

ISSN 1995-5464 (Print); ISSN 2408-9524 (Online)

<https://doi.org/10.16931/1995-5464.2022-2-121-125>

Рефераты иностранных публикаций

Ахаладзе Г.Г., Ахаладзе Д.Г.

Abstracts of foreign publications

*Akhaladze G.G., Akhaladze D.G.**Chin. Med. J. (Engl). 2019; 132 (9): 1087–1099.
<https://doi.org/10.1097/CM9.0000000000000212>*

Comparison between portosystemic shunts and endoscopic therapy for prevention of variceal re-bleeding: a systematic review and meta-analysis

Сравнение портосистемного шунтирования и эндоскопического лечения в предотвращении рецидива варикозного кровотечения: систематический обзор и метаанализ

*Zhou G.P., Sun L.Y., Wei L., Qu W.,
Zeng Z.G., Liu Y., Jiang Y.Z., Zhu Z.J.*

При варикозных кровотечениях, вызванных портальной гипертензией у больных циррозом печени, известные варианты портосистемных шунтов, сформированных как открытым хирургическим путем, так и применением TIPS, могут оказаться более эффективными, чем эндоскопические меры (ЭМ) осуществления гемостаза. Однако неизвестно, как их применение влияет на выживаемость пациентов. В сравнительном аспекте изучены непосредственные и отдаленные результаты применения трех методов. Проведен поиск по тегам “варикозное кровотечение”, “рецидивное варикозное кровотечение”, “пищеводные или желудочные варикозные узлы”, “портальная гипертензия”, “цирроз печени” в базах данных Cochrane Central Register of Controlled Trials, PubMed, Embase. Изучены результаты исследований, в том числе и рандомизированных контролируемых (РКИ), опубликованных на любом языке до июня 2017 г. Отношение риска (ОР) с 95% доверительным интервалом (ДИ) вычисляли с использованием модели случайных эффектов, разработанной ReviewManager. Качество включенных исследований установлено при помощи Cochrane Collaboration's tool для оценки риска систематической ошибки. Проанализированы 26 публикаций, включивших 28 РКИ. Общее число больных – 2845. В 4 РКИ авторы сравнивали результаты применения открытого хирургического портосистемного шунтирования (ОХ ПСШ) и TIPS у 496 больных, в 9 РКИ – результаты ОХ

ПСШ и ЭМ у 1244 больных и еще в 15 РКИ – исходы TIPS и ЭМ у 1105 пациентов. Достоверных различий между показателями общей и 30-дневной или 6-недельной выживаемости не установлено. Применение ОХ ПСШ при попарном сравнении с операцией TIPS и ЭМ сопровождалось меньшей летальностью, связанной непосредственно с кровотечением (ОР = 0,07, 95% ДИ 0,01–0,32; $p < 0,001$; ОР = 0,17, 95% ДИ 0,06–0,51, $p < 0,005$), и меньшей частотой рецидивов варикозного кровотечения (ОР = 0,23, 95% ДИ 0,10–0,51, $p < 0,001$; ОР = 0,10, 95% ДИ 0,04–0,24, $p < 0,001$). Различий по частоте послеоперационной печеночной энцефалопатии (ОР = 0,52, 95% ДИ 0,25–1,00, $p = 0,14$; ОР = 1,09, 95% ДИ 0,59–2,01, $p = 0,78$) не установлено. Применение TIPS по сравнению с ЭМ продемонстрировало тенденцию к меньшей частоте рецидива варикозного кровотечения (ОР = 0,46, 95% ДИ 0,36–0,58, $p < 0,001$), но большую тенденцию к развитию энцефалопатии (ОР = 1,78, 95% ДИ 1,34–2,36, $p < 0,001$). Общий анализ показал, что, по-видимому, ни один из способов не имеет преимуществ в выживаемости. При этом ОХ ПСШ сопровождается наименьшей летальностью, связанной именно с кровотечением, а также минимальным риском печеночной энцефалопатии. Результаты TIPS лучше, чем ЭМ, но энцефалопатия после нее развивалась чаще. Отмечено, что результаты некоторых исследований следует рассматривать с осторожностью ввиду недостаточного уровня доказательности и разнородности анализируемого материала.

