

УДК: [616.12:616.13]-073.756.8-089

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Назирова Фироз Гафурович, Бабаджанов Азам Хасанович, Махмудов Улугбек Маруфджанович, Байбеков Ренат Равильевич, Султанов Сардор Азадович, Маткаримов Шохжон Улугбекович
 ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Республика Узбекистан, г. Ташкент

ЖИГАР ЦИРРОЗИДА ҚИЗИЛУНГАЧ ВА ОШҚОЗОН ВАРИКОЗ КЕНГАЙГАН ВЕНАЛАРИДАН ҚОН КЕТИШИННИНГ ЖАРРОХЛИК ПРОФИЛАКТИКАСИННИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Назирова Фироз Гафурович, Бабаджанов Азам Хасанович, Махмудов Улугбек Маруфджанович, Байбеков Ренат Равильевич, Султанов Сардор Азадович, Маткаримов Шохжон Улугбекович
 Давлат муассасаси “Академик В.Вахидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий - амалий тиббиёт маркази”, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

EFFICIENCY OF SURGICAL PREVENTION OF BLEEDING FROM VARICOSE VEINS OF THE ESOPHAGUS AND STOMACH IN CIRRHOSIS OF THE LIVER

Nazirov Firuz Gafurovich, Babadzhanov Azam Khasanovich, Makhmudov Ulugbek Marufdzhanovich, Baibekov Renat Ravilevich, Sultanov Sardor Azadovich, Matkarimov Shokhzhakhon Ulugbekovich
 Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Surgery named after Academician V.Vakhidov, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: sardormed@mail.ru

Резюме. Тадқиқот мақсади: жигар циррози билан беморларда қизилунгач-ошқозон варикоз кенгайган веналардан қон кетиши профилактикасининг турли жаррохлик усулларини клиник самарадорлигини баҳолаш. Материал и усуллар. Тадқиқотга жигар циррозининг геморрагик асоратлари билан бўлган 710 та бемор киритилган. Портосистем шунтлаш 367 та, гастрозофагеал коллекторни ажратиш – 62 та, эндоскопик амалиётлар – 281 та беморга бажарилган. Натижалар. Қон кетиш рецидивининг энг паст частотаси шунтлаш гуруҳида - 15,5% ($\chi^2=9,728$; $df=2$; $p=0,008$), эндоскопиядан кейин эса энг юқори частота кўзатилди – 40,9%. Қон кетишдан эркин пайтдаги актуар эгрилик кўзатувнинг 5 йилга эндоскопик амалиётлардан кейинги беморлар гуруҳида энг паст кўрсаткич – 37,5% ни, унда варикоз кенгайган веналардан қон кетишнинг ҳақиқий рецидивларидан эркин қисми – 44% ни, шунтлаш, гастрозофагеал коллекторни тотал ажратиш ва эндоскопик амалиётлар учун 76% ва 85% ни ташқил қилди ($p<0,05$). Хулоса. Жаррохлик амалиётининг турига боғлиқ бўлмаган ҳолда, кўзатувнинг узоқ даврида, жигар циррози билан бўлган барча беморлар учун портал генезли геморрагик синдромнинг қайталанишлари ҳос бўлиб, унда портосистем шунтлашдан кейин энг паст частотаси кўзатилади.

Калит сўзлар: жигар циррози, портал гипертензия, қизилунгач ва ошқозон варикоз кенгайган веналар, қон кетиш, жаррохлик амалиёти, натижалар, қиёсий таҳлил.

Abstract. Objective: to estimate clinical effectiveness of various surgical ways of prevention of esophageal-gastric bleeding in patients with cirrhosis of the liver. Material and methods. 710 patients with hemorrhagic complications of liver cirrhosis were included in the research. Portosystemic bypass surgery was performed in 367 patients, total disconnection of the gastro-esophageal collector in 62 and endoscopic interventions in 281 patients. Results. The lowest frequency of bleeding recurrence was noted in the bypass surgery group – 15,5% ($\chi^2=9,728$; $df=2$; $p=0,008$), while the highest frequency was noted after endoscopy, which is 40,9%. According to five years observation actuarial bleeding free curve is characterised by the lowest rate in patient group after endoscopic interventions, that is 37.5%, while the share of freedom from true recurrence of bleeding from varicose veins was accounted for 44%, 76% and 85% for bypass surgery, total separation of the gastro-esophageal collector and endoscopic interventions, respectively ($p<0,05$). Conclusion. Regardless of the type of interventions, all patients with cirrhosis of the liver in the long-term period are characterised by relapses of hemorrhagic syndrome of portal genesis, while the lowest frequency is noted after portosystem bypass.

Key words: cirrhosis of the liver, portal hypertension, esophageal and stomach varicose veins, bleeding, surgical treatment, results, comparative analysis.

Введение. Сведения, публикуемые Всемирной организацией здравоохранения, свидетельствуют об устойчивой тенденции к росту частоты хронических диффузных заболеваний печени, которыми страдают в мире уже более 2 млрд человек [7, 9]. Цирроз печени (ЦП) занимает первое место среди причин смерти при неопухолевых заболеваниях органов пищеварения [4, 6]. У 50–85 % пациентов цирроз печени осложняется портальной гипертензией, одним из проявлений которой является варикозное расширение вен пищевода (ВРВ) пищевода и желудка [2, 4]. Уже первый эпизод кровотечения из ВРВ может привести у 50–70 % больных к летальному исходу [1, 3].

