of patients that do not carry out any endoscopic intervention and the patients received only conservative therapy only in 3 (10.7%) cases it was possible to avoid recurrence of bleeding, which determines the therapeutic ineffectiveness isolated attempts to reduce the risk of recurrence of hemorrhagic syndrome.

Conclusion. Modern possibilities of endoscopic technologies have significantly improved the results of treatment and prevention of varicose bleeding or the threat of its recurrence, and the commitment to the phased tactics, with a combination of minimally invasive and traditional decompressive surgery, allowed to increase the survival rates of patients with 80% to 88% - up to 1 year and from

Поступила / Received

15.01.2017

Принята в печать / Adopted in printing

19.02.2017

Опубликована / Published

28.09.2017



42% to 64% - to 3 years of follow-up.

Key words: liver cirrhosis portal hypertension syndrome, bleeding from esophageal and gastric varices, portosystemic shunting, endoscopic ligation, endoscopic sclerotherapy

В современной гепатологии хронические диффузные заболевания печени по-прежнему остаются актуальной социально-эпидемиологической и клинической проблемой здравоохранения [1, 2]. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) развивается у 80% больных ЦП с портальной гипертензией (ПГ) и является самым частым и опасным для жизни осложнением [3, 4, 5]. Риск его развития в течение первых двух лет после выявления варикозной трансформации вен пищевода составляет 30%, при этом ежегодно геморрагический синдром развивается у 12-15% пациентов с ВРВПЖ [6]. Средняя продолжительность жизни после первого пищеводно-желудочного кровотечения составляет около 19 месяцев. [7]. Смертность от первого кровотечения составляет 30-60%, а при декомпенсированной функции печени достигает 76-100% [8].

Единственным радикальным методом лечения ЦП является трансплантация печени, однако при отсутствии показаний к пересадке или невозможности ее выполнения по социально-правовым аспектам, основным направлением хирургического лечения этой категории пациентов является профилактика кровотечений из ВРВПЖ [9, 10].

Среди всего спектра хирургических вмешательств особое внимание уделяется лечебно-профилактическим малоинвазивным технологиям. Основными преимуществами последних являются не только низкая травматичность по отношению к традиционным операциям, но и возможность их применения даже у самого тяжелого контингента больных, особенно в ургентной хирургии кровотечений портального генеза [11, 12].

В этом ряду наиболее перспективными и конкурентоспособными являются различные методики эндоскопических вмешательств на ВРВПЖ. Развитие этих технологий позволило вывести их в разряд «метода первой линии», как на высоте кровотечения, так и при высоком риске его развития [13, 14].

Не менее дискуссионными являются вопросы прогностической оценки результатов эндоскопических вмешательств и определения риска рецидива пищеводно-желудочных геморрагий, что требует стратифицированного подхода к исследованию выживаемости больных ЦП после выполнения этих методик. Другим спорным фактором является доступность эндоскопического вмешательства, что нередко неоправданно расширяет показания к его применению. Паллиативный характер локального воздействия на ВРВПЖ не всегда удовлетворяет потребности клинической практики и обуславливает необходимость изучения целесообразности и эффективности сочетания эндоскопических технологий с другими хирургиче-

скими вмешательствами, в частности комбинирования с различными вариантами декомпрессивных или разобщающих операций.

Материалы и методы

Для оценки эффективности эндоскопических вмешательств в исследование включено 449 больных ЦП с ПГ, поступивших с кровотечением из ВРВПЖ или угрозой его рецидива за период с 1996 по 2015 годы.

Все больные были распределены на 2 группы исследования. В основную группу вошли 239 больных, получившие лечение за период с 2008 по 2015 годы, в контрольную группу – 210 больных за период с 1996 по 2007 годы. Распределение по группам основано на том, что в основной группе эндоскопические вмешательства стали применяться значительно шире, как с целью профилактики, так и по экстренным показаниям. Эндоскопическое склерозирование (ЭС) варикозных вен пищевода применено у 332 (73,9%) больных. Эндоскопическое лигирование (ЭЛ) у 117 (26,1%) пациентов.

В экстренном порядке поступило 102 пациента в контрольной и 119 – в основной группе. В плановом порядке поступили 108 и 120 больных соответственно. Возрастной состав варьировал от 19 до 66 лет. Средний возраст составил 31,2 года. Мужчин было 289 (64,3%), женщин – 160 (35,7%).