Pakistan J. Med. Health Sci. 2010; 4 (4): 439–441.

Surgical shunting for chronic portal vein thrombosis in non cirrhotic patients

Хирургическое шунтирование при хроническом тромбозе воротной вены у пациентов без цирроза

Farooka M.W., Khan W.H., Ahmad A., Ayyaz M.

Цель исследования – оценить результаты хирургического шунтирования у пациентов с тромбозом воротной вены (ТВВ). С октября 2002 по ноябрь 2009 г. 20 больных подвергнуты различ-

ным портосистемным шунтирующим вмешательствам в связи с портальной гипертензией, вызванной ТВВ. Среди пациентов 12 (60%) мужчин и 8 (40%) женщин, средний возраст 33,5 года. У 13 (65%) пациентов причина ТВВ не установлена. У 10 (50%) больных выявлена спленомегалия, у 5 (30%) – асцит, 15 (75%) пациентов отмечали потерю массы. У 75% больных диагноз подтвержден при УЗИ и у 25% – при КТ. В качестве хирургического пособия у 10 (50%) пациентов применили дистальное спленоренальное шунтирование, у 6 (30%) – проксимальное спленоренальное шунтирование и у 4 (20%) – мезентерикокавальное шунтирование. Средний срок наблюдения составил 68,35 мес. Рецидив варикозного кровотечения отмечен у 2 пациентов в течение 6 мес. Умерли 2 больных: один от рецидива кровотечения, причина смерти второго не установлена. ТВВ является достаточно редким состоянием и может приводить к тяжелым осложнениям, прежде всего к варикозному кровотечению, нередко требующему неотложных мероприятий. Своевременно выполненное портосистемное шунтирующее хирургическое вмешательство отличается технической сложностью, но прогноз после него хороший, несмотря на определенный риск развития энцефалопатии. При выборе варианта вмешательства хирург должен ориентироваться на состояние пациента.

Clinics (Sao Paulo). 2019; 74: e704.

<https://doi.org/10.6061/clinics/2019/e704>

Safety and efficacy of a novel shunt surgery combined with foam sclerotherapy of varices for prehepatic portal hypertension: a pilot study

Безопасность и эффективность нового сочетания шунтирующих вмешательств с пенной склеротерапией варикозных вен при внепеченочной портальной гипертензии: пилотное исследование

Zhang Z., Chen X., Li C., Feng H., Yu H., Zhu R., Wang T.

Изучена безопасность и эффективность нового сочетания шунтирования с пенной склеротерапией варикозных вен у пациентов с внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ). Всего 27 больных разделены на три группы в зависимости от разновидности предпринятого шунтирующего вмешательства в связи с диагностированной ВПГ: только шунтирующая операция (группа А), шунтирующая операция и деваскуляризация (группа В) и шунтирующая операция в сочетании с пенной склеротерапией (группа С). Сравнительное исследование групп проведено по ряду параметров: продолжительности вмешательства, кровопотере, уменьшению портального давления, послеоперационным осложнениям, частоте рецидива кровотечения, развитию энцефалопатии,

летальности и редукции пищеводно-желудочных варикозных вен. В группах А, В и С отмечена равнозначная продолжительность операции, сходные данные по интраоперационной кровопотере и достигнутой портальной декомпрессии. Степень редукции варикозных вен различалась значительно ($p < 0,001$) и зависела от выполненного вмешательства: у 1 пациента из группы А и у 6 из группы В отмечен частичный эффект, в то время как в группе С у всех 9 пациентов подтверждена редукция варикозных вен (у 2 – полная, у 7 – частичная). У 2 пациентов из группы А и у 1 из группы В развилось рецидивное варикозное кровотечение в течение 12 мес после операции. В группе С не отмечено ни одного рецидива кровотечения, равно как и осложнений, связанных со склеротерапией. Таким образом, при сочетании шунтирующего вмешательства с пенной склеротерапией отмечена эффективная редукция варикозных вен благодаря более полноценной их облитерации, нежели после применения только шунтирующего хирургического вмешательства. Это позволяет уменьшить риск рецидива кровотечения из резидуальных пищеводно-желудочных варикозных вен.

Visc. Med. 2020; 36 (3): 206–211.

