

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



№1 (Том 2)

2021



ISSN 2181-1008 (Online)

Научно-практический журнал
Издается с 2020 года
Выходит 1 раз в квартал

Учредитель

Самаркандский государственный
медицинский институт

Главный редактор:

Н.М. Шавази д.м.н., профессор.

Заместитель главного редактора:

М.Р. Рустамов д.м.н., профессор.

Редакционная коллегия:

Д.И. Ахмедова д.м.н., проф.;
Л.М. Гарифулина к.м.н., доц.
(ответственный секретарь);
Ш.Х. Зиядуллаев д.м.н., доц.;
Ф.И. Иноятова д.м.н., проф;
М.Т. Рустамова д.м.н., проф;
Б.М. Тожиев д.м.н., проф.;
Н.А. Ярмухамедова к.м.н., доц.

Редакционный Совет:

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)
М.К. Азизов (Самарканд)
Н.Н. Володин (Москва)
Х.М. Галимзянов (Астрахань)
С.С. Давлатов (Самарканд)
Т.А. Даминов (Ташкент)
М.Д. Жураев (Самарканд)
А.С. Калмыкова (Ставрополь)
А.Т. Комилова (Ташкент)
М.В. Лим (Самарканд)
Э.И. Мусабаев (Ташкент)
В.В. Никифоров (Москва)
А.Н. Орипов (Ташкент)
Н.О. Тураева (Самарканд)
А. Фейзиоглу (Стамбул)
Б.Т. Холматова (Ташкент)
А.М. Шамсиев (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации

Адрес редакции: 140100, Узбекистан, г. Самарканд, ул. А. Темура 18.
Тел.: +998662333034, +998915497971
E-mail: hepato_gastroenterology@mail.ru.

СОДЕРЖАНИЕ/ CONTENT

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

1. Гарифулина Л. М. ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ.....	4
2. Закирова Б. И., Шавази Н.М., Азимова К. Т., Ибрагимова М. Ф. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ.....	8
3. Исламов Т. Ш., Ахмеджанова Н. И., Ахмеджанов И. А., Жалилов А. Х., Махмудов Х. У. ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ.....	11
4. Карджавова Г. А., Шавази Н. М., Лим В. И., Лим М. В., Гайбуллаев Ж. Ш. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КАРНИТИНА У ДЕТЕЙ С КАРДИТОМ НА ФОНЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ.....	15
5. Курбаниязов З. Б., Шербекоев У. А., Сайинаев Ф. К. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ.....	18
6. Курбаниязов З. Б., Шербекоев У. А., Мардонов Б. А. ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ГРЫЖАХ ЖИВОТА И СОЧЕТАННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ.....	21
7. Матрасулова Д. М., Исмоилов С. Р., Юлдашев Ж. А. ОРТИҚЧА ВАЗЛИИ БЕМОРЛАРДА СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТНИНГ МЕДИКАМЕНТОЗ КОРРЕКЦИЯСИ.....	28
8. Назиров Ф. Г., Рузибоев С. А., Девятков А. В., Бабаджанов А.Х. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ГОСПИТАЛЬНОГО И ОТДАЛЕННОГО ПЕРИОДА ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	33
9. Шавази Н. М., Ибрагимова М. Ф., Закирова Б. И., Лим М.В., Атаева М. С. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЭНТЕРОЛ ПРИ ДИАРЕЯХ У ДЕТЕЙ.....	39
10. Шавази Н. М., Рустамов М. Р., Лим М. В., Атаева М. С., Тугалов К. Х. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА СОЛКОСЕРИЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ЛЕЧЕНИЯ.....	42
11. Юлдашев Б.А., Эргашев А.Х., Аралов М.Ж., Юлдашева Д.А., Давлатова И.Р. ДИНАМИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ ОЗОНОТЕРАПИИ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО.....	45
12. Garifulina L. M., Kholmuradova Z. E., Kudratova G. N., Ashurova M. Zh. INDICATORS OF THE ACTIVITY OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH EXCESS BODY WEIGHT AND OBESITY.....	50

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

13. Каледа С.П., Мирзакаримова Ф.Р., Бабаджанов А.С. ЕСТЕСТВЕННАЯ ИСТОРИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ.....	53
---	----



УДК.616.36-004.089

Назиров Феруз Гафурович

Академик, заслуженный работник здравоохранения
Республики Узбекистан, советник директора ГУ «Республиканского
специализированного научно-практического медицинского
центра хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Рузибоев Санжар Абдусаломович

д.м.н., доцент кафедры хирургии и урологии Самаркандского
государственного медицинского института, Самарканд, Узбекистан.