При проведении экстренной эндоскопии источником кровотечения явились варикозно расширенные вены пищевода (ВРВП) у 81 (79,4%) больного контрольной группы и 91 (76,5%) пациента в основной группе. Источник в кардии желудка (КЖ) определен в 21 (20,6%) и 28 (23,5%) случаях соответственно.

В обеих группах выполнено 76 портосистемных шунтов (ПСШ), 19 – в контрольной группе и 57 в основной. Всем больным для остановки кровотечения произведено 1-2 сеанса эндоскопических вмешательств с эффективным гемостазом и последующей предоперационной подготовкой для выполнения ПСШ в сроки от 6 до 25 суток после кровотечения.

У большинства больных выполнены селективные анастомозы – дистальный спленоренальный анастомоз (ДСРА) – 49 (64,5%). Центральный анастомоз выполнен у 27 (35,5%). В группе центральных шунтов выполнялись спленосупраренальный анастомоз, латеро-латеральный спленоренальный анастомоз и спленоренальный анастомоз с «Н» вставкой из внутренней яремной вены.

Результаты и их обсуждение

В наших наблюдениях, эффективный эндоскопический гемостаз получен у 76 (74,5%) больных в кон-

Таблица 1 / Table 1

Эффективность эндоскопического гемостаза и частота летальности в зависимости от функционального класса по Child- Pugh / The effectiveness of endoscopic hemostasis and mortality depending on the functional class Child - Pugh

Показатель / Figure	Контрольная группа / The control group				Основная группа / The main group			
	Функциональный класс / Functional class			ВСЕГО / ALL	Функциональный класс / Functional class			ВСЕГО / ALL
	«А»	«В»	«С»		«А»	«В»	«С»	
Общее количество / The total number	18	48	36	102	19	55	45	119
	17,6%	47,1%	35,3%	100%	16,0%	46,2%	37,8%	100%
Эффективный эндоскопический гемостаз / Effective endoscopic hemostasis	16	38	22	76	18	47	36	101
	88,9%	79,2%	61,1%	74,5%	94,7%	85,5%	80,0%	84,9%
Неэффективный эндоскопический гемостаз или невозможность проведения / Ineffective endoscopy plays a Central role in hemostasis, or the inability of the	2	10	14	26	1	8	9	18
	11,1%	20,8%	38,9%	25,5%	5,3%	14,5%	20,0%	15,1%
Летальность / Mortality	0	4	10	14	0	3	6	9
	0,0%	8,3%	27,8%	13,7%	0,0%	5,5%	13,3%	7,6%
Операция Пациоры или ТРГЭК (неэффективный эндоскопический гемостаз) / Operation Pacioli or TREK (ineffective endoscopic hemostasis)	2	10	9	21	1	8	5	14
	11,1%	20,8%	25,0%	20,6%	5,3%	14,5%	11,1%	11,8%
Летальность после операции / Mortality after surgery	0	2	5	7	0	1	2	3
	0,0%	20,0%	55,6%	33,3%	0,0%	12,5%	40,0%	21,4%
Общая летальность / Overall mortality	0	6	15	21	0	4	8	12
	0,0%	12,5%	41,7%	20,6%	0,0%	7,3%	17,8%	10,1%

трольной группе, в основной группе этот показатель составил 84,9% (101 больной). Соответственно эффективности гемостаза необходимость в экстренной операции также различалась. В контрольной группе оперирован 21 (20,6%) пациент, в основной группе – 14 (11,8%) больных (табл. 1). С начала 2005 года в экстренном порядке предпочтение отдается методике операции тотального разобщения гастроэзофагеального коллектора (ТРГЭК). Эти вмешательства более перспективны в отношении долгосрочности прогноза профилактики рецидива кровотечения из ВРВПЖ.

В группе с кровотечением из КЖ эффективный гемостаз получен у 42,9% (9 из 21 больного) в контрольной группе и 71,4% (20 из 28) в основной группе. Оперированы 9 (42,9%) и 7 (25%) больных соответственно. Общая летальность составила 7 (33,3%) и 4 (14,3%) случаев.

В таблице 2 приведена эффективность эндоскопического гемостаза в зависимости от его локализации в пищеводе. Небольшое количество наблюдений отмечено с кровотечением из с/3 пищевода. В 100% эндоскопические манипуляции позволили добиться

гемостаза. При геморрагии из н/3 гемостаз достигнут в 87,5% случаев в контрольной группе и в 94,4% - в основной группе. В зоне кардиоэзофагеального перехода (КЭП) эти показатели составили 73% (27 пациентов) и 83,3% (40 больных).