<https://doi.org/10.1159/000507125>

Update on shunt surgery

Обновленная информация о шунтирующих операциях

Glowka T.R., Kalff J.C., Manekeller S.

Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка является жизнеугрожающим осложнением портальной гипертензии. Оно возникает у 15% пациентов и сопровождается летальностью 20–35%. Медикаментозный гемостаз относится к лечебным мероприятиям первой линии. Спасительным вариантом лечения при варикозном кровотечении, возникшем на фоне паренхиматозной декомпенсации, может стать трансплантация печени. Но если функция печени сохранена, методом выбора является хирургическая портальная декомпрессия. За последние годы широкое распространение получило TIPS. При этом известно, что открытое хирургическое шунтирование сопровождается сравнимыми или лучшими результатами при условии сохранного печеночного резерва. Выбор варианта шунтирующего хирургического пособия зависит от состояния вен мезентерикоportalной системы. Если они полностью окклюзированы, шунтирование неосуществимо и показана деваскуляризация. Следует подчеркнуть, что согласование терапии, учитывающей функцию печени и морфологию мезентерикоportalной системы, а также выбор показаний к предполагаемой трансплантации печени, должна осуществлять междисциплинарная команда, вклю-

чающая гастроэнтеролога, специалиста по эндоваскулярным технологиям и абдоминального хирурга.

Austin J. Surg. 2021; 8 (3): 1269.

Surgical shunt procedures in childhood portal hypertension: a review article

Шунтирующие хирургические вмешательства при портальной гипертензии у детей: обзорная статья

Erikci V.S.

Давление в системе воротной вены в норме составляет 0–10 мм рт.ст. и немного превышает давление в нижней полой вене. Для портальной гипертензии (ПГ) характерно значение портосистемного градиента давления >5 мм рт.ст. и повышение давления заклинивания в печеночных венах >10 мм рт.ст. Зачастую ПГ является осложнением, тесно связанным с хроническими заболеваниями печени или циррозом. ПГ у детей чаще всего проявляется варикозным пищеводным кровотечением. Другими признаками ПГ у детей являются спленомегалия, гиперспленизм, асцит, энцефалопатия, гепатопульмональный синдром и портопупмональная гипертензия. Известно, что до 15% детей с ПГ нуждаются в шунтирующих операциях. Как правило, шунтирующие хирургические вмешательства являются вынужденными при безуспешности гемостатических мероприятий у детей с варикозными кровотечениями. Авторы публикаций отмечают, что эти операции нередко осложняются стриктурой анастомоза и тромбозом. Накопленный опыт в сосудистой и трансплантационной хирургии, а также совершенствование микрохирургической техники способствуют улучшению результатов шунтирующих операций. В обзоре представлен анализ различных хирургических вмешательств у детей с ПГ.

Gut. 2018; 67: A31–A32. IDDF2018-ABS-0017

Splenoadrenal shunt for noncirrhotic portal hypertension

Спленоадrenalовый шунт при портальной гипертензии нецирротического генеза

Raja K.

Портосистемное шунтирование является признанным методом предупреждения и остановки повторного кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у пациентов с нецирротической портальной гипертензией (НЦПГ). Проксимальное спленоренальное шунтирование (СРШ) является общепризнанной хирургической процедурой у таких больных. Изучена возможность использования вены надпочечника в качестве альтернативного пути шунтирования портальной системы. Проведен

ретроспективный анализ ведения 97 пациентов с НЦПГ, перенесших проксимальное спленоренальное шунтирование (САШ) и СРШ с 2011 по 2015 г. Изучены демографические данные, этиология ПГ, клиническая картина, гематологические параметры, функциональные печеночные пробы, интраоперационные данные, послеоперационные осложнения и проходимость шунта. Проведено сравнение полученных данных. Оперированные пациенты находились под наблюдением не менее 12 мес. На протяжении этого срока им проводили доплеровское исследование шунта для оценки его проходимости и эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта для установления редукции пищеводно-желудочных варикозных вен. Применены следующие варианты шунтирующего пособия: проксимальное САШ выполнено 8 больным, проксимальное СРШ – 74, мезокавальное шунтирование – 15. Поводом для формирования САШ (5 из 8 больных) послужила аномалия ангиоархитектоники левой почечной вены, не позволившая осуществить СРШ. Медиана уменьшения портального давления после САШ составила 11,5 (2–14) мм рт.ст. Средняя продолжительность операции составила 4,5 (3–6) ч, а интраоперационная кровопотеря – 160 (100–200) мл. При медиане наблюдения 32 (12–48) мес тромбоз шунта развился у 1 пациента. Достоверных различий медианы уменьшения портального давления ($p = 0,39$), продолжительности операции ($p = 0,51$), величины кровопотери ($p = 0,80$), частоты послеоперационных осложнений III–IV класса ($p = 0,56$), частоты тромбоза шунта ($p = 0,93$) и выраженности редукции варикозных вен ($p = 0,72$) между перенесшими проксимальное СРШ и САШ не выявлено. Левая надпочечниковая вена является подходящим сосудом для портосистемного шунтирования. Это особенно актуально, когда СРШ невозможно вследствие аномалии строения почечной вены.