Девятков Андрей Васильевич

д.м.н., профессор, руководитель отделения портальной гипертензии
и панкреатодуоденальной зоны ГУ «Республиканского специализированного
научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова»,
Ташкент, Узбекистан

Бабаджанов Азам Хасанович

д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ГУ «Республиканского
специализированного научно-практического медицинского центра
хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ГОСПИТАЛЬНОГО И ОТДАЛЕННОГО ПЕРИОДА ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

For citation: Nazirov Feruz Gafurovich, Ruziboev Sanjar Abdusalomovich, Devyatov Andrey Vasil'evich, Babadjanov Azam Xasanovich. Comparative results of hospital and longer period of portosystemic bypassing in portal hypertension. Journal of hepato-gastroenterology research. Vol. 2, issue 1. pp.33-38



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-1008-2021-1-8>

АННОТАЦИЯ

Проведен сводный анализ результатов ближайшего и отдаленного периода после портосистемного шунтирования в зависимости от типа декомпрессии. В исследование включены 490 больных циррозом печени, оперированных за 2005- 2019 гг. В выборку были включены только пациенты с циррозом печени различной этиологии. Всем больным выполнены различные варианты портосистемного шунтирования. Отдаленные результаты изучены у 476 выписанных больных после портосистемного шунтирования, из них после дистального спленоренального анастомоза было – 297, после центральных анастомозов – 176 больных.

Среди принципиальных осложнений ближайшего периода следует отметить печеночную недостаточность, выраженную форму печеночной энцефалопатии, тромбоз анастомоза, кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. Отдаленный период (до 5 лет) характеризовался развитием двух видов осложнений – печеночная недостаточность (60,9% и 65,9%), и геморрагический синдром (12,5% и 11,2%). Общая летальность в отдаленный период составила 41,4%.

Ключевые слова: цирроз печени, портальная гипертензия, варикозное расширение вен, пищевод, желудок, кровотечение, портосистемное шунтирование

Nazirov Feruz Gafurovich

Akademik, O'zbekiston Respublikasida xizmat
ko'rsatgan sog'liqni saqlash xodimi, akademik V.Vaxidov
nomidagi ixtisoslashtirilgan xirurgiya
markazining direktori maslaxatchisi, Toshkent, O'zbekiston

Ruziboev Sanjar Abdusalomovich

t.f.d., Samarqand davlat tibbiyot instituti,
2 son Xirurgik kasalliklar kafedrasining dosenti, Samarqand, O'zbekiston

Devyatov Andrey Vasil'evich

t.f.d., professor, akademik V.Vaxidov
nomidagi ixtisoslashtirilgan xirurgiya
markazining bosh ilmiy xodimi, Toshkent, O'zbekiston

Babadjanov Azam Xasanovich

t.f.d., professor, akademik V.Vaxidov

nomidagi ixtisoslashtirilgan xirurgiya markazining bosh ilmiy xodimi, Toshkent, O'zbekiston