С целью профилактики кровотечения после его эндоскопической остановки, больным дополнительно произведено по 1-3 сеанса ЭС или ЭЛ. В среднем повторные сеансы ЭС проводились через 3-4 дня. Во время проведения профилактических сеансов ЭС и ЭЛ в обязательном порядке проводился динамический контроль над состоянием пациентов, прогрессирующим различными осложнениями ЦП, на фоне которых проводилась консервативная терапия. Прогрессирование различных осложнений привело к переводу 19 (18,6%) пациентов в контрольной группе и 16 (13,4%) в основной группе из функционального класса «В» в класс «С». Основными факторами были нарастающий отечно-асцитический синдром и прогрессирование гепатоцеллюлярной недостаточности. В классе «С» прогрессирование этих осложнений отмечено в 14,7% (15 больных) и 6,7% (8), но при этом необходимо отметить,

*Эффективность эндоскопического гемостаза в зависимости от локализации источника кровотечения /
The effectiveness of endoscopic hemostasis depending on the localization of source of bleeding*

Источник кровотечения / The source of the bleeding	Контрольная группа / The control group			Основная группа / The main group			Всего / All		
	n=102			n=119			n=221		
	Кол-во / the number	Абс. / absolute	%	Кол-во / the number	Абс. / absolute	%	Кол-во / the number	Абс. / absolute	%
с/3 пищевода / c/3 of the esophagus	12	12	100%	7	7	100%	19	19	100%
н/3 пищевода / n/3 of the esophagus	32	28	87,5%	36	34	94,4%	68	62	91,2%
КЭП / CAP	37	27	73,0%	48	40	83,3%	85	67	78,8%
Кардия желудка / Kardiya stomach	21	9	42,9%	28	20	71,4%	49	29	59,2%
Всего / All	102	76	74,5%	119	101	84,9%	221	177	80,1%

что к 10-12 дню постгеморрагической реабилитации из класса «С» в класс «В» переведено 8 (7,8%) и 19 (16%) пациентов. В целом по группам, улучшение состояния определено у 21,6% пациентов контрольной группы и 33,6% в основной группе, ухудшение в 41,2% и 23,5% случаев, стабильное у 37,3% и 42,9% больных.

В последние годы все больше специалистов для оценки функционального резерва печени применяют еще одну шкалу. В 2000 году в клинике Mayo (Rochester, USA) для больных ЦП после трансъюглярного внутрипечёночного ПСШ (TIPS) была разработана система оценки прогноза MELD (Model for End-Stage Liver Disease – модель конечной стадии заболевания печени). За короткий период использования доказана ее эффективность по отношению к другим больным с терминальными заболеваниями печени. Шкала MELD основана на логарифмической зависимости показателей МНО, билирубина и креатинина в сыворотке крови.

Балл MELD для оценки тяжести конечной стадии печеночных заболеваний (ЦП) определяет прогноз краткосрочной (3-х месячной) дотрансплантационной выживаемости у детей старше 12 лет, подростков и взрослых. Показатель MELD имеет важнейшее значение относительно выживаемости пациента в листе ожидания и необходимости трансплантации в определенный момент времени. Неблагоприятный жизненный прогноз ассоциирован со значением MELD>18. Поэтому в зависимости от показателей по шкале MELD пациенты должны регулярно наблюдаться для переоценки баллов. В наших наблюдениях показатели шкалы Child-Pugh в классе «А» составили 6,2±0,1 балла, по шкале MELD в этой группе - 9,1±0,2 балла. В классе «В» - 8,4±0,3 и 12,4±0,3 балла соответственно. В классе «С» - 11,6±0,3 и 18,2±0,4 балла.

Определение значения MELD проведено у 69 пациентов (с 2011 года), и имело принципиальное значение в плане определения сроков для радикального лечения. В нашем исследовании эти показатели отражали состояние больных в период развития геморрагического синдрома. Класс «А» - 11 (15,9%) больных, класс «В» - 36 (52,2%) и класс «С» - 22 (31,9%).

