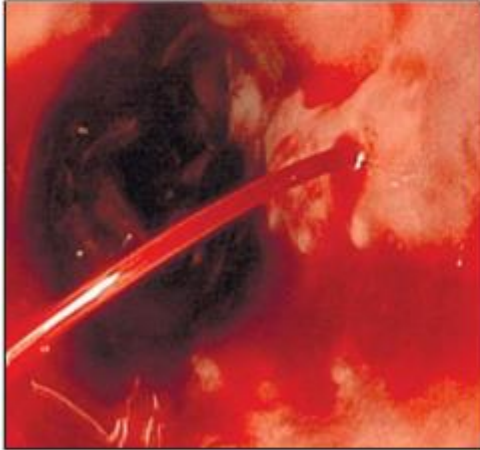


ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ



HI-TECHNOLOGY MEDICINE

**ОТДЕЛ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ
(СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ НМИЦ (ИНСТИТУТА)
ХИРУРГИИ ИМ. А.В. ВИШНЕВСКОГО) ЧАСТЬ 2.**

Степанова Ю.А., Ионкин Д.А., Гурмиков Б.Н., Чжао А.В., Вишневецкий В.А.
**ОПТИМИЗАЦИЯ СТРАТЕГИИ СОЧЕТАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ
НА МИТРАЛЬНОМ КЛАПАНЕ**

Гусейнов Э.К., Ялова Е.В.

**ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СТЕПЕНИ КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ**

Киселев В.В., Жигалова М.С., Тетерин Ю.С., Шаврина Н.В., Селина И.Е., Новиков С.В., Сталева К.В., Одинцова В.Е., Кошечкин С.И., Тяхт А.В., Яртец П.А., Петриков С.С.

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ В ЛЕЧЕНИИ
ПИЩЕВОДНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НА ФОНЕ ПОРТАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ**

Хакимов М.Ш., Ашууров Ш.Э., Кодирова Г.Р.

**КОМПРЕССИОННАЯ ЭЛАСТОГРАФИЯ В МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКОЙ
УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ**

Агаева З.А., Агаева М.И.

**КОГДА ДРЕНИРОВАТЬ ПОЛОСТЬ РАСПАДА ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ
ПЕЧЕНИ?**

Юрковская А.И., Чжао А.В., Степанова Ю.А., Маринова Л.А., Жаворонкова О.И., Трифонов С.А.

**СИНХРОННЫЙ ПЕРВИЧНЫЙ АССОЦИИРОВАННЫЙ
ГАПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНЫЙ И ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНЫЙ РАК:
(КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Степанова Ю.А., Широков В.С., Глотов А.В., Рагузина В.Ю., Ахтанин Е.А., Бугаев С.А., Грицкевич А.А., Чжао А.В.

**КАРИМОВ ШАВКАТ ИБРАГИМОВИЧ
К 80-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ**

**DEPARTMENT OF ABDOMINAL SURGERY
(PAGES OF THE HISTORY OF A.V. VISHNEVSKY NMRC
(INSTITUTE) OF SURGERY) PART 2.**

Stepanova Yu.A., Ionkin D.A., Gurmikov B.N., Zhao A.V., Vishnevsky V.A.
**OPTIMIZATION OF THE STRATEGY OF COMBINED SURGICAL T
REATMENT OF ATRIAL FIBRILLATION DURING
MITRAL VALVE SURGERY**

Huseynov E.K., Yalova E.V.

**DIAGNOSTIC CRITERIA FOR THE DEGREE OF INTESTINAL FAILURE
IN PATIENTS WITH SEVERE ACUTE PANCREATITIS**

Kiselev V.V., Zhigalova M.S., Teterin Y.S., Shavrina N.V., Selina I.E., Novikov S.V., Staleva K.V., Odintsova V.E., Koshechkin S.I., Tyakht A.V., Yartsev P.A., Petrikov S.S.

**IMPROVEMENT OF TACTICAL AND TECHNICAL APPROACHES IN
THE TREATMENT OF ESOPHAGEAL BLEEDING CAUSED BY PORTAL
HYPERTENSION**

Khakimov M.Sh., Ashurov Sh.E., Kodirova G.R.

**COMPRESSION ELASTOGRAPHY IN MULTIPARAMETER ULTRA-
SOUND DIAGNOSIS OF OVARIAN NEOPLASMS**

Agayeva Z.A., Agayeva M.I.