PORTAL GIPERTENZIYADA PORTOTIZIM SHUNTLASH OPERATSIYASINING HOSPITAL VA UZOQ DAVRDAGI NATIJALARI

ANNOTATSIYA

Maqsad. Maqolada portotizim shuntlash operatsiyalarining dekompressiya turlariga ko'ra yaqin va uzoq natijalarini taxlil qilindi. Material va usullar. Tadqiqot uchun 2005-2019 yillarda jigar sirrozi bo'yicha operatsiya qilingan 409 ta bemor tanlab olindi. Tanlab olish jarayoniga faqat turli etiologiyali jigar sirrozi bilan og'riqan bemorlar kiritildi. Barcha bemorlarga portotizim shuntlash operatsiyasining turli variantlari bajarildi. Natijalar. 476 ta bemorda portotizim shuntlash operatsiyasining uzoq davrdagi natijalari o'rganilib, shulardan 297 tasiga distal splenorenal anastomoz, 176 tasiga markaziy anastomoz qo'yilgan. Operatsiyadan keyingi yaqin davrlarda pritsipial asoratlardan jigar yetishmovchili, yaqqol ifodalangan jigar ensefalopatiyasi, anastomoz trombozi, qizilo'ngach va me'da varikoz kengaygan venalaridan qon ketish kuzatildi. Operatsiyadan keyingi uzoq davrda esa ikki xil asoratlardan rivojlandi – jigar yetishmovchiligi (60,9% i 65,9%), va gemorragik sindrom (12,5% i 11,2%). Operatsiyadan keyingi uzoq davrda umumiy o'lim foizi 41,4% ni tashkil etdi.

Kalit so'zlar: jigar sirrozi, portal gipertenziya, qizilo'ngach va me'da varikoz kengaygan venalari varikoz kengayishi, qon ketish, portosistem shuntlash

Feruz Gafurovich Nazirov

Academician, Honored Health Worker
Of the Republic of Uzbekistan, Advisor to the Director of the State Institution "Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Surgery named after Academician V. Vakhidov", Tashkent, Uzbekistan

Ruziboev Sanzhar Abdusalomovich

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Surgical Diseases No. 2, Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

Devyatov Andrey Vasilievich

Doctor of Medical Sciences, Professor, Chief Researcher of the State Institution "Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named after academician V. Vakhidov", Tashkent, Uzbekistan.

Babadjanov Azam Khasanovich

Doctor of Medical Sciences, Chief Researcher of the State Institution "Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named after academician V. Vakhidov", Tashkent, Uzbekistan.

COMPARATIVE RESULTS OF HOSPITAL AND LONGER PERIOD OF PORTOSYSTEMIC BYPASSING IN PORTAL HYPERTENSION

ANNOTATION

Purpose. A summary analysis of the results of the nearest and long-term period after portosystemic shunting was carried out, depending on the type of decompression. Material and methods. The study included 490 patients with liver cirrhosis, operated on in 2005-2019. The sample included only patients with liver cirrhosis of various etiologies. All patients underwent various options for portosystemic shunting. Results. Long-term results were studied in 476 discharged patients after portosystemic shunting, of whom there were 297 after distal splenorenal anastomosis, and 176 patients after central anastomoses. Among the principal complications of the immediate period, one should note liver failure, a pronounced form of hepatic encephalopathy, thrombosis of the anastomosis, bleeding from varicose veins of the esophagus and stomach. The long-term period (up to 5 years) was characterized by the development of two types of complications - liver failure (60.9% and 65.9%), and hemorrhagic syndrome (12.5% and 11.2%). The overall mortality in the long-term period was 41.4%.

Keywords: liver cirrhosis, portal hypertension, varicose veins, esophagus, stomach, bleeding, portosystemic shunting.

Введение. На фоне растущей тенденции к росту числа больных ЦП различной этиологии особое значение этой проблеме придает высокий уровень смертности и инвалидизации населения [5,13]. По данным ВОЗ, за последние 20 лет показатель смертности от ЦП возрос с 10 до 20 человек на 100000 населения в год. На сегодняшний день ЦП как причина смерти занимает 10-е место и является одной из основных причин смерти у лиц наиболее трудоспособного возраста 35-55 лет. В отечественной хирургии портальной гипертензии (ПГ) портосистемное шунтирование (ПСШ) зарекомендовало себя как наиболее эффективный способ профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка ВРВПЖ [3]. Сегодня опыт ГУ «РСНПМЦХ им.акад.В.Вахидова» является одним из самых больших в мире, уступаая только калифорнийской школе.

Но снижение риска развития рецидивов геморрагического синдрома портального генеза, это только одна сторона в лечении больных с ПГ. Другим важным фактором является тяжесть течения основной патологии, то есть цирроза печени (ЦП). Именно по

этому фактору в мире преимущественным методом лечения является трансплантация печени [5, 8].