В 68,1% случаев развитие геморрагического синдрома у больных ЦП отмечается на фоне компенсированного и субкомпенсированного течения заболевания с высоким прогнозом краткосрочной (3-х месячной) выживаемости (P<0,001), определенной по шкале MELD, и соответствии классу «А» по Child-Pugh – 15,9% пациентов с показателем 9,1±0,2 балла (MELD), классу «В» - 52,2% (12,4±0,3 балла). Сохраненный функциональный резерв гепатоцитов на фоне цирроза (MELD<15 баллов и классы «А» и «В» по Child-Pugh) обуславливает благоприятный долгосрочный прогноз безтрансплантационной выживаемости (P<0,001), тогда как частота летальности уже при первом эпизоде кровотечения из ВРВПЖ в этой группе достигает 11,1% с последующим многократным ростом этого показателя при рецидиве.

Далее рассмотрены результаты эндоскопических вмешательств в группе планово поступивших больных. В контрольной группе в 100% случаев вмешательства проведены на ВРВП. В основной группе в 6 (5%) случаях выполнено плановое лигирование вен кардии желудка. В обеих группах выполнено приблизительно одинаковое количество сеансов с лигированием или склерозированием вен (табл. 3).

Кровотечение после вмешательства отмечено в 6 (5,6%) случаев в контрольной группе и 2 (1,7%) в основной группе. Экстренная операция потребовалась только 2 (1,9%) и 1 (0,8%) пациентам. Летальность в кон-

трольной группе составила 0,9%, а в основной группе отсутствовала.

Обобщая результаты всех вмешательств можно отметить следующее. Эффективность выполнения эндоскопических вмешательств составила 82,4% (173 из 210 пациентов) в контрольной группе и 90% (215 из 239) в основной группе. Экстренная операция после эндоскопических манипуляция выполнена у 23 (11%) и 15 (6,3%) больных. Общая летальность составила 10,5% (22 пациента) и 5% (12) соответственно (рис. 1).

Следует отметить, что в основной группе достигнутый гемостатический эффект и предпринятая тактика постгеморрагической реабилитации позволили в большей степени расширить возможности для применения сочетанной этапной тактики. Уже в течение двух недель после эпизода геморрагии с эффективным эндоскопическим гемостазом ПСШ выполнено 17 (8,1%) больных в контрольной и 59 (24,7%) в основной группе.

В отдаленном периоде прослежено 319 больных в обеих группах. Также из анализа отдаленных результатов исключены больные, которым на фоне неэффективности эндоскопического гемостаза были выполнены различные варианты экстренных разобщающих операций. Выпали из исследования 72 пациента.

Основным параметром для оценки отдаленных результатов явился анализ рецидивов кровотечений из ВРВПЖ. С учетом выполненных декомпрессивных операций у части больных, в этот анализ пациенты после ПСШ не были включены. В течение одного месяца после выписки в различные клиники Республики с рецидивом геморрагического синдрома поступили 10 (8,2%) из прослеженных 122 больных контрольной группы и 5 (4,2%) пациентов из 118 в основной группе. В течение 6 месяцев кровотечение развилось еще у 9 (7,4%) и 5 (4,2%) пациентов соответственно. В сроки от 6 до 12 месяцев это осложнение отмечено еще у 13

(10,7%) и 10 (8,5%) пациентов. До 3-х лет – 16 (13,1%) и 10 (8,5%) (рис. 2).

Интересным представляется анализ не только в группах сравнения, но и среди пациентов, у которых гемостаз был достигнут только консервативными мероприятиями, включая зонд Блекмора-Сенгстакена. Из 28 таких больных кровотечение в трехлетний период наблюдения развилось у 17 (60,7%), причем у 13 (46,4%) уже в сроки до года после первичного эпизода.

По причине летальности в отдаленный период мы распределили больных на прогрессирование ЦП и рецидив геморрагического синдрома. В различные сроки от нарастающей печеночной недостаточности умерло от 5 (4,1%) до 15 (12,3%) в контрольной группе и от 3 (2,5%) до 10 (8,5%) в основной группе. От кровотечения от 4 (3,3%) до 9 (7,4%) и от 2 (1,7%) до 4 (3,4%) соответственно.

Следует отметить, что кровотечение провоцирует прогрессирование печеночной недостаточности и даже при успешной остановке рецидива геморрагического синдрома, у части больных после выписки из медицинских учреждений отмечено отсутствие эффекта от консервативной терапии и прогрессировала печеночная недостаточность.