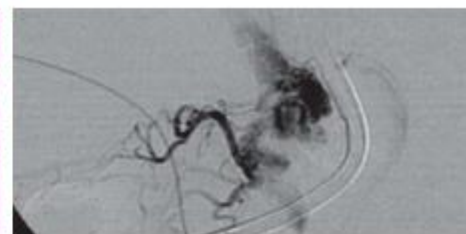
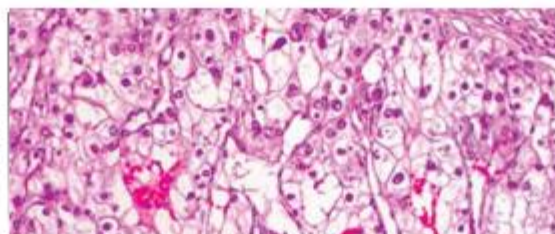
**WHEN TO DRAIN THE DECAY CAVITY
IN LIVER ALVEOCOCCOSIS ?**

Yurkovskaya A. I., Zhao A.V., Stepanova Yu.A., Marinova L.A., Zhavoronkova O.I., Trifonov S.A.

**SYNCHRONOUS PRIMARY ASSOCIATED HEPATOCELLULAR AND
RENAL CELL CANCER:
(CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW)**

Stepanova Yu.A., Shirokov V.S., Glotov A.V., Raguzina V.Yu., Akhtanin E.A., Bugaev S.A., Gritskevich A.A., Zhao A.V.

**KARIMOV SHAVKAT IBRAGIMOVICH
FOR 80TH BIRTHDAY ANNIVERSARY**



СОДЕРЖАНИЕ

CONTENT

- ОТДЕЛ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ
(СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ НИИЦ (ИНСТИТУТА)
ХИРУРГИИ ИМ. А.В. ВИШНЕВСКОГО) ЧАСТЬ 2.**
4
Stepanova Yu.A., Ionkin D.A., Gurmikov B.N., Zhao A.V., Vishnevsky V.A.
- ОПТИМИЗАЦИЯ СТРАТЕГИИ СОЧЕТАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ
НА МИТРАЛЬНОМ КЛАПАНЕ**
32
Huseynov E.K., Yalova E.V.
- ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СТЕПЕНИ КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ**
43
Kiselev V.V., Zhigalova M.S., Teterin Y.S., Shavrina N.V., Selina I.E.,
Novikov S.V., Staleva K.V., Odintsova V.E., Koshechkin S.I., Tyakht A.V.,
Yartsev P.A., Petrikov S.S.
- СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ В ЛЕЧЕНИИ
ПИЩЕВОДНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НА ФОНЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**
59
Khakimov M.Sh., Ashurov Sh.E., Kodirova G.R.
- КОМПРЕССИОННАЯ ЭЛАСТОГРАФИЯ В МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКОЙ
УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ**
67
Agayeva Z.A., Agayeva M.I.
- КОГДА ДРЕНИРОВАТЬ ПОЛОСТЬ РАСПАДА ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ?**
79
Yurkovskaya A.I., Zhao A.V., Stepanova Yu.A., Marinova L.A.,
Zhavoronkova O.I., Trifonov S.A.
- СИНХРОННЫЙ ПЕРВИЧНЫЙ АССОЦИИРОВАННЫЙ
ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНЫЙ И ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНЫЙ РАК:
(КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**
101
Stepanova Yu.A., Shirokov V.S., Glotov A.V., Raguzina V.Yu.,
Akhtanin E.A., Bugaev S.A., Gritskevich A.A., Zhao A.V.
- КАРИМОВ ШАВКАТ ИБРАГИМОВИЧ
К 80-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ**
114
KARIMOV SHAVKAT IBRAGIMOVICH
FOR 80TH BIRTHDAY ANNIVERSARY

Учредитель:
региональная общественная
организация специалистов по
криомедицине
«Профессиональное
сообщество криохирургов»
e-mail: info@cryosurgeons.com

Главный редактор:
А.А. Чжао, проф. д.м.н.
Отв. редактор:
С.А. Бугаев, к.м.н.
e-mail: s.bugaev.alsurg@icloud.com
Редакторы:
М.С. Капранов, С.А. Курносов

Адрес редакции: 115093, Москва,
ул. Большая Серпуховская, д. 27.

Издатель: АО «Прессто»,
119034, г. Москва,
Пречистенский пер., д. 5, стр.1
тел: (495) 921-35-23,
e-mail: n.tsyganok@pressto.ru

По вопросам рекламы и подписки
обращаться к издателю.

Журнал зарегистрирован
в Федеральной службе по надзору
в сфере связи, информационных
коммуникаций (Роскомнадзор).
ПИ № ФС77-55537 от 7 октября 2013 г.
Журнал выпускается
в электронном виде
1 раз в 3 месяца.

Возрастная категория: 16+

Полная или частичная
перелечатка материалов
допускается с письменного
согласия редакции.

Редакция не несет
ответственности за
содержание публикуемых
рекламных материалов.

В статьях представлена
точка зрения авторов,
которая может не совпадать
с мнением редакции.

ISSN 2542-1646 (online)
ISSN 2311-1291 (print)

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОДНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НА ФОНЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

IMPROVEMENT OF TACTICAL AND TECHNICAL APPROACHES IN THE TREATMENT OF ESOPHAGEAL BLEEDING CAUSED BY PORTAL HYPERTENSION

Хакимов М.Ш., Ашуров Ш.Э., Кодирова Г.Р.