В условиях отечественной системы здравоохранения радикальный вид лечения ЦП находится на этапе развития, соответственно в настоящий период декомпрессивные операции будут выполняться с той же частотой, особенно в тех случаях, когда имеется стабильное течение основной патологии и жизни пациента будет угрожать только эпизоды пищеводно-желудочных кровотечений. Основной задачей, раскрытой в этой статье, была общая оценка результатов ПСШ.

Материал и методы. Работа основана на анализе проведенных исследований у 490 больных циррозом печени (ЦП), оперированных в отделении хирургии ПГ и панкреатодуоденальной зоны ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова» за период с 2005 по 2019 гг. В выборку были включены только больные с хроническим диффузным процессом печени.

Из 490 больных – 325 были лица мужского пола (66,3%), и 165 – женского пола (33,7%). В большинстве случаев оперированы больные молодого и юношеского возраста – 423 (86,3%), мужчин

было в 2 раза больше, чем женщин. Средний возраст всех больных составил $31,4 \pm 0,5$ лет, мужчин - $29,9 \pm 0,5$ лет и женщин $34,4 \pm 0,9$ лет.

Таблица 1

Виды наложенных портосистемных анастомозов у больных циррозом печени

№	Название операции	Число	%
1	Дистальный спленоренальный анастомоз	306	62,4%
2	Спленосупраренальный анастомоз	84	17,1%
3	Латеро-латеральный спленоренальный анастомоз	62	12,7%
4	Н-спленоренальный анастомоз	25	5,1%
5	Проксимальный спленоренальный анастомоз	13	2,7%
ВСЕГО		490	100,0%

Всем больным выполнены различные варианты портосистемного шунтирования (ПСШ) (табл. 1). Дистальный спленоренальный анастомоз (ДСРА) был наложен у 306 (62,4%) пациентов; спленосупраренальный анастомоз (ССРА) у 84 (17,1%), латеролатеральный спленоренальный анастомоз (ЛЛСРА) у 62 (12,7%), спленоренальный анастомоз с Н-вставкой из внутренней яремной вены справа (Н-СРА) у 25 (5,1%) и проксимальный спленоренальный анастомоз со спленэктомией (ПСРА) у 13 (2,7%) пациентов.

Отдаленные результаты изучены у 476 выписанных больных после ПСШ, из них после ДСРА было – 297, после центральных анастомозов – 176 больных. Следует еще раз отметить, что в выборку были включены только пациенты с ЦП различной этиологии.

Результаты. С учетом выборки больных из всей группы оперированных за 2005-2019 гг, для объективного анализа первично предоставляем результаты госпитального (ближайшего) этапа после ПСШ.

Если рассматривать все осложнения, то наиболее частым была латентная форма печеночной энцефалопатии (ПЭ), при этом ее развитие было связано с двумя факторами: выполнение шунтирующей операции и сам факт большого полостного вмешательства. Следует отметить, что при выполнении стандартных рекомендаций по лечению и профилактике ПЭ, это осложнение в латентной форме не ухудшает общие результаты операции.

Таблица 2

Частота послеоперационных осложнений в ближайший период после ПСШ

Осложнения	ДСРА		Центральные ПСШ		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Печеночная недостаточность	22	7,20%	14	7,60%	36	7,30%
ПЭ клинически выраженная	26	8,50%	32	17,40%	58	11,80%
ПЭ латентная	123	40,20%	84	45,70%	207	42,20%
Тромбоз анастомоза	5	1,60%	2	1,10%	7	1,40%
Кровотечение из ВРВПЖ	10	3,30%	4	2,20%	14	2,90%
Нарастание асцита	38	12,40%	13	7,10%	51	10,40%
Релапаротомия	4	1,30%	2	1,10%	6	1,20%
Летальность	9	2,90%	5	2,70%	14	2,90%
Критерий χ^2	18.086; Df=5; P<0.001				-	-

Среди принципиальных осложнений следует отметить печеночную недостаточность, развившуюся у 22 (7,2%) из 306 случаев после ДСРА и в 14 (7,6%) из 184 случаев после различных вариантов центрального шунтирования. Клинически выраженная форма ПЭ развилась у 26 (8,5%) и 32 (17,4%) пациентов соответственно. Тромбоз анастомоза в ближайший период после ДСРА отмечен у 5 (1,6%) больных, после центральных ПСШ у 2 (1,1%) пациентов, кровотечение из ВРВПЖ у 10 (3,3%) и 4 (2,2%) (табл. 2).