В целом в контрольной группе в отдаленный период до 3-х лет 41 (33,6%) больных умерли от нарастающей печеночной недостаточности и 22 (18%) больных от геморрагий. В основной группе эти показатели были ниже, составив 24 (20,3%) и 1 (9,3%) больных соответственно. Летальности среди больных с кровотечением составила 45,8% в контрольной группе (умерло 22 из 48 больных) и 36,7% в основной группе (умерли 11 из 30).

Проведенный анализ показал, что доля больных без рецидивов кровотечения из ВРВПЖ только при



Рис. 1. Ближайшие результаты эндоскопических вмешательств. / Fig. 1. Short-term results of endoscopic interventions

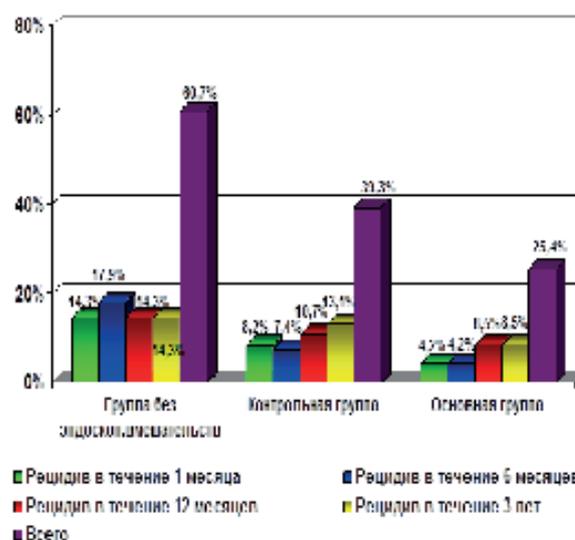


Рис. 2. Частота рецидива кровотечений из ВРВПЖ после эндоскопических вмешательств. / Fig. 2. The frequency of recurrence of bleeding from VRITJ after endoscopic interventions

*Эндоскопические вмешательства в группе плановой профилактики рецидива кровотечения из ВРВПЖ /
Endoscopic interventions in the group of planned prevention of recurrence of bleeding*

Показатель / Figure	Контрольная группа / The control group		Основная группа / The main group	
	Абс. / absolute	%	Абс. / absolute	%
Кол-во больных / Number of patients	108		120	
Эндоскопические вмешательства при ВРВ пищевода / Endoscopic interventions in esophageal VRV	108	100%	114	95,0%
Эндоскопические вмешательства при ВРВ КЖ / Endoscopic intervention in VRV QOL	0	0,0%	6	5,0%
Кол-во сеансов склеротерапии или лигирования / The number of sessions of sclerotherapy or ligation	1,39±0,07		1,33±0,05	
Кол-во склерозированных или лигированных вен / Number sklerozirovanie or alloy veins	1,45±0,06		1,48±0,06	
Кровотечение после эндоскопических манипуляций / Bleeding after endoscopic manipulation	6	5,6%	2	1,7%
Операция Пациоры или ТРГЭК / Operation Pacioli or TREK	2	1,9%	1	0,8%
Общая летальность / Overall mortality	1	0,9%	0	0,0%

выполнении эндоскопических вмешательств составила 27% (33 пациента) в контрольной группе и 54,2% (64) в основной группе. При этапной тактике с выполнением ПСШ после эндоскопических вмешательств этот показатель составил 32,4% (45) и 109 (61,6%). В структуре больных без летальности от ЦП в отдаленный период (81 больной) с выполненными эндоскопическими вмешательствами рецидива кровотечений не отмечено в 40,7% (33) случаев в контрольной группе и 68,1% (64 из 94) в основной группе. В свою очередь при комбинировании эндоскопии и ПСШ в структуре больных, не включая умерших от прогрессирующего ЦП, доля отсутствия рецидива составила 45,9% (у 45 из 98 больных) и 71,2% (у 102 из 153 прослеженных в отдаленный период без учета умерших от ЦП). В группе больных, где не проводились никакие эндоскопические вмешательства и пациенты получали только консервативную терапию только в 3 (10,7%) случаях удалось избежать рецидива кровотечения, что определяет малоэффективность изолированных терапевтических попыток снижения риска рецидива геморрагического синдрома.