В современной хирургии ПГ можно выделить следующий спектр лечебных подходов к профилактике кровотечений из ВРВПЖ: миниинвазивные вмешательства (эндоскопические и эндоваскулярные), традиционные операции, к которым

относят портосистемное шунтирование (ПСШ) и разобщающие операции (варианты тотального разобщения гастроэзофагеального коллатора – ТРГЭК), и консервативные мероприятия [1, 5, 8].

Известно, что в основе предпочтения того или иного способа профилактики геморрагического синдрома при ПГ немаловажную роль играет индивидуальная приверженность и накопленный опыт в различных хирургических школах. В большинстве клиник предпочтение отдается локальному развитию миниинвазивных технологий, как наиболее доступных методов остановки и профилактики развития пищеводно-желудочных кровотечений.

Другим аспектом их приоритета является возможность применения у пациентов с различным функциональным статусом, в частности, при декомпенсированных состояниях, когда традиционные полостные вмешательства нецелесообразны ввиду высокого риска летальности. В противовес этим суждениям можно привести только фактор низкой клинической эффективности малоинвазивных методик по отношению к традиционным операциям в сопоставимых группах больных по тяжести течения ЦП.

Однако, данные литературы показывают, что в большинстве случаев различные центры приводят результаты по одному какому-либо направлению, а опыт по всем указанным методикам имеет ограниченное число учреждений в мире. Соответственно, интересным представляется анализ по сравнительной эффективности малоинвазивных и традиционных методик в плане профилактики кровотечений из ВРВ у больных ЦП, выполненных на базе одного центра, в структуре которого развиты все хирургические подходы.

Целью исследования явилась оценка клинической эффективности различных хирургических методов профилактики пищеводно-желудочных кровотечений у больных ЦП.

Материал и методы. Работа основана на анализе проведенных исследований у 710 больных ЦП, пролеченных в ГУ «РСЦНПМЦХ им.акад. В.Вахидова» с 2008 по 2019 гг. В сравнительном аспекте результаты по качеству профилактики рецидивов кровотечения в отдаленный период были изучены в трех группах больных с максимальным числом наблюдений: ПСШ - 367, ТРГЭК - 62, ЭВ – 281, всего – 710 больных, прослеженных в сроки от 1 до 115 месяцев. Анализ частоты кровотечений в отдаленный период включал не только истинные рецидивы из ВРВПЖ, но также и геморрагический синдром эрозивно-язвенного характера на фоне портальной гастропатии.

Вирусный гепатит был диагностирован 74,5% случаях, тогда как патология печени невирусной этиологии определена у 25,5% пациентов. Анамнез цирроза или же длительность заболевания до поступления больных на стационарное лечение в 14,8% случаях составил до 3 месяцев, в 10,9% – от 3 до 6 месяцев. В большинстве случаев была отмечена длительность заболевания более 3 лет – 35,0% пациентов.

По протяженности ВРВ больные распределены следующим образом: ВРВ до кардии желудка обнаружены у 75,5% пациентов, что было наибольшим, ВРВ протяженностью в средней и нижней трети пищевода выявлена у 61,7% пациентов, у 8,8% пациентов наблюдалось тотальное ВРВ.

Почти половину (48,0%) наблюдений составили пациенты с рецидивными (многократными) кровотечениями в анамнезе. Также, однократное кровотечение из ВРВ отмечено у 36,9% больных.

Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием методов параметрического и непараметрического анализа. В случае описания количественных показателей, имеющих нормальное распределение, полученные данные объединялись в вариационные ряды, в которых проводился расчет средних арифметических величин (M) и стандартных отклонений (SD). Номинальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей.

При сравнении средних величин в нормально распределенных совокупностях количественных данных рассчитывался t-критерий Стьюдента. Полученные значения t-критерия Стьюдента оценивались путем сравнения с критическими значениями. Различия показателей считались статистически значимыми при уровне значимости $p < 0,05$.

Сравнение номинальных данных проводилось при помощи критерия χ^2 Пирсона.

Оценка функции выживаемости пациентов и анализ свободы от осложнений после различных вмешательств проводились по методу Каплана-Мейера.

Результаты. Общая частота кровотечений в отдаленный период после ПСШ составила 15,5% (57 из 367 пациентов, после ТРГЭК – 27,4% (17 из 62 больных) и после ЭВ – 40,9% (115 из 281 пациента). Тенденция с большим риском геморрагического синдрома при ЭВ прослеживается во все временные периоды наблюдения. Так, в сроки до 6 месяцев частота кровотечения составила 10,3% (29), при этом в группе больных с ПСШ только 5,7% (21), а после ТРГЭК – 9,7% (6). В дальнейшем эти показатели в группе ЭВ существенно увеличиваются, что определяет этот вариант профилактики кровотечений как метод с наиболее низким клиническим эффектом.

В сравнительном аспекте между группами с ПСШ и ТРГЭК ($\chi^2=5,251$; $df=1$; $p=0,022$), ТРГЭК с ЭВ ($\chi^2=3,914$; $df=1$; $p=0,048$) и ПСШ с ЭВ ($\chi^2=52,635$; $df=1$; $p<0,001$) были получены достоверные отличия по частоте кровотечений портальной генеза (рис. 1).

Анализ свободы от осложнений после различных вмешательств, основанный на применении методики Каплана-Мейера, показал, что в сроки к одному году наблюдения кровотечения отсутствовали у 90% пациентов после ПСШ, 84% больных после ТРГЭК и 70% после ЭВ. В дальнейшем отмечено прогрессивное снижение этого показателя в группе после ЭВ и к пяти годам кровотечения отсутствовало только 37,5% пациентов, в то время как после ТРГЭК у 50% и после ПСШ у 78% (рис.2).