Релапаротомия с остановкой кровотечения потребовалась в 4 (1,3%) случаях после ДСРА и в 13 (7,1%) – после центральных

ПСШ. Нарастание асцита отмечено у 38 (12,4%) и 13 (7,1%) больных соответственно. Летальность составила 2,9% (9 пациентов) и 2,7% (5 больных). С учетом большой выборки пациентов казалась бы незначительная разница по частоте осложнений по факту отличалась с высокой степенью достоверности (критерий $\chi^2=18.086$; Df=5; P<0.001). Это связано с тем, что для каждого типа шунтирования характерны свои специфические осложнения, частота которых была различной. В частности, для ДСРА более типично нарастание асцита, тромбоз и кровотечение, тогда как для центрального ПСШ – развитие ПЭ различной степени.

Таблица 3

Частота осложнений у больных ЦП в отдаленный период после ПСШ

Осложнения	ДСРА (n=297)		Центральные ПСШ (n=179)		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Печеночная недостаточность	181	60,9%	118	65,9%	299	62,8%
Геморрагический синдром	37	12,5%	20	11,2%	57	12,0%
Все осложнения	218	73,4%	138	77,1%	356	74,8%
Летальность	123	41,4%	82	45,8%	205	43,1%

Наблюдение в течение 5 лет показало, что для этой категории пациентов характерно развитие двух видов осложнений – печеночная недостаточность и геморрагический синдром. Из 297 пациентов после ДСРА явления печеночной недостаточности отмечены в 181 (60,9%) случае, из 179 больных с центральным ПСШ у 118 (65,9%), всего после всех видов шунтирования это осложнение развилось у 299 (62,8%) пациентов. В свою очередь геморрагический синдром на фоне тромбоза анастомоза, недостаточной декомпрессии воротной системы или портальной гастропатии (о чем будет подробно сказано в следующей главе) отмечены у 37 (12,5%) больных после ДСРА и у 20 (11,2%) после центрального ПСШ, всего было 57 (12%) больных с этим осложнением. Особо выделяем тот факт, что кровотечение могло

привести к декомпенсации ЦП или наоборот, в связи с чем мы распределяли больных по ведущему фактору. Всего после ДСРА за 5 лет наблюдения эти виды осложнений развились у 218 (73,4%) пациентов, после центральных ПСШ у 138 (77,1%) (табл. 3).

Общая летальность в отдаленный период составила 41,4% (123 пациента) и 82 (45,8%), всего 205 (43,1%) больных.

В свою очередь у больных ЦП в сроки наблюдения до 5 лет после ПСШ общая частота летальности составила 43,1% (205 из 476), в том числе на фоне прогрессирующей печеночной недостаточности – 34,9% (166) (97 – 32,7% после ДСРА и 69 – 38,5% после центральных анастомозов), и геморрагического синдрома – 8,2% (39) (26 – 8,8% и 13 – 7,3% соответственно).

Таблица 4

Отдаленные результаты ПСШ в анализируемых группах

Показатель		ДСРА		Центральные ПСШ		ВСЕГО	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Выписано и прослежено в отдаленном периоде		297	97,1%	179	97,1%	476	97,1%
Количество умерших от	печеночной недостаточности	97	32,7%	69	38,5%	166	34,9%
	кровотечения из ВРВПЖ	26	8,8%	13	7,3%	39	8,2%
Общая летальность		123	41,4%	82	45,8%	205	43,1%
Живы		174	58,6%	97	54,2%	271	56,9%

Срок 5 лет преодолели 174 (58,6%) больных после ДСРА и 97 (54,2%) после центральных ПСШ, всего – 271 (56,9%) (табл. 4).