Этапная тактика в отношении ведения больных ЦП с угрозой развития геморрагического синдрома приветствуется многими гепатологическими школами. В странах с развитой трансплантационной службой миниинвазивные вмешательства, в частности эндоскопические или эндоваскулярные манипуляции, позволяют продлить период ожидания пересадки печени, так как летальность от геморрагического синдрома в листе ожидания превышает 25%. Для стран с отсутствием возможности радикального лечения, риск развития кровотечения из ВРВПЖ диктует необ-

ходимость оптимизации лечебно-профилактических мероприятий без учета вероятности трансплантации печени в перспективе. Проведенные исследования показали, что современный арсенал эндоскопических технологий позволяет обеспечить адекватный гемостаз, однако для улучшения отдаленных результатов более трети больных требуется принятие дополнительных профилактических мер, так как даже поэтапное выполнение лигирования или склеротерапии не позволяет достичь полной эрадикации вен. На этом фоне клиники, обладающие различными техническими возможностями, комбинируют профилактические методы. В частности, эндоскопические вмешательства применяют как средство воздействия непосредственно на источник кровотечения, а с целью декомпрессивного эффекта используют различные варианты портокавального шунтирования. Эти операции делятся на две группы: традиционные и эндоваскулярные. Суть трансъюгулярного внутривенного ПСШ (Transjugular intrahepatic portosystemic shunting - TIPS) заключается в соединении внутривенного ответвления портальной вены с печеночной веной. Как вариант ПСШ, TIPS также можно отнести к парциальным, в связи с возможностью создания различного диаметра шунта. В результате использования этой методики поддерживается гепатопетальный кровоток и имеет место отчетливая портальная декомпрессия.

TIPS имеет несколько преимуществ перед классическим ПСШ. Во-первых, TIPS оставляет интактной брюшную полость и сосуды портальной системы, что очень важно для пациентов, которым планируется трансплантация печени. Во-вторых, TIPS не требует глубокой анестезии и интубационного наркоза. И,

наконец, такие послеоперационные осложнения, как нарастание асцита, раневая инфекция и т.д. здесь исключены. Однако, частота повторных кровотечений после этой операции составляет около 20% и большим недостатком является высокий риск развития тромбоза шунта или печеночной энцефалопатии.

По нашему мнению, ПСШ должно по-прежнему рассматриваться как вариант выбора способа портальной декомпрессии, особенно у больных с неэффективным фармакологическим и эндоскопическим лечением, а также при отсутствии показаний для трансплантации печени.

Применение только различных вариантов эндоскопических вмешательств на ВРВПЖ, даже с учетом динамического контроля и выполнении дополнительных сеансов лигирования или склеротерапии, позволило достичь 78% годичной выживаемости. В группе больных с выполненным ПСШ этот показатель составил 88%. Более отчетливое различие отображают следующие периоды наблюдения. Выживаемость в сроки 24 месяца составила только 54% в группе эндоскопии, тогда как комбинированная тактика улучшила этот показатель до 78%. В сроки к 3 годам наблюдения эти показатели составили 34% против 64%. В целом достоверность различия показателя выживаемости составила $P < 0,001$.

В целом, конечно, ПСШ выполняется только по определенным показаниям, и не со всеми больными можно рисковать. Это относится к пациентам функционального класса «С» с декомпенсацией ЦП, когда эндоскопия остается приоритетным методом остановки и профилактики кровотечений из ВРВПЖ. При условии стабилизации состояния и перевода этих больных в более легкие функциональные классы, можно решать вопрос о выполнении декомпрессивной операции. В других случаях целесообразно применение только мининвазивных методик, в частности эндоскопических и эндоваскулярных вмешательств, так как эта группа больных ввиду тяжести течения ЦП уже будет рассматриваться как потенциальные кандидаты на радикальное лечение.

Таким образом, современные возможности эндоскопических технологий позволяют значительно улучшить результаты лечебно-профилактических мероприятий при кровотечении из ВРВПЖ или угрозе

его рецидива, однако этапная тактика с выполнением мининвазивных вмешательств и в последующем декомпрессивной операции, позволяет улучшить показатели выживаемости больных с 80% до 88% в сроки до 1 года и с 42% до 64% в сроки к 3 годам наблюдения.

Выводы

В 68,1% случаев развитие геморрагического синдрома у больных ЦП отмечается на фоне компенсированного и субкомпенсированного течения заболевания с высоким прогнозом краткосрочной (3-х месячной) выживаемости ($P < 0,001$), определенной по шкале MELD, и соответствием классу «А» по Child-Pugh – 15,9% пациентов с показателем $9,1 \pm 0,2$ балла (MELD), классу «В» - 52,2% ($12,4 \pm 0,3$ балла).