Частота кровотечений на фоне тромбоза анастомоза составила 9,3% (34 случая). Кровотечения на фоне портальной гастропатии у больных ЦП после ПСШ отмечены в 6,3% (23 пациента) случаев.

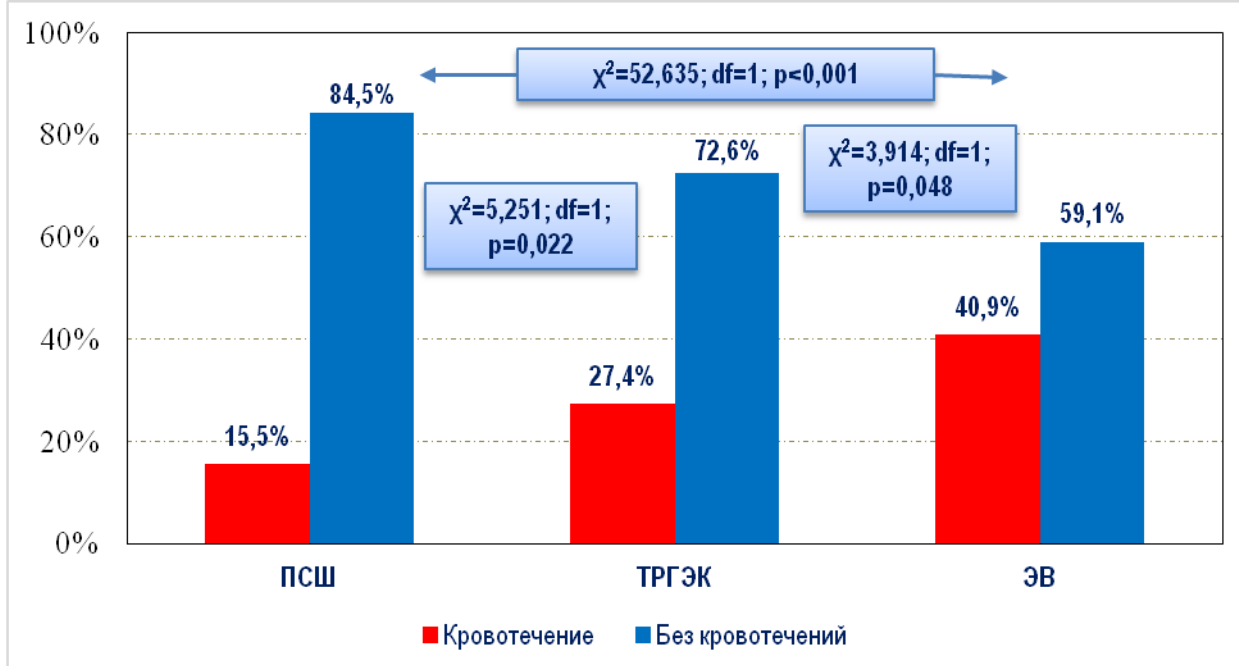


Рис. 1. Сравнительная частота кровотечений портального генеза в зависимости от исходного вида лечения