Khakimov M.Sh., Ashurov Sh.E., Kodirova G.R.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Для корреспонденции:

ХАКИМОВ МУРОД ШАВКАТОВИЧ, заведующий кафедрой факультетской и госпитальной хирургии №1 Ташкентской медицинской академии. 100109 Республика Узбекистан, Ташкент, ул. Фароби, 2. тел. +998977765637. E-mail: murad_72@mail.ru

For correspondence:

KHAKIMOV MUROD SH., Head of the Faculty and Hospital Surgery Department No. 1, Tashkent Medical Academy. 100109 Republic of Uzbekistan, Tashkent, Farobi str., 2. tel. +998977765637. E-mail: murad_72@mail.ru

АВТОРЫ:

ХАКИМОВ МУРОД ШАВКАТОВИЧ – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской и госпитальной хирургии №1 Ташкентской медицинской академии. E-mail: murad_72@mail.ru. ORCID: 0009-0002-2216-3700

AUTORS:

KHAKIMOV MUROD SHAVKATOVICH – Doct. of Med. Scien., Professor, Head of Faculty and Hospital Surgery Department No. 1 of Tashkent Medical Academy. e-mail: murad_72@mail.ru. ORCID: 0009-0002-2216-3700

АШУРОВ ШЕРОЗ ЭРМАТОВИЧ – к.м.н., заведующий отделением экстренной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. e-mail: sheroz100682@mail.ru. ORCID: 0009-0007-9170-0473

ASHUROV SHEROZ ERMATOVICH - PhD, Head of the Department of Emergency Surgery of the Multidisciplinary Clinic of the Tashkent Medical Academy. e-mail: sheroz100682@mail.ru. ORCID: 0009-0007-9170-0473

КОДИРОВА ГУЛНОЗА РАВШАНОВНА - ассистент кафедры общей хирургии Ферганского медицинского института общественного здоровья. e-mail: ravshanovnagulnoza@gmail.com. ORCID: 0009-0001-7355-8430

KODIROVA GULNOZA RAVSHANOVNA - Assistant of the Department of General Surgery Fergana Medical Institute of Public Health. e-mail: ravshanovnagulnoza@gmail.com. ORCID: 0009-0001-7355-8430

Реферат

Abstract

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с пищеводными кровотечениями на фоне цирроза печени путем усовершенствования тактико-технических подходов в лечении данной категории пациентов.

The purpose. To improve the results of treatment of patients with esophageal bleeding on the background of liver cirrhosis by improving tactical and technical approaches in this category of patients treatment.

Материалы и методы. Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 252 больных с пищеводными кровотечениями на фоне цирроза печени. В зависимости от лечебного подхода все больные были разделены на две группы. В первой группе (136 (54,0%) пациентов) использована стандартная лечебная тактика. Учитывая неудовлетворительные результаты лечения в первой группе, во второй клинической группе (116 (46,0%) больных) применена усовершенствованная тактика лечения.

Materials and methods. The results of examination and treatment of 252 patients with esophageal bleeding caused by of liver cirrhosis were analyzed. Depending on the treatment approach, all patients were divided into two groups. In the first group (136 (54,0%) patients), standard treatment tactics were used. Taking into account the unsatisfactory results of treatment in the first group, in the second clinical group (116 (46,0%) patients) we used the improved treatment tactics.

Результаты. Предложена система оценки интенсивности пищеводных кровотечений, согласно которой выделяют 4 степени тяжести кровотечений. В зависимости от интенсивности кровотечения предложен дифференцированный подход к выбору метода гемостаза.

Для разобщения гастроэзофагеального комектора нами была усовершенствована методика выполнения хирургического вмешательства, которая заключалась в дополнении традиционной операции Пацiora М.Д. наложением второй линии швов через все слои в области перехода пищевода в кардию желудка.

Заключение. Предложенная лечебная тактика и дифференцированный подход к выбору метода гемостаза позволили повысить частоту первичного гемостаза с 80,1 до 94,8% и снизить летальность при данной патологии с 13,9 до 8,6%.

Ключевые слова:

цирроз, портальная гипертензия, кровотечение, гемостаз.

Results. A system for assessing the intensity of esophageal bleeding was proposed, according to which 4 degrees of severity of bleeding are distinguished. Depending on the intensity of bleeding, a differentiated approach to the choice of hemostasis method is proposed.

To dissociate the gastroesophageal collector, we improved the technique of performing a surgical intervention, which consisted in supplementing the traditional operation of Patsior M.D. the imposition of the second line of sutures through all layers in the area of the transition of the esophagus to the cardia of the stomach.