Сохраненный функциональный резерв гепатоцитов на фоне цирроза (MELD < 15 баллов и классы «А» и «В» по Child-Pugh) обуславливает благоприятный долгосрочный прогноз безтрансплантационной выживаемости ($P < 0,001$), тогда как частота летальности уже при первом эпизоде кровотечения из ВРВПЖ в этой группе достигает 11,1% с последующим многократным ростом этого показателя при рецидиве.

Прогностическое значение профилактических эндоскопических вмешательств определяется уровнем снижения риска развития кровотечений из ВРВПЖ, так только при консервативной профилактике в сроки до 3-х лет наблюдения, осложнение рецидивирует у 60,7% больных с показателем постгеморрагической летальности - 46,4%, тогда как их выполнение снижает эти значения до 18,0% соответственно.

Современные возможности эндоскопических технологий значительно улучшили результаты лечебно-профилактических мероприятий при кровотечении из ВРВПЖ или угрозе его рецидива, при этом приверженность этапной тактике, с сочетанием мининвазивных и традиционных декомпрессивных вмешательств, позволили увеличить показатели выживаемости больных с 80% до 88% - в сроки до 1 года и с 42% до 64% - к 3 годам наблюдения.

Дополнительная информация

Конфликт интересов

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

References

Список литературы

1. Figueiredo A, Romero-Bermejo F, Perdigoto R, Marcelino P. The End-Organ Impairment in Liver Cirrhosis: Appointments for Critical Care. *Critical Care Research and Practice*. 2012.
2. Wiegand J, Berg T. The etiology, diagnosis and prevention of liver cirrhosis-part 1 of a series on liver cirrhosis. *Dtsch. Arztebl. Int.* 2013; 110: 6: 85–91.
3. Шерцингер А.Г., Жигалова С.Б., Мелкумов А.Б., Манукьян В.Г. Варикозное расширение вен желудка у больных портальной гипертензией: диагностика и лечение. *Анн. хирург. гепатологии*. 2010; XV: 3: 84–94.
4. Назыров Ф.Г., Девиатов А.В., Бабаджанов А.Х. Сводный анализ результатов и конкурентные перспективы портосистемного шунтирования у больных циррозом печени. *Анн. хирург. гепатологии*. 2015; XV: 3: 36–41.

1. Figueiredo A, Romero-Bermejo F, Perdigoto R, Marcelino P. The End-Organ Impairment in Liver Cirrhosis: Appointments for Critical Care. *Critical Care Research and Practice*. 2012.
2. Wiegand J, Berg T. The etiology, diagnosis and prevention of liver cirrhosis-part 1 of a series on liver cirrhosis. *Dtsch. Arztebl. Int.* 2013; 110: 6: 85–91.
3. Shertsinger A.G., Zhigalova S.B., Melkumov A.B., Manuk'ian V.G. Varikoznoe rasshirenie ven zheludka u bol'nykh portal'noi gipertenziei: diagnostika i lechenie [Manukyan Varicose veins of the stomach in patients with portal hypertension: diagnosis and treatment] *Ann. surgeon. Hepatology*. 2010; 84–94. (in Russ.)
4. Nazyrov F.G., Deviatov A.V., Babadzhanov A.Kh. Svodnyi analiz rezul'tatov i konkurentnye perspektivy portosistemnogo shuntirovaniia u bol'nykh tsirrozm pecheni [summary analysis of the results and