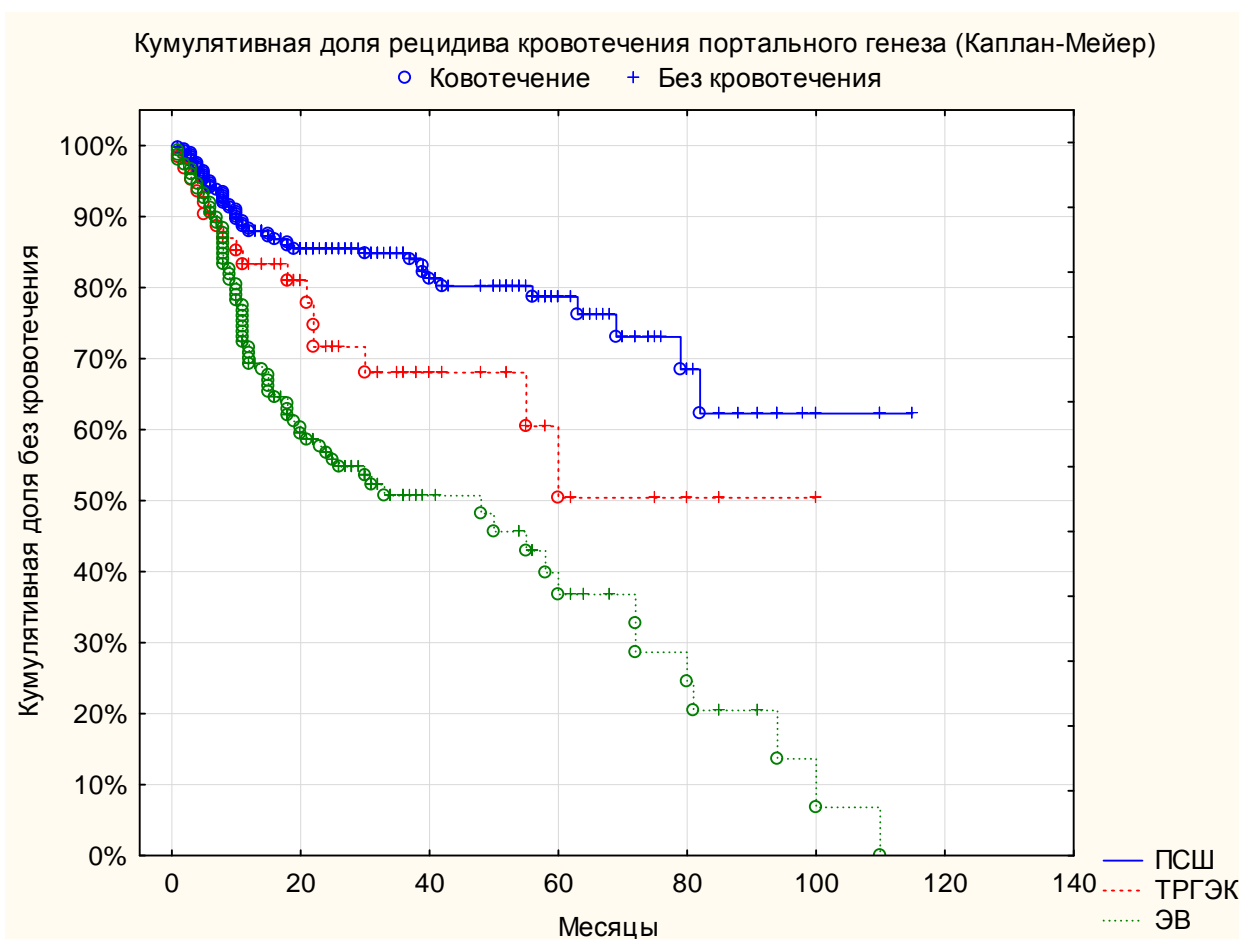


Рис. 2. Актуарная кривая рецидива кровотечения портального генеза у больных ЦП после различных вмешательств

Доля эрозивных кровотечений составила 17,7%. Наиболее высокую частоту рецидива истинного кровотечения из ВРВПЖ дает изолированное выполнение ЭВ. В наших наблюдениях этот показатель достиг 29,5% (у 83 из 281 пациента), тогда как эрозивные кровотечения составили 6,3% (32). Частота портальной гастропатии была выше чем при ПСШ. По распределению частоты кровотечений между группами исследования получена высокая достоверная разница (между ПСШ и ТРГЭК - $\chi^2=9,728; df=2; p=0,008$; между ТРГЭК и ЭВ - $\chi^2=10,863; df=2; p=0,005$; между ПСШ и ЭВ - $\chi^2=55,114; df=2; p<0,001$) (рис. 3). Актуарные кривые истинного рецидива кровотечения из ВРВПЖ у больных ЦП после различных вмешательств отображены на рис. 4.

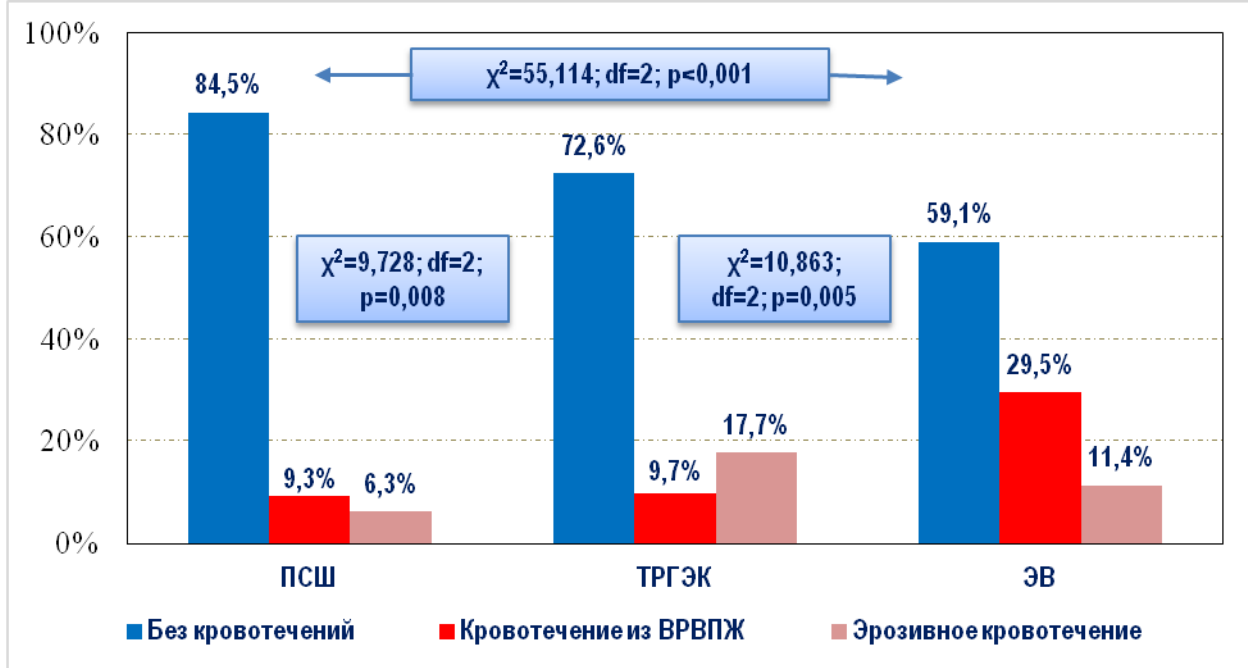


Рис. 3. Структура и сравнительная частота кровотечений в зависимости от вида лечения