Таблица 5

Выживаемость больных и причины летальных исходов после ПСШ в различные сроки наблюдения

Группа больных	Прослежено в отдаленном периоде		Количество умерших от				Живы	
			печеночной недостат-сти		кровотечения из ВРВПЖ			
	в сроки до	кол-во больных	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Селективное шунтирование	6 месяцев	191	16	8,4%	12	6,3%	163	85,3%
	12 месяцев	159	26	16,4%	10	6,3%	123	77,4%
	3 лет	91	27	29,7%	4	4,4%	60	65,9%
	5 лет	43	18	41,9%		0,0%	25	58,1%
	Более 5 лет	20	10	50,0%		0,0%	10	50,0%
Центральное ПСШ	6 месяцев	125	15	12,0%	7	5,6%	103	82,4%
	12 месяцев	81	15	18,5%	5	6,2%	61	75,3%

	3 лет	58	21	36,2%	1	1,7%	36	62,1%
	5 лет	29	12	41,4%		0,0%	17	58,6%
	Более 5 лет	13	6	46,2%		0,0%	7	53,8%

Если проанализировать структуру летальности в зависимости от различных сроков наблюдения, то можно отметить, для любого типа шунтирования в ранние сроки отдаленного периода более характерно развитие геморрагического синдрома с полным его нивелированием после 3-х лет наблюдения (табл. 5). В отдаленные сроки после ПСШ отмечена тенденция с наибольшей вероятностью развития фатального геморрагического синдрома в период до 6 месяцев наблюдения в 6,0% (у 19 из 316 больных после ДСРА и центральных ПСШ), 12 мес. – 6,3% (15 из 240) и 3 годам – 3,4% (5 из 149), тогда как для прогрессирования печеночной недостаточности характерна обратно пропорциональная тенденция с увеличением риска летальности от 9,8% (31 из 316) в период 6 мес. до 17,1% (41 из 204) – 12 мес., 32,2% (48 из 149) – 3 года, 41,7% (320 из 72) – 5 лет и 48,5% (16 из 33) – в сроки более 5 лет наблюдения.

Обсуждение. В современных условиях развития хирургической гепатологии, даже на фоне возможности радикального лечения, принципиальным вопросом остается профилактика кровотечений из ВРВПЖ.

Развитие геморрагического синдрома может наблюдаться как в стадии компенсации, так и в стадии декомпенсации ЦП. Это обстоятельство обуславливает возможность выполнения у больных с хорошим функциональным резервом печени мероприятий по профилактике кровотечений из ВРВПЖ с последующим мониторингом цирротического процесса [3,4,6,9]. Другим аспектом сохраняющейся актуальности паллиативных вмешательств является отсутствие или этап внедрения радикального лечения во многих странах мира.

В течение последних 20 лет были в определенной степени пересмотрены позиции относительно типа шунтирования при ЦП. В настоящее время целью операции наряду с достаточным декомпрессионным эффектом, является сохранение гепатопетального кровотока, что благоприятно отражается и на отдаленных результатах этих операций.

За последние годы результаты TIPS улучшены благодаря разработке новых стент-графтов с PTFE (политетрафторэтилен)

покрытием [2,5,7,8]. По результатам анализа собственных результатов Rosemurgy A.S. с соавт. констатируют, что для больных функционального класса «А» и «В» хирургическое шунтирование предпочтительнее, чем TIPS, оставляя для этой методики только случаи с исходно тяжелым (класс «С») состоянием больных [11].

Несмотря на преимущества TIPS, в своем исследовании Zervos E.E. et al., резюмируют, что при долгосрочном наблюдении все же традиционный ПСШ дает более убедительные перспективы на выживание [10].

Интересные результаты получены в рандомизированном клиническом исследовании по оценке эффективности TIPS и ПСШ как экстренных способов остановки кровотечения из ВРВПЖ, проведенных у 154 поступивших самотеком пациентов с ЦП всех степеней тяжести [12]. Лучшие результаты ПСШ были обусловлены эффективным гемостазом в 97,4% случаев, меньшей частотой ПЭ. Следует отметить, что в другом исследовании Orloff M.J. с соавт. (2010) также доказывают преимущество в остановке и профилактике рецидивов кровотечений из ВРВПЖ традиционного ПСШ по сравнению с эндоскопическими методиками [13].