5. Stine JG, Shah PM, Cornella SL, Rudnick SR, Ghabril MS, Stukenborg GJ, Northup PG. Portal vein thrombosis, mortality and hepatic decompensation in patients with cirrhosis: A meta-analysis. *World J Hepatol.* 2015; 28; 7(27): 2774-2780.
6. Garcia-Tsao G., Lim J. Management and treatment of patients with cirrhosis and portal hypertension: recommendations from the department of veterans affairs hepatitis C resource center program and the national hepatitis C program. *American Journal of Gastroenterology.* 2009; 104: 7: 1802-1829.
7. Souk K, Al-Badri M, Azar ST. The Safety and Benefit of Statins in Liver Cirrhosis: a Review. *Exp Clin Endocrinol Diabetes.* 2015; 123(10): 577-80.
8. Romcea AA, Tanțău M, Seicean A, Pascu O. The etiology of upper gastrointestinal bleeding in cirrhotic patients. *Clujul Med.* 2013; 86(1): 21-3.
9. Назыров Ф.Г., Соколова А.С., Девятков А.В., Саяпин С.Н. Анализ состояния и перспективы развития трансформируемых зондов для остановки кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода. *Хирургия.* 2010; 12: 58-64.
10. Williams MJ, Hayes P. Improving the management of gastrointestinal bleeding in patients with cirrhosis. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2015; 7: 1-11.
11. Senzolo M, Sartori T, Rossetto V, Burra P, Cillo U, Boccagni P, Gasparini D, Miotto D, Simioni P, Tsochatzis E, A Burroughs K. Prospective evaluation of anticoagulation and transjugular intrahepatic portosystemic shunt for the management of portal vein thrombosis in cirrhosis. *Liver Int.* 2012; 32(6): 919-27.
12. Escorsell À, Pavel O, Cárdenas A, Morillas R, Llop E, Villanueva C, Garcia-Pagán JC, Bosch J; Variceal Bleeding Study Group. Esophageal balloon tamponade Vs esophageal stent in controlling acute refractory variceal bleeding: A multicenter RCT. *Hepatology.* 2015; 24.
13. Дзиджава И.И. Отдаленные результаты хирургической коррекции портальной гипертензии и прогностические факторы выживаемости у больных циррозом печени.: Автореф. Дис. докт. мед. наук. Санкт-Петербург. 2010; 48.
14. Holster IL, Tjwa ET, Moelker A, Wils A, Hansen BE, Vermeijden JR, Scholten P, van Hoek B, Nicolai JJ, Kuipers EJ, Pattynama PM, van Buuren HR. Covered TIPS vs endoscopic therapy B-blocker for prevention of variceal rebleeding. *Hepatology.* 2015.

Сведения об авторах

1. Назыров Ф.Г. - д.м.н., проф., руководитель отделения хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны, директор Республиканского Специализированного центра хирургии им. акад. В.Вахидова
2. Девятков А.В. - д.м.н., проф., главный научный сотрудник отделения хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны Республиканского Специализированного центра хирургии им. акад. В.Вахидова
3. Бабаджанов А.Х. - д.м.н., старший научный сотрудник отделения хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны Республиканского Специализированного центра хирургии им. акад. В.Вахидова
4. Джуманиязов Д.А. - врач-эндоскопист отделения хирургической эндоскопии Республиканского Специализированного центра хирургии им. акад. В.Вахидова
5. Байбеков Р.Р. - младший научный сотрудник отделения хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны Республиканского Специализированного центра хирургии им. акад. В.Вахидова

Information about the Authors

1. F.G. Nazyrov - MD, Professor, the head of the Department of Surgery of Portal Hypertension and Pancreatoduodenal Zone, director of the Acad. V.Vahidov Republican Specialized Center of Surgery
2. A.V. Devyatov - MD, Professor, Chief Scientist of the Department of Surgery of Portal Hypertension and Pancreatoduodenal Zone of the "Acad. V.Vahidov Republican Specialized Center of Surgery
3. A.K. Babadjanov - MD, Senior Researcher of the Department of Surgery of Portal Hypertension and Pancreatoduodenal Zone of the Acad. V.Vahidov Republican Specialized Center of Surgery
4. D.A. Djumaniyazov - endoscopist of department of surgical endoscopy of the Acad. V.Vahidov Republican Specialized Center of Surgery
5. R.R. Baybekov - surgeon of the Department of Surgery of Portal Hypertension and Pancreatoduodenal Zone of the Acad. V.Vahidov Republican Specialized Center of Surgery

Цитировать:

Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Джуманиязов Д.А., Байбеков Р.Р. Эффективность эндоскопических вмешательств в профилактике кровотечений портального генеза. *Вестник экспериментальной и клинической хирургии* 2017; 10: 3: 187-194. DOI: 10.18499/2070-478X-2017-10-3-187-194.

To cite this article:

Nazyrov F.G., Devyatov A.V., Babadjanov A.H., Djumaniyazov D.A., Baybekov R.R. Efficacy Of Endoscopic Intervention In The Prevention Of Portal Genesis Bleedings. *Journal of experimental and clinical surgery* 2017; 10: 3: 187-194. DOI: 10.18499/2070-478X-2017-10-3-187-194.