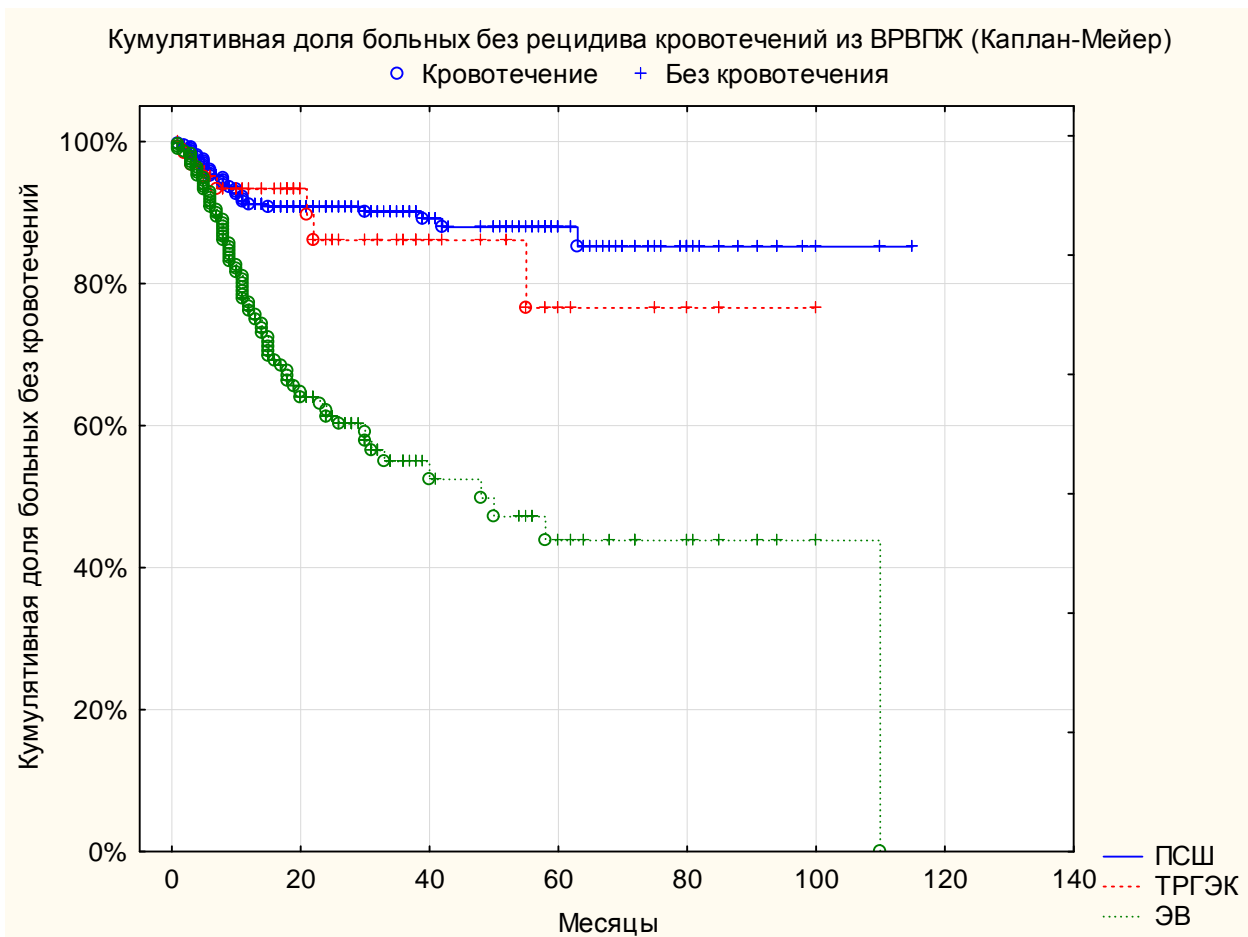


Рис. 4. Актуарная кривая рецидива кровотечения из ВРВПЖ у больных ЦП после различных вмешательств

Группы с ПСШ и ТРГЭК обеспечили фактически равноценную эффективность до 40 месяцев наблюдения (86-88%), в дальнейшем в сроки более 5 лет отмечено снижение свободы от кровотечений до 76% в группе после ТРГЭК и 85% после ПСШ. После ЭВ в сроки до года наблюдения кровотечений не отмечено у 80% пациентов, к трем годам у 54% и к пяти годам только у 44%.

Таким образом, в отдаленные сроки наблюдения независимо от вида вмешательства по профилактике кровотечений из ВРВПЖ, для всех больных ЦП характерны рецидивы геморрагического синдрома портального генеза, при этом наименьшая частота данного осложнения получена в группе ПСШ – 15,5% (у 57 из 370 больных), в структуре которой

9,3% (34) приходится на истинные рецидивы на фоне тромбоза шунта, а 6,3% (23) - на эрозивно-язвенный процесс на фоне портальной гастропатии, в свою очередь после ТРГЭК кровотечение отмечено в 27,4% случаев (17 из 62; кровотечение из ВРВПЖ – 9,7%, портальная гастропатия – 17,7%; $\chi^2=9,728$; $df=2$; $p=0,008$ по отношению к ПСШ), тогда как после ЭВ отмечена самая высокая частота – 40,9% (115 из 281; кровотечение из ВРВПЖ – 29,5%, портальная гастропатия – 11,4%; $\chi^2= 55,114$; $df=2$; $p<0,001$ по отношению к ПСШ и $\chi^2= 10,863$; $df=2$; $p=0,005$ по отношению к ТРГЭК). Актуарная кривая свободы от кровотечений портального генеза у больных ЦП после различных вмешательств к пяти годам наблюдения характеризуется наиболее низким значением в группе больных после ЭВ – 37,5% ($p<0,05$ по отношению к ПСШ и ТРГЭК), после ТРГЭК – 50% и после ПСШ – 78%, при этом доля свободы от истинных рецидивов из ВРВПЖ составила – 44%, 76% и 85% соответственно ($p<0,05$ между группами).

