

Рефераты иностранных журналов*Ахаладзе Г.Г., Ахаладзе Д.Г.***Abstracts of Current Foreign Publications***Akhaladze G.G., Akhaladze D.G.**Arq. Bras. Cir. Dig. 2014 Apr-Jun; 27 (2): 138–144***Management of variceal hemorrhage: current concepts****Лечение кровотечения из варикозно расширенных вен: современные концепции***Coelho F.F.¹, Perini M.V.¹, Kruger J.A.¹,
Fonseca G.M.¹, Araújo R.L.¹, Makdissi F.F.²,
Lupinacci R.M.¹, Herman P.¹*¹ *Department of Gastroenterology, University
of São Paulo Medical School*² *Instituto do Câncer do Estado de São Paulo
in São Paulo, Brazil*

Лечение портальной гипертензии сложное, и выбор оптимальной тактики зависит от основной болезни, общего состояния больного и времени проведения лечения (кровотечение, плановое лечение, профилактика). С внедрением новых фармакологических средств, техническим совершенствованием эндоскопии и интервенционной радиологии за последнюю декаду лечение портальной гипертензии изменилось. Целью нашего исследования явился обзор различных тактик, используемых в плановой и неотложной терапии варикозного кровотечения у больных циррозом и шистосомозом печени. Выполнен обзор публикаций в базах данных PubMed, Embase, Lilacs, SciELO и Cochrane по июнь 2013 г. по заголовкам: портальное кровотечение, варикозно расширенные вены пищевода и желудка, варикозное кровотечение, цирроз печени, шистосомоз, хирургическое лечение, лекарственное лечение, вторичная профилактика, первичная

профилактика, допервичная профилактика. В заключение следует отметить, что допервичная профилактика не включает каких-либо специфических лечебных тактик; лучшая рекомендация – это лечение первичной болезни. Первичная профилактика должна быть выполнена среди больных циррозом с применением β-блокаторов или эндоскопического лигирования варикозных улов. Имеется противоречие в эффективности первичной профилактики среди больных шистосомозом; при наличии показаний выполняется терапия β-блокаторами или эндоскопическое лечение при угрозе кровотечений из варикозных вен. Лечение острого варикозного кровотечения систематизировано в литературе. Комбинация вазоконстрикторов и эндоскопического лечения за последнюю декаду дает достоверное снижение частоты осложнений и летальности. TIPS и хирургическое лечение применяются в качестве “спасительной” опции. Вторичная профилактика играет фундаментальную роль в снижении частоты рецидивов кровотечения. Лучшей опцией для цирротических больных является комбинация фармакологической терапии β-блокаторами с эндоскопическим лигированием. TIPS или хирургическое лечение являются выбором для больных с повторным кровотечением или при неудачной вторичной профилактике. Несмотря на возрастающую достоверность эффективности фармакологической и эндоскопической терапии больных шистосомозом, хирургическое лечение играет важную роль во вторичной профилактике.

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** – заведующий хирургическим отделением №2 ФГБУ “Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов им. В.И. Шумакова” МЗ РФ.

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

Akhaladze Guram Germanovich – Professor, Chief Resiercher of the Department of Surgery and Surgical Technologies in Oncology of the Russian Scientific Center of Rengenoradiology. **Akhaladze Dmitry Guramovich** – Chief of the 2-nd Surgical Department of V.I. Shumakov Federal Research Center of Transplantology and Artificial Organs Ministry of Health of the Russian Federation.

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

Ann. Med. 2014 Feb; 46 (1): 8–17.
doi: 10.3109/07853890.2013.857831

Invasive and non-invasive techniques for detecting portal hypertension and predicting variceal bleeding in cirrhosis: a review

Инвазивные и неинвазивные методы определения портальной гипертензии и предсказания варикозного кровотечения при циррозе: обзор

Zardi E.M.¹, Di Matteo F.M., Pacella C.M., Sanyal A.J.

¹ Department of Clinical Medicine,
'Campus Bio-Medico' University, Rome, Italy

Портальная гипертензия является тяжелым состоянием, осложняющимся асцитом, пищеводным кровотечением и др. При синусоидальной портальной гипертензии градиент давления печеночных вен (ГДПВ) является достоверным методом определения степени портального давления, показывающим эффективность лечения и предсказывающим риск осложнений. Тем не менее возникают некоторые вопросы относительно его способности отличать кровоточащие варикозные узлы от некровоточащих у больных циррозом. Существуют и другие методы диагностики (эластография, эндоскопия и ЦДК) для оценки причины и осложнений портальной гипертензии. В этом обзоре оценивали инвазивные и неинвазивные методы, применяемые в настоящее время для клинического предсказания таких смертельно опасных осложнений, как варикозное кровотечение у больных с синусоидальной портальной гипертензией. По-видимому, ГДПВ пока является опорным стандартом для оценки портальной гипертензии и определения ответа на лечение, но его способность предсказывать развитие осложнений и облегчать принятие решения о выборе тактики лечения оставляет желать улучшения при помощи комбинации других изобразительных диагностических методов.

Hepatobiliary Pancreat. Dis. Int. 2012 Apr;
11 (2): 165–171.

Management of hypersplenism in non-cirrhotic portal hypertension: a surgical series

Лечение гиперспленизма у больных портальной гипертензией без цирроза печени: хирургические наблюдения

Rajalingam R.¹, Javed A., Sharma D., Sakhuja P., Singh S., Nag H.H., Agarwal A.K.

¹ Department of Gastrointestinal Surgery,
G. B. Pant Hospital and Maulana Azad
Medical College, Delhi University, New Delhi, India

Гиперспленизм чаще наблюдается у больных портальной гипертензией нецирротического генеза (ПГНГ). Поскольку спленэктомия является эффективным самостоятельным средством при

гиперспленизме, она не направлена на портальную гипертензию