Acta Chir. Belg. 2021; 121 (4): 254–260.

<https://doi.org/10.1080/00015458.2020.1726099>

An analysis on the use of Warren's distal splenorenal shunt surgery for the treatment of portal hypertension at the University Hospitals Leuven

Анализ дистального спленоренального шунтирования по Warren при портальной гипертензии в университетских клиниках Лювена

Van Praet K.M., Ceulemans L.J., Monbaliu D., Aerts R., Jochmans I., Pirenne J.

Внепеченочный тромбоз воротной вены (ТВВ) является одной из причин портальной гипертензии (ПГ) и чаще бывает у детей. ПГ проявляется варикозным пищеводно-желудочным кровотече-

нием, спленомегалией и асцитом. Хотя дистальное спленоренальное шунтирование (ДСРШ), известное как операция Wagten, применяют нечасто, эффективность этого способа селективной портальной декомпрессии продемонстрирована весьма убедительно на протяжении многих лет. Изучен собственный опыт применения ДСРШ, прослежены отдаленные результаты в контексте побочных эффектов, ассоциированных с ПГ. Пациентов, подвергнутых ДСРШ в 2000–2014 гг., анализировали по следующим параметрам: возраст, пол, соотношение детей и взрослых, индекс массы тела, показания к вмешательству, степень ТВВ (по Yerdel), максимальная скорость кровотока по шунту, проходимость шунта и его тромбоз, повторное вмешательство по поводу варикозного кровотечения и выживаемость. Осложнения ПГ (варикозное кровотечение и асцит) сравнивали до и после операции. Для сравнения дооперационных и послеоперационных данных использовали парный t-критерий Стьюдента и точный тест Фишера. Результаты представлены в виде медиан ряда чисел. Четырнадцать пациентам с ТВВ и рефрактерными осложнениями ПГ было выполнено ДСРШ. Возраст – 15 лет [4,5–66]. Соотношение мужчин и женщин – 7 : 7. Степень ТВВ – 2 [1–4]. Медиана наблюдения составила 3 мес [0,5–14]. Все шунты были проходимы (100%), без признаков тромбоза при заключительном осмотре. Повторных вмешательств по поводу варикозного кровотечения не было, а выживаемость составила 100%. Частота кровотечений из пищеводных варикозных вен до операции (57%) была достоверно больше, чем после (0%; $p = 0,0032$), равно как и частота асцита: до операции – 79%, после – 0% ($p < 0,0001$). ДСРШ следует считать эффективным методом хирургической портальной декомпрессии при ПГ, вызванной ТВВ. Метод обеспечивает надежную профилактику осложнений ПГ.

Cureus. 2020; 12 (9): e10464.

<https://doi.org/10.7759/cureus.10464>

Proximal splenorenal shunt surgery for bleeding gastric varices in non-cirrhotic portal hypertension

Проксимальное спленоренальное шунтирование при кровотечении из варикозных вен желудка при портальной гипертензии нецирротического генеза

Anand U., Kumar R., Priyadarshi R.N., Parasar K., John A.G.