Интересным представляется исследование по анализу частоты кровотечений портального генеза в зависимости от исходного функционального статуса печени. С этой целью мы распределили больных ЦП на группы с учетом показателя по шкале MELD (Model of End-Stage Liver Disease, 2000), предназначенной для прогнозирования вероятности 3-месячной выживаемости и соответственно определения потенциальной необходимости в трансплантации печени. В нашем исследовании первые признаки начала декомпенсации ЦП в виде развития отечно-асцитического синдрома, нарастания фракций билирубина, снижения показателя протромбина были в основном характерны для больных с уровнем MELD 12 и более баллов. Именно эта граница была принята для распределения пациентов на компенсированное течение или начало декомпенсации ЦП.

В группе ПСШ компенсированное течение выявлено у 119 больных, а MELD 12 и более баллов был определен у 248 пациентов (максимально в этой группе показатель был 16 баллов). В группе ТРГЭК больные распределились по 31 человеку (максимальный показатель - 17). ЭВ были выполнены 117 больным с MELD до 12 баллов и 164 пациентам с уровнем более 12 баллов.

Без кровотечений при MELD до 12 баллов после ПСШ было 107 (89,9%) больных, после ТРГЭК – 24 (77,4%) и только 74 (63,2%) после ЭВ. Кровотечение из ВРВПЖ отмечено у 10 (8,4%) после ПСШ, 12,9% (4) после ТРГЭК и 29,1% (34) после ЭВ. Геморрагический синдром на фоне портальной гастропатии развился у 1,7% (2), 9,7% (3) и 7,7% (9) соответственно.

При MELD более 12 баллов без кровотечений после ПСШ было 203 (81,9%) больных, после ТРГЭК – 21 (67,7%) и 92 (56,1%) после ЭВ. Кровотечение из ВРВПЖ отмечено у 24 (9,7%) после ПСШ, 6,5% (2) после ТРГЭК и 29,9% (49) после ЭВ. Геморрагический синдром на фоне портальной гастропатии развился у 8,5% (21), 25,8% (8) и 14,0% (23) соответственно (рис. 5). Факт более низкого риска кровотечений из ВРВПЖ после ТРГЭК при MELD более 12 баллов связан с тем, что этот тип операции у данного контингента больных характеризуется максимальным операционным риском, и многие больные при развитии декомпенсации не доживали до возможности реканализации венозного оттока в сторону кардии желудка и пищевода. С другой стороны, именно в этой группе отмечена наиболее высокая частота геморрагического синдрома на фоне портальной гастропатии, что также могло завуалировать истинную частоту кровотечений из ВРВПЖ при отсутствии точной верификации источника на эндоскопии.

С учетом необходимости акцентуации внимания на группе пациентов с компенсированным течением ЦП, прогноз выживаемости у которых характеризовался низкой вероятностью ближайшей потенциальной необходимости в трансплантации печени, в этой группе определена актуарная кривая свободы от истинных рецидивов кровотечений из ВРВПЖ.

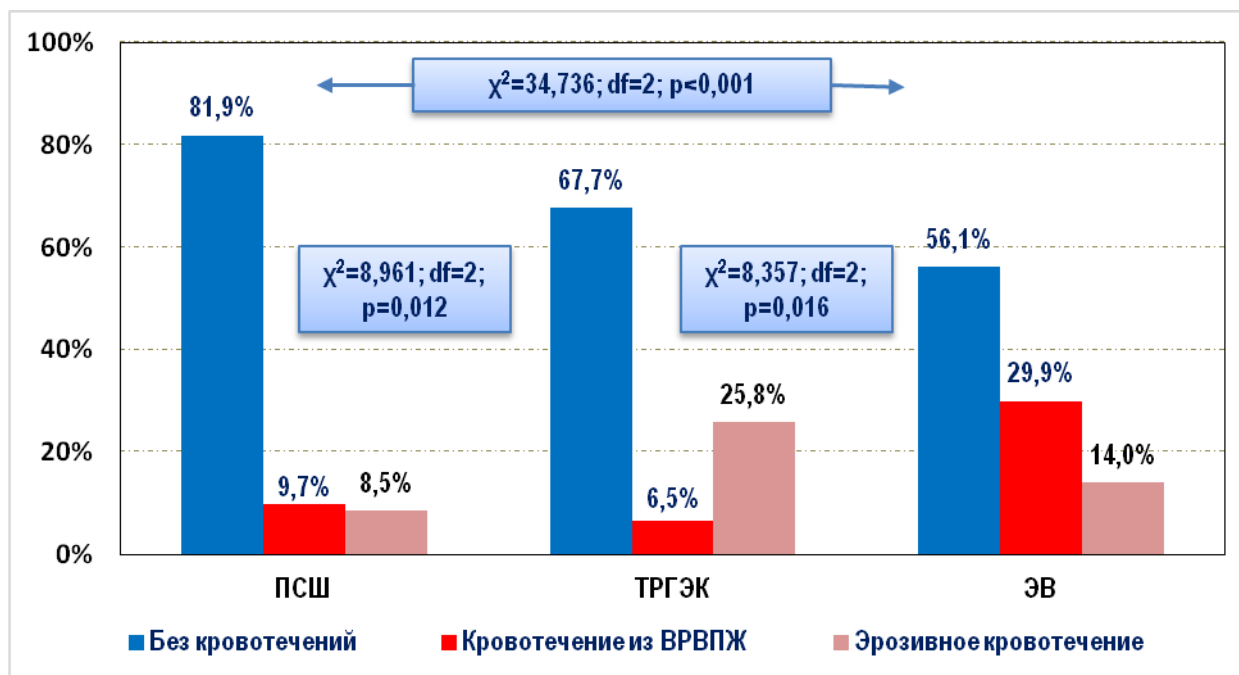


Рис. 5. Сравнительная частота рецидива кровотечений портального генеза в группах больных с MELD более 12 баллов