Conclusion. The treatment tactics we proposed and a differentiated approach to choosing the method of hemostasis made it possible to increase the frequency of primary hemostasis from 80,1 to 94,8% and reduce mortality in this pathology from 13,9 to 8,6%.

Key words:

cirrhosis, portal hypertension, bleeding, hemostasis.

Введение

Одним из грозных осложнений цирроза печени (ЦП) является портальная гипертензия (ПГ), которая характеризуется повышением давления в бассейне воротной вены, в результате нарушения кровотока в портальных сосудах, печеночных венах и нижней полой вене. ПГ способствует развитию кровотечений из варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка [1]. Кровотечения из ВРВ пищевода и желудка являются наиболее драматичным и жизнеугрожающим осложнением ПГ, которая сопровождается высокой летальностью [2].

Летальность от продолжающегося кровотечения в раннем периоде с момента поступления в клинику составляет около 4-8%. При этом, 20% больных погибают в течение первых 6 недель от других осложнений ПГ. После первичного гемостаза рецидив кровотечения может наблюдаться более чем у 60% пациентов, а летальность на этом фоне у больных с декомпенсированным ЦП достигает 78% [3].

Существует определенная разница между кровотечениями из ВРВ пищевода и желудка не только с анатомической точки зрения, но и в плане тактико-технических подходов. ВРВ желудка встречается реже, чем варикоз пищевода (примерно у каждого пятого), но ха-

рактеризуется более драматичным течением [4]. При стойком первичном гемостазе риск кровотечений из ВРВ желудка составляет 16%, 36% и 44% через один, три и пять лет наблюдения [5].

В зависимости от локализации ВРВ выделяют пищеводные, пищеводно-желудочные (gastro-oesophageal-varicose, GOV) и изолированные желудочные (isolatedgastricvaricose, IGV) вариксы. При GOV1 варикозные вены идут вдоль малой кривизны желудка, при GOV2 - вдоль дна и большой кривизны желудка, при IGV1 – расширенные вены локализуются в области дна желудка, при IGV2 - в теле, антральном отделе или привратнике [2].

Учитывая тот факт, что выбор лечебной тактики зависит от локализации ВРВ, предложенная система является удобной с практической точки зрения, однако не определяет степень интенсивности кровотечения из ВРВ пищевода и желудка, что в конечном итоге не позволяет выбрать адекватную лечебную тактику. Одним из причин неудовлетворительных результатов является малая эффективность эндоскопических методов гемостаза при локализации ВРВ в области дна желудка.

Цель исследования: улучшение результатов лечения

больных с пищеводными кровотечениями на фоне цирроза печени путем усовершенствования тактико-технических подходов в лечении данной категории пациентов.

Материалы и методы

Аналізу подвергнуты результаты обследования и лечения 252 больных с пищеводными кровотечениями на фоне ЦП, которые находились в отделение экстренной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии за период с 2010 по 2022 гг. Среди обследованных пациентов мужчин было 173, женщин – 79. Возраст пациентов варьировал в пределах от 29 до 71 лет (в среднем 52,1лет). У 238 пациентов причиной ПГ явился цирроз печени различной этиологии (алкогольный генез у 47, вирусный – у191), первичный билиарный цирроз печени – у 14 больного. У 103 пациентов в анамнезе были эпизоды кровотечений из ВРВП, которые были остановлены консервативными мероприятиями и эндоскопическим путем. Тяжесть печеночной недостаточности оценивался по Child-Pugh: класс А выявлен у 55 больных, В – у 128, С – у 69. В зависимости от лечебного подхода все больные были разделены на две группы. В первой группе (136 (54,0%) пациентов) использована стандартная лечебная тактика. Учитывая неудовлетворительные результаты лечения в первой группе, во второй клинической группе (116 (46,0%) больных) применена усовершенствованная нами тактика лечения.

Результаты

В первой группе при поступлении больных с явлениями пищеводного кровотечения после диагностического этапа при тяжелом состоянии пациентов осуществлялся временный гемостаз путем установки зонда-обтуратора Сенгстакена-Блэкмора (78 наблюдений), при стабильном состоянии выполнялся эндоскопический гемостаз (эндоскопическая склеротерапия – в 6 случаях, эндоскопическое лигирование – в 41), открытому оперативному лечению были подвергнуты 11 больных, им была выполнена операция Пациора. Первичный гемостаз достигнут у 109 (80,1%) пациентов, рецидив кровотечения отмечено у 27 (19,9%) больных, летальность составила 13,9% (19 пациентов). Причиной летальных исходов были острая печеночная недостаточность (6 наблюдений), острая почечно-печеночная недостаточность (3 случая), острая сердечно-сосуди-

стая недостаточность на фоне острого инфаркта миокарда (1 больной), острая полиорганная недостаточность (3 пациента) и геморрагический шок (6 наблюдений).