Выбор правильной лечебной тактики при кровотечении из варикозных вен желудка у пациентов с нецирротической портальной гипертензией (НЦПГ) остается предметом дискуссий ввиду отсутствия результатов крупных рандомизированных контролируемых исследований. Представлен опыт применения проксимального

спленоренального шунтирования (ПСРШ) у пациентов с варикозными желудочными кровотечениями, вызванными НЦПГ. За 5 лет выполнено 25 ПСРШ. В исследование включили 19 пациентов с внепеченочной обструкцией воротной вены (ВПОВВ) и 6 пациентов с нецирротическим портальным фиброзом, НЦПГ у которых осложнилась кровотечением из желудочных варикозных вен GOV2 и IGV1 при сохранной нормальной функции печени. Собранные данные анализировали ретроспективно. Из 25 пациентов, подвергшихся ПСРШ, 5 выбыли из исследования; 20 (80%) больных наблюдали в среднем в течение 3,4 (1–5) лет. Редукция желудочных варикозных вен отмечена у всех 20 больных, полное их исчезновение – у 8. При дальнейшем наблюдении тромбоз шунта наступил у 4 (20%) пациентов, из которых у 2 было повторное кровотечение в интервале между 6 мес и 3 годами после шунтирующей операции. ПСРШ способствует эффективному достижению устойчивого гемостаза у 92% (23 из 25) пациентов с сохранной функцией печени при кровотечении из варикозных вен желудка.

J. Clin. Exp. Hepatol. 2022; 12 (2): 503–509.

<https://doi.org/10.1016/j.jceh.2021.05.007>

Unconventional shunts in extrahepatic portal venous obstruction – a retrospective review

Нестандартные шунты при внепеченочной обструкции воротной вены – ретроспективный анализ

Malviya N.K., Behari A., Kumar A., Kapoor V.K., Saxena R.

Проксимальный спленоренальный шунт (ПСРШ) является одним из наиболее часто применяемых портосистемных шунтов (ПСШ) при внепеченочной обструкции воротной вены (ВОВВ) для достижения эффективной портальной декомпрессии. Иногда различные анатомические и хирургические факторы, связанные с селезеночной и (или) левой почечной веной, могут затруднить или сделать невозможным формирование ПСРШ. Для преодоления подобных обстоятельств необходимо прибегнуть к нестандартным вариантам шунтирования. С января 2008 по декабрь 2018 г. ПСРШ выполнено 189 пациентам. Из них 10 больным, составившим основу исследования, сформированы нестандартные ПСШ: проксимальный спленоадреналовый шунт – 8 больным, спленоренальный шунт – 1 и мезентерикокавальный шунт – 1 пациенту. При диаметре анастомоза $13,7 \pm 3,1$ мм уменьшение сальникового давления (omental pressure) после шунтирования составило 34,2%. При среднем периоде наблюдения 32,3 мес (максимум 111 мес) у всех пациентов при контрольной доплерографии шунты оставались проходимыми. У 3 паци-

ентов наблюдали те или иные послеоперационные осложнения. Однако ни в одном наблюдении не отмечено рецидива варикозного кровотечения, признаков билиопатии или пече-

ночной энцефалопатии. Применение нестандартных портосистемных шунтов при ВОВВ является эффективным, безопасным и обеспечивает хорошие послеоперационные результаты.

Сведения об авторах [Authors info]

Ахаладзе Гурам Германович – доктор мед. наук, профессор, главный научный сотрудник научно-исследовательского отдела хирургии и хирургических технологий в онкологии ФГБУ “Российский научный центр рентгенодиагностики” МЗ РФ.

Ахаладзе Дмитрий Гурамович – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения гепатопанкреатобилиарной хирургии ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ.

Для корреспонденции *: Ахаладзе Гурам Германович – 115446, Москва, Коломенский проезд, д. 4. Тел.: +7-499-782-30-83. E-mail: gur371ax@gmail.com

Guram G. Akhaladze – Doct. of Sci. (Med.), Professor, Chief Researcher of the Department of Surgery and Surgical Technologies in Oncology of the Russian Scientific Center of Rentgenoradiology.

Dmitry G. Akhaladze – Cand. of Sci. (Med.), Senior Researcher of the Hepatopancreatobiliary Surgery Department of Loginov Moscow Clinical Scientific Center of Moscow Healthcare Department.

For correspondence *: Guram G. Akhaladze – 4, Kolomenskiy proezd, Moscow, 115446, Russia. Phone: +7-449-782-30-83. E-mail: gur371ax@gmail.com