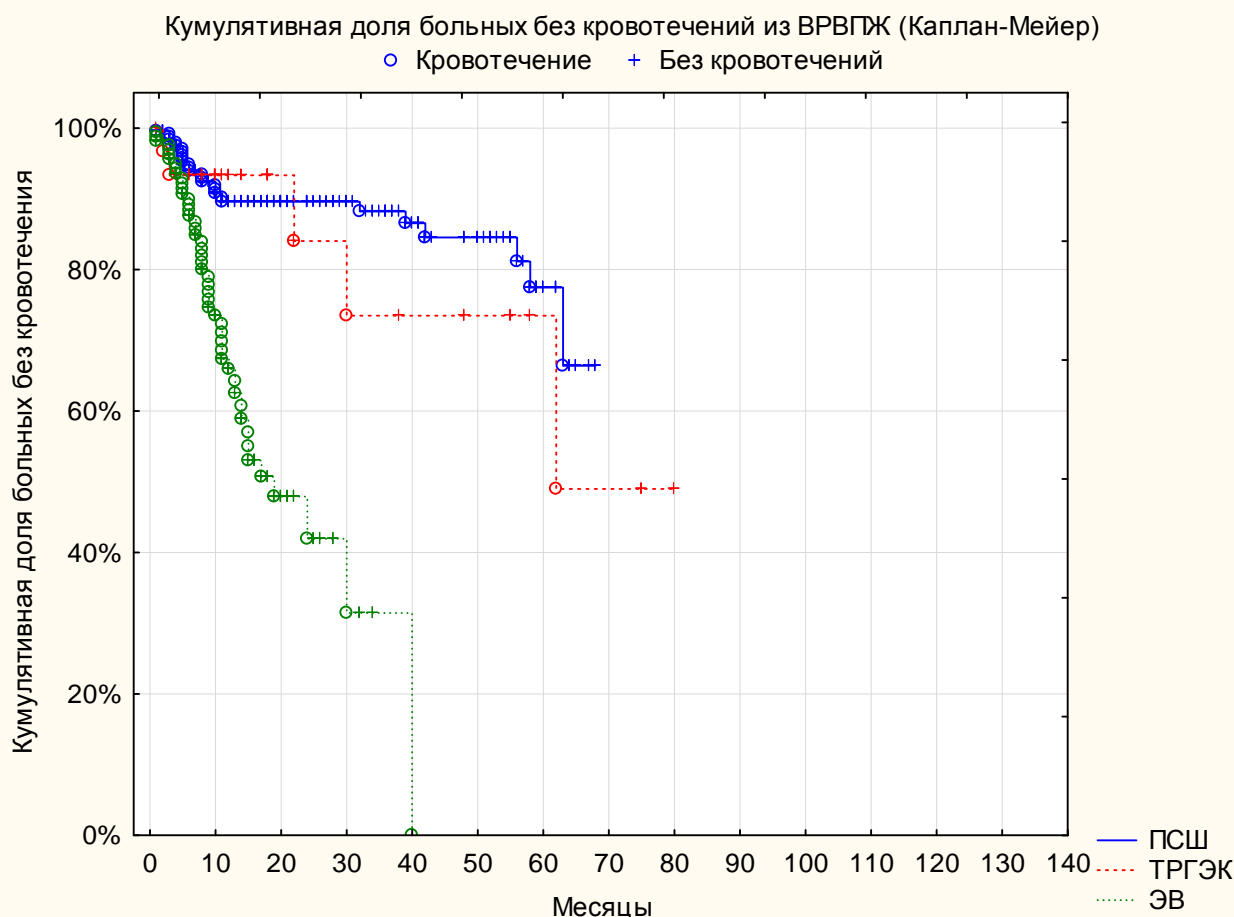


Рис. 6. Актуарная кривая рецидива кровотечения из ВРВПЖ после различных вмешательств у больных ЦП с показателем MELD более 12 баллов

По всем значениям между группами получено достоверное отличие с максимальным положительным показателем к пяти годам наблюдения в группе больных после ПСШ – 80%, промежуточным значением - после ТРГЭК – 66% и минимальным уровнем после ЭВ – 56% ($p < 0,05$ между группами).

Аналогичный анализ в группе с MELD более 12 баллов также доказал высокую клиническую эффективность ПСШ и ТРГЭК по отношению к ЭВ, после которых к сроку 40 месяцев наблюдения кровотечения отмечены у 100% больных, тогда как к 60 месяцам после ПСШ этот показатель составил – 88% и после ТРГЭК – 84% (рис. 6).

Заключение. В отдаленные сроки наблюдения независимо от вида вмешательства по профилактике кровотечений из ВРВПЖ, для всех больных ЦП характерны рецидивы геморрагического синдрома портального генеза, при этом наименьшая частота данного осложнения получена в группе ПСШ – 15,5%, в структуре которой 9,3% приходится на истинные рецидивы на фоне тромбоза шунта, а 6,3% - на эрозивно-язвенный процесс на фоне портальной гастропатии, в свою очередь после ТРГЭК кровотечение отмечено в 27,4% случаев (кровотечение из ВРВПЖ – 9,7%, портальная гастропатия – 17,7%; $\chi^2=9,728$; $df=2$; $p=0,008$ по отношению к ПСШ), и после ЭВ отмечена самая высокая частота – 40,9% (кровотечение из ВРВПЖ – 29,5%, портальная гастропатия – 11,4%; $\chi^2= 55,114$; $df=2$; $p < 0,001$ по отношению к ПСШ и $\chi^2= 10,863$; $df=2$; $p=0,005$ по отношению к ТРГЭК).