Анализ причин неудовлетворительных результатов лечения в первой группе показал отсутствие в настоящее время системы оценки интенсивности пищеводных кровотечений, и, соответственно, тактики лечебных мероприятий в зависимости от локализации ВРВ и интенсивности кровотечения. Нами предложена классификация степени интенсивности кровотечения из ВРВ пищевода и желудка. Тактика лечения зависела от локализации ВРВ.

1 степень. Активное венозное кровотечение. Из-за высокого портального давления струя бьется на противоположную стенку пищевода или кровь быстро закрывает камеру эндоскопа или вообще невозможно определить источник из-за интенсивности кровотечения (**рис. 1**).

Тактика лечения. При ВРВ пищевода, GOV1 и GOV2 необходимо установка Блекмора с последующем лигированием ВРВ пищевода при стабилизации состояния пациента через 24-48 часов, при распространении ВРВ в область дна желудка – клеевая облитерация цианокрылатом или ретроградное лигирование; при IGV1 – целесообразно проведение клеевой облитерации или ретроградное лигирование; при IGV2 – рационально проведение клеевой облитерации. Неэффективность эндоскопических методов гемостаза является показанием к открытой операции разобщения гастроэзофагеального коллектора.

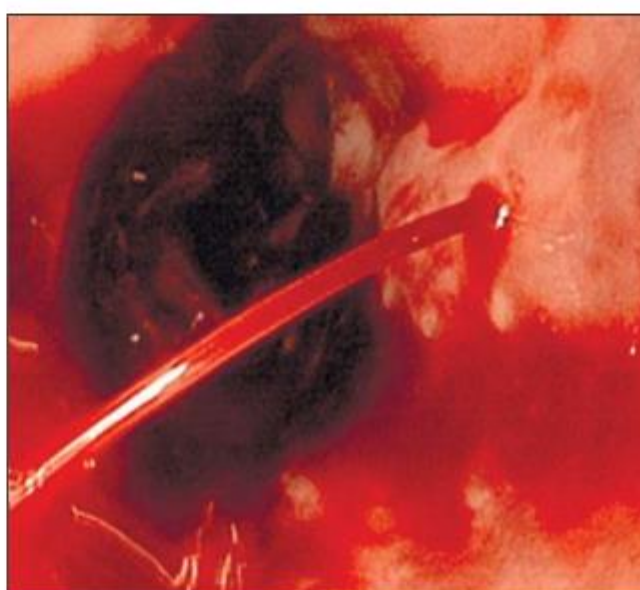


Рис. 1. Гастроскопия, 1 степень интенсивности кровотечения из ВРВ пищевода.

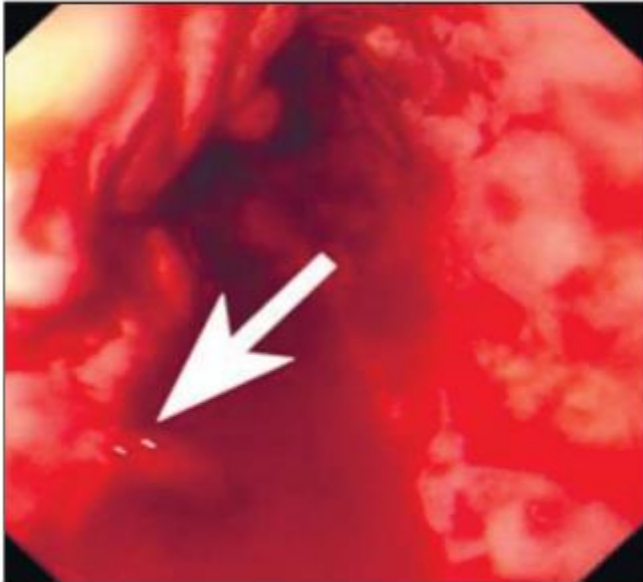


Рис. 2. Гастроскопия, 2 степень интенсивности кровотечения из ВРВ пищевода (стрелкой указан источник кровотечения).

2 степень. Просачивание крови или капельное кровотечение (**рис. 2**).

Тактика лечения. При ВРВ пищевода, GOV1 и GOV2 показано проведение склеротерапии и лигирования ВРВ пищевода, при распространении ВРВ в область дна желудка – ретроградное лигирование; при IGV1 – проведение ретроградного лигирования; при IGV2 – проведение клеевой облитерации или лигирование нейлоновыми лигатурами. При выполнении манипуляции нередко сгустки крови мешают выполнению манипуляции. В этих случаях нами предложена методика выполнения эндоскопического исследования, которая заключается в том, что ножной конец стола опускается, а головной конец приводится в полувертикальное положение, что способствует низведению сгустков в просвет желудка, что позволяет завершить манипуляцию.

3 степень. ВРВ покрыта свежими тромбами или симптом «спелой вишни», кровотечения нет (это наблюдается у пациентов в течение суток после кровотечения) (**рис. 3**).