Следует отметить, что накопленный различными гепатологическими школами опыт, так или иначе, обуславливает необходимость выбора способа профилактики кровотечений из ВРВПЖ с учетом преемственности к собственным результатам [1, 9].

Вывод. ПСШ по прежнему рассматривается как вариант выбора способа портальной декомпрессии, особенно у больных с неэффективным фармакологическим и эндоскопическим лечением, а также при отсутствии показаний для трансплантации печени. Это относится и к вторичной профилактике рецидива кровотечения у пациентов с хорошей функцией печени.

Ближайшие и отдаленные результаты во многом остаются хорошими, как по эффективности профилактики развития геморрагического синдрома, так и по показателям выживаемости.

Список литературы/Iqtiboslar/References

- Дзидзава 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 с.
- Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Алентьев С.А., Кашкин Д.П., Онницев И.Е., Смородский А.В. Хирургическое лечение и профилактика кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода у больных циррозом печени. Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского. 2008; 3 (3): 41-46.
- Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х. Портосистемное шунтирование - приоритетное направление профилактики пищеводно-желудочных кровотечений в хирургии портальной гипертензии у больных циррозом печени. Анналы хирургической гепатологии. 2010; 15 (3): 36-41.
- Назыров Ф.Г., Соколова А.С., Девятов 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.
- Рузибова С.А. Печеночная энцефалопатия: Современное состояние проблемы и перспективы научных исследований // Журнал «Доктор Ахборотномаси», 2018, №4, Стр. 123-127.
- Семенова В.В. Дифференцированный подход к хирургическому лечению больных с портальной гипертензией: автореф. ... дис. канд. мед. наук. Челябинск, 2007. 20 с.
- Шерцингер А.Г., Жигалова С.Б., Манукян В.Г., Цава Д.В. Наши суждения о выборе метода лечения варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных с портальной гипертензией. Материалы XV Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. М., 2011. С. 300-302.
- 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. Am. J. Gastroenterol. 2009; 104 (7): 1802-1829.
- Perumalswami P.V., Schiano T.D. The management of hospitalized patients with cirrhosis: the Mount Sinai experience and a guide for hospitalists. Dig. Dis. Sci. 2011; 56 (5): 1266-1281.
- Puhl G., Gul S., Neuhaus P. Portosystemic shunt surgery between TIPS and liver transplantation. Chirurg. 2011; 82 (10): 898-905.

11. Zervos E.E., Osborne D., Agle S.C., McNally M.M., Boe B., Rose murgy A.S. Impact of hospital and surgeon volumes in the management of complicated portal hypertension: Review of a statewide database in Florida. *Am. Surg.* 2010; 76 (3): 263-269.
12. Rosemurgy A.S., Frohman H.A., Teta A.F., Luberice K., Ross S.B. Prosthetic H-graft portacaval shunts vs transjugular intrahepatic portasystemic stent shunts: 18-year follow-up of a randomized trial. *Am. Coll. Surg.* 2012; 214 (4): 445-453.
13. Orloff M.J., Vaida F., Haynes K.S., Hye R.J., Isenberg J.I., Jinich-Brook H. Randomized controlled trial of emergency transjugular intrahepatic portosystemic shunt versus emergency portacaval shunt treatment of acute bleeding esophageal varices in cirrhosis. *Gastrointest. Surg.* 2012; 16 (11): 2094-2111.
14. Orloff M.J., Isenberg J.I., Wheeler H.O., Haynes K.S., Jinich-Brook H., Rapier R., Vaida F., Hye R.J. Emergency portacaval shunt versus rescue portacaval shunt in a randomized controlled trial of emergency treatment of acutely bleeding esophageal varices in cirrhosis - part 3. *Gastrointest. Surg.* 2010; 14 (2): 1782-1795.

**ЖУРНАЛ ГЕПАТО-
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ
ИССЛЕДОВАНИЙ**

ТОМ 2, НОМЕР 1

**JOURNAL OF
HEPATO-GASTROENTEROLOGY
RESEARCH**

VOLUME 2, ISSUE 1

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Тел: (+998-94) 404-0000