Актуарная кривая свободы от кровотечений портального генеза у больных ЦП после различных вмешательств к пяти годам наблюдения характеризуется наиболее низким значением в группе больных после ЭВ – 37,5% ($p < 0,05$ по отношению к ПСШ и ТРГЭК), после ТРГЭК – 50% и после ПСШ – 78%, при этом доля свободы от истинных рецидивов из ВРВПЖ составила – 44%, 76% и 85% соответственно ($p < 0,05$ между группами).

При сопоставлении результатов среди больных с исходным компенсированным течением ЦП (MELD до 12 баллов) частота истинных кровотечений из ВРВПЖ была минимальной – 8,4%, эрозивно-язвенного синдрома – 1,7%, после ТРГЭК – 12,9% и 9,7% соответственно, и после ЭВ – 29,1 и 7,7% ($\chi^2= 23,547$; $df=2$; $p < 0,001$ по отношению к ПСШ), тогда как при наличии начальных проявлений функциональной декомпенсации (MELD более 12 баллов) эти показатели составили – 9,7% и 8,5% после ПСШ, 6,5% и 25,8% после ТРГЭК ($\chi^2= 8,961$; $df=2$; $p=0,012$ по отношению к ПСШ) и 29,9% и 14% после ЭВ $\chi^2= 34,736$; $df=2$; $p < 0,001$ по отношению к ПСШ и $\chi^2= 8,357$; $df=2$; $p=0,016$ по отношению к ТРГЭК).

Актуарная кривая свободы от истинных рецидивов кровотечений из ВРВПЖ при компенсированном течении ЦП к пяти годам наблюдения составила в группе больных после ЭВ – 56%, после ТРГЭК – 66% и после ПСШ – 80% ($p < 0,05$ между группами).

Литература:

1. Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Онницев И.Е., Хохлов А.В., Зубарев П.Н., Солдатов С.А., Шевцов С.В., Парфенов А.О. Хирургическое лечение кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка у больных декомпенсированным циррозом печени. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2018; (2): 27-33.
2. Киценко Е.А., Анисимов А.Ю., Андреев А.И. Современное состояние проблемы кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. Вестник современной клинической медицины. 2014; 7(5): 89-98.
3. Biecker E. Gastrointestinal Bleeding in Cirrhotic Patients with Portal Hypertension. ISRN Hepatol. 2013;2013:541836.
4. Cremers I, Ribeiro S. Management of variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in patients with cirrhosis. Therap Adv Gastroenterol. 2014;7(5):206-16.
5. Escorsell A, Pavel O, Cardenas A, Morillas R, Llop E, Villanueva C, et al. Esophageal balloon tamponade vs. esophageal stent in controlling acute refractory variceal bleeding: A multicenter randomized, controlled trial. Hepatology 2016;63:1957–1996.
6. Garcia-Tsao G, Abraldes JG, Berzigotti A, Bosch J. Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: Risk stratification, diagnosis, and management: 2016 practice guidance by the American Association for the study of liver diseases. Hepatology 2017;65:310–335.
7. Hoyert DL, Gregory ECW. Cause-of-death Data From the Fetal Death File, 2015-2017. Natl Vital Stat Rep. 2020 Apr;69(4):1-20. PMID: 32510316.
8. Mallet M, Rudler M, Thabut D. Variceal bleeding in cirrhotic patients. Gastroenterol Rep (Oxf). 2017;5(3):185-192. doi: 10.1093/gastro/gox024.
9. World Health Data Platform /GHO /Indicators. Liver cirrhosis, age-standardized death rates (15+), per 100,000 population. 2021. [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/liver-cirrhosis-age-standardized-death-rates-\(15\)-per-100-000-population](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/liver-cirrhosis-age-standardized-death-rates-(15)-per-100-000-population)

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Назиров Ф.Г., Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Байбеков Р.Р., Султанов С.А., Маткаримов Ш.У.

Резюме. Цель исследования: оценка клинической эффективности различных хирургических методов профилактики пищеводно-желудочных кровотечений у больных циррозом печени. Материал и методы. В исследование включены 710 пациентов с геморрагическими осложнениями цирроза печени. Портосистемное шунтирование выполнено 367, пациентам, тотальное разобщение гастро-эзофагеального коллектора - 62, эндоскопические вмешательства – 281. Результаты. Наименьшая частота рецидива кровотечения отмечена в группе шунтирования – 15,5% ($\chi^2=9,728$; $df=2$; $p=0,008$), после эндоскопии отмечена самая высокая частота – 40,9%. Актуарная кривая свободы от кровотечений к пяти годам наблюдения характеризуется наиболее низким значением в группе больных после эндоскопических вмешательств – 37,5%, при этом доля свободы от истинных рецидивов кровотечений из варикозно расширенных вен составила – 44%, 76% и 85% для шунтирования, тотального разобщения гастро-эзофагеального коллектора и эндоскопических вмешательств соответственно ($p<0,05$). Заключение. Независимо от вида вмешательства для всех больных циррозом печени в отдаленный период характерны рецидивы геморрагического синдрома портального генеза, при этом наименьшая частота отмечается после портосистемного шунтирования.

Ключевые слова: цирроз печени, портальная гипертензия, варикозное расширение вен пищевода и желудка, кровотечение, хирургическое лечение, результаты, сравнительный анализ.