Тактика лечения. При выполнении эндоскопической манипуляции наличие тромба не позволяет адекватно оценить границы кровоточащего участка ВРВ. Для этого необходимо выполнить промывание через эндоскоп данного участка и после промывания тромбов осуществлять манипуляцию. При ВРВ пищевода, GOV1 и GOV2 необходимо выполнение лигирования ВРВ пищевода, при распространении ВРВ в область дна желудка – ретроградное лигирование; при IGV1 – проведение ретроградного лигирования; при IGV2 – проведение лигирования нейлоновыми лигатурами.



Рис. 3. Гастроскопия, 3 степень интенсивности кровотечения из ВРВ пищевода.



Рис. 4. Гастроскопия, 4 степень интенсивности кровотечения из ВРВ пищевода.

4 степень. Симптом «белого соска» (появляется в течение 2-7 суток после кровотечения после выпадения тромба из источника кровотечения ВРВ) (**рис. 4**).

Тактика лечения. Выполнение мероприятий, направленных на профилактику рецидива кровотечений, не требующей специальной подготовки (типа установка зонда Блекмора, промывание зоны источника кровотечения). Объем вмешательства аналогичен, как и при предыдущей степени кровотечения: при GOV1 необходимо выполнение лигирования ВРВ пищевода; при GOV2 – лигирование ВРВ пищевода и кардии, при распространении ВРВ в область дна желудка – ретроградное лигирование; при IGV1 – проведение ретроградного лигирования; при IGV2 – проведение лигирования нейлоновыми лигатурами.



Рис. 5. Ангиограмма, приток к варикозным венам через левую желудочную вену.



Рис. 6. Ангиограмма, приток к варикозным венам через короткую желудочную вену.

Предложенная нами система оценки интенсивности пищевода кровотечения позволило объективно оценить клиническую ситуацию, а предложенная лечебная тактика способствовало выбору надежного способа гемостаза.

Из 27 пациентов, у которых отмечен рецидив кровотечения после эндоскопических вмешательств и операции Пациора, в 11 случаях выполнено портография с целью выявления источника кровотечения, на которых выявлены притоки через левую желудочную вену (**рис. 5**). В этой связи, после эмболизации притоков ВРВ катетер в воротной вене оставлен для контроля за развитием новых притоков и для внутрипортального введения препаратов. В 4 случаях на контрольной портографии выявлены дополнительные пути притоков к ВРВ из множества коротких желудочных вен (**рис. 6**).

Проведенные исследования показывают, что открытые операции по разобщению гастроэзофагеального коллектора не во всех случаях позволяют ликвидировать притоки к ВРВ пищевода и желудка. При прошивании ВРВ желудка возможно сохранение ветвей желудочных вен, которые «питают» варикозные вены пищевода и могут обуславливать рецидив кровотечения. Учитывая данный факт, нами модифицирована операция Пациора (патент на изобретение IAP 06707 «Способ разобщения гастроэзофагеального коллектора у больных с портальной гипертензией от 13.01.2022 г.). Хирургическое вмешательство осуществляется следующим образом. Производится верхняя срединная лапаротомия. На переднюю стенку желудка ближе к кардии накладываются швы-держалки, между

которыми рассекают стенку желудка на протяжении 8-10 см. Линия разреза проходит вертикально от дна желудка к его телу. После вскрытия просвета желудка и отсасывания его содержимого в просвет желудка вводится зеркало, которым приподнимается верхняя часть передней стенки желудка, что увеличивает обзор полости желудка. На уровне перехода тела в кардиальную часть желудка осуществляется прошивание узловыми швами по окружности через все слои желудка со стороны слизистой желудка с варикозно-расширенными венами. Прошивание ВРВ начинают, как правило, с малой кривизны желудка. После наложения первого узлового шва, подтягивая за лигатуры, второй шов накладывается выше или ниже первого шва с частичным захватом ранее установленного шва. Таким образом, прошивается желудок на всем протяжении по окружности. Вторая линия аналогичных швов через все слои накладывается в области перехода пищевода в кардию желудка. После завершения основного этапа стенку желудка ушивают двухрядным швом.

Во второй клинической группе согласно предложенной нами системе оценки интенсивности в 26 (22,4%) наблюдениях была 1 степень кровотечения, в 24 (0,7%) случаях – 2 степень, у 55 (47,4%) пациентов – 3 степень и у 11 (9,5%) больных 4 степень кровотечения. Лигирование ВРВ выполнено 98 пациентам, клеевая облитерация - 12, разобщение гастроэзофагеального коллектора по предложенной нами методике - 6. Первичный гемостаз достигнут у 110 (94,8%) пациентов, рецидив кровотечения отмечено у 6 (5,2%) больных, летальность составила 8,6% (10 пациентов). Причиной

летальных исходов были острая печеночная недостаточность (3 наблюдений), острая почечно-печеночная недостаточность (1 случай), острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне острого инфаркта миокарда (1 больной), тромбоэмболия легочной артерии (1 пациент), острая полиорганная недостаточность (2 наблюдения) и геморрагический шок (2 случая).

Обсуждение

В настоящее время существует ряд классификаций оценки степени варикозного расширения вен (ВРВ) пищевода. Наиболее чаще на просторах постсоветского пространства используется классификация, предложенная А.Г. Шерцингером (1986) [6]; в странах Европы широкое применение нашла классификация ВРВ пищевода N. Soehendra, K. Binmoeller (1997) (приведено по Soehendra N. с соавт. 2005 [7]); в Америке широко используется классификация Американской ассоциации по изучению болезней печени (AASLD) или Бавенская классификация ВРВ пищевода (Baveno classification of esophageal varices) [8]. Существующие на сегодняшний день классификации степеней ВРВ пищевода основаны лишь на размерах вен или характера структурных изменений в них. Однако ни одна из вышеуказанных классификаций не определяет степень интенсивности кровотечения из ВРВ пищевода, что в конечном итоге не позволяет выбрать адекватную лечебную тактику.

Нами была предложена система оценки интенсивности пищеводных кровотечений, которая позволило дифференцированно подходить к выбору метода гемостаза.

Среди многочисленных операций, предложенных для лечения и профилактики гастроэзофагеальных кровотечений у больных ПГ, кроме портокавальных анастомозов широкое распространение получили и операции непосредственно на ВРВ пищевода и желудка, направленные на разобщение портальной системы с бассейном непарной и полунепарных вен. Наиболее простой технически и непродолжительной по времени является операция М.Д. Пациора (1959),

которая заключается в том, что из абдоминального доступа выполняется гастротомия, прошивание и перевязка вен дистального отдела пищевода и проксимального отдела желудка (приведено по Воробью А.В. с соавт., 2007 [9]).

Ф.Г. Назыровым с соавт. (2016) для усовершенствования метода азигопортального разобщения был разработан оригинальный вариант оперативного вмешательства, объединивший патофизиологически обоснованные элементы нескольких оперативных методов, рационально выбранных из всего спектра таких операций. Метод заключается в деваскуляризации желудка по большой и малой кривизне с его лигатурным пересечением на уровне верхней трети на установленном в просвете органа синтетическом каркасе. Он дополняет внеорганный разобщение вен пищевода и кардиального отдела желудка от портальной системы формированием интрамурального грубого рубца, окаймляющего стенку желудка на уровне лигатурного пересечения [10].

Недостатком указанных хирургических вмешательств является возможность сохранения ветвей желудочных вен, которые «питают» варикозные вены пищевода и могут обуславливать рецидив кровотечения.

Предложенная нами лечебная тактика и дифференцированный подход к выбору метода гемостаза позволили повысить частоту первичного гемостаза с 80,1% до 94,8% и снизить летальность при данной патологии с 13,9% до 8,6%.

Выводы

1. При портальной гипертензии использование предложенной системы оценки интенсивности кровотечения позволяет адекватно оценить тяжесть геморрагии и дифференцированно подходить к выбору лечебной тактики, что способствует увеличению частоты первичного гемостаза с 80,1% до 94,8%.
2. Усовершенствованный способ разобщения гастроэзофагеального коллектора позволяет снизить частоту рецидива кровотечения с 19,9% до 5,2% за счет перевязки дополнительные путей притоков к ВРВ из множества коротких желудочных вен. ■

Литература

References

1. Пасечник И.Н., Сальников П.С. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка при циррозе печени. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2013; 8: 7680.
2. Хоронько Ю.В., Сидоров Р.В., Косовцев Е.В., Хоронько Е.Ю., Тышлек Ю.В., Криворотов Н.А., Абдуллаев К.И., Руденко О.С. Желудочные кровотечения при портальной гипертензии: современный взгляд и возможности эффективного лечения. Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2022; 17(4) Часть 2: 101-105. doi: 10.25881/20728255_2022_17_4_2_101.
3. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Муродов А.М. Эндоваскулярная эмболизация гастрозофагеальных вен в комплексе с эмболизацией селезеночной артерии у больных циррозом печени. Вестник экстренной медицины. 2017; XI(3): 17-22.
4. Zanetto A., Shalaby S., Feltracco P., Gambato M., Germani G., Russo F.P., Burra P., Senzolo M. Recent Advances in the Management of Acute Variceal Hemorrhage. J Clin Med. 2021 Aug 25; 10(17): 3818. doi: 10.3390/jcm10173818.
5. Philips C.A., Ahamed R., Rajesh S., George T., Mohanan M., Augustine P. Beyond the scope and the glue: update on evaluation and management of gastric varices. BMC Gastroenterol. 2020 Oct 30; 20(1): 361. doi: 10.1186/s12876-020-01513-7.
6. Шерцингер А.Г. Патогенез, диагностика, профилактика и лечение кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка у больных портальной гипертензией. Дисс. Докт. Мед. Наук. - М., 1986; 310 с.
7. Soehendra N., Binmoeller K.F., Seifert H., Schreiber H.W. Therapeutic Endoscopy. Color Atlas of Operative Techniques for the Gastrointestinal Tract. Second edition. Thieme Verlag, Stuttgart, 2005; 208 p.
8. de Franchis R., Pascal J.P., Ancona E., Burroughs A.K., Henderson M., Fleig W., Groszmann R., Bosch J., Sauerbruch T., Soederlund C., Lebrec D., Soerensen T.I.A., Pagliaro L. Definitions, methodology and therapeutic strategies in portal hypertension. A Consensus Development Workshop, Baveno, Lake Maggiore, Italy, April 5 and 6, 1990. J Hepatol. 1992 May; 15(1-2): 256-261. doi: 10.1016/0168-8278(92)90044-p.
9. Воробей А.В., Климович В.В., Жура А.В. Разобщающие операции в лечении кровоточащего пищеводно-желудочного варикоза при портальной
1. Pasechnik I.N., Salnikov P.S. Bleeding from varicose veins of the esophagus and stomach in cirrhosis of the liver. Surgery. Journal them. N.I. Pirogov. 2013; 8: 76-80 (In Russ.).
2. Khoronko Yu.V., Sidorov R.V., Kosovtsev E.V., Khoronko E.Yu., Tyshlek Yu.V., Krivorotov N.A., Abdullaev K.I., Rudenko O.S. Gastric bleeding in portal hypertension: a modern view and the possibility of effective treatment. Bulletin of the National Medical and Surgical Center. N.I. Pirogov. 2022; 17(4) Part 2: 101-105. doi: 10.25881/20728255_2022_17_4_2_101 (In Russ.).
3. Karimov Sh.I., Khakimov M.Sh., Matkuliev U.I., Murodov A.M. Endovascular embolization of gastroesophageal veins in combination with embolization of the splenic artery in patients with liver cirrhosis. Bulletin of emergency medicine. 2017; XI(3): 17-22 (In Russ.).
4. Zanetto A., Shalaby S., Feltracco P., Gambato M., Germani G., Russo F.P., Burra P., Senzolo M. Recent Advances in the Management of Acute Variceal Hemorrhage. J Clin Med. 2021 Aug 25; 10(17): 3818. doi: 10.3390/jcm10173818.
5. Philips C.A., Ahamed R., Rajesh S., George T., Mohanan M., Augustine P. Beyond the scope and the glue: update on evaluation and management of gastric varices. BMC Gastroenterol. 2020 Oct 30; 20(1): 361. doi: 10.1186/s12876-020-01513-7.
6. Sherzinger A.G. Pathogenesis, diagnosis, prevention and treatment of bleeding from varicose veins of the esophagus and stomach in patients with portal hypertension. Diss. Doct. Med. Scien. - M., 1986; 310 p (In Russ.).
7. Soehendra N., Binmoeller K.F., Seifert H., Schreiber H.W. Therapeutic Endoscopy. Color Atlas of Operative Techniques for the Gastrointestinal Tract. Second edition. Thieme Verlag, Stuttgart, 2005; 208 p.
8. de Franchis R., Pascal J.P., Ancona E., Burroughs A.K., Henderson M., Fleig W., Groszmann R., Bosch J., Sauerbruch T., Soederlund C., Lebrec D., Soerensen T.I.A., Pagliaro L. Definitions, methodology and therapeutic strategies in portal hypertension. A Consensus Development Workshop, Baveno, Lake Maggiore, Italy, April 5 and 6, 1990. J Hepatol. 1992 May; 15(1-2): 256-261. doi: 10.1016/0168-8278(92)90044-p.
9. Vorobei A.V., Klimovich V.V., Zhura A.V. Uncoupling operations in the treatment of bleeding esophageal-gas-

- гипертензии (обзор литературы). Медицинская панорама. 2007; 2: 29-34.
10. Nazyrov F.G., Devyatov A.V., Babadjanov A.Kh., Ruziboev S.A. Results of gastroesophageal collector total dissociation in patients with portal hypertension. J. Life Sci. Biomed. 2016; 6(5): 115-119.
10. Nazyrov F.G., Devyatov A.V., Babadjanov A.Kh., Ruziboev S.A. Results of gastroesophageal collector total dissociation in patients with portal hypertension. J. Life Sci. Biomed. 2016; 6(5): 115-119.

Конфликт интересов.

Авторы статьи подтверждают отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Тематическая рубрика:

код ГРНТИ: 76.29.34 Гастроэнтерология и гепатология
76.29.39 Хирургия

Дата поступления статьи: 03.03.2023**Подписана в печать:** 11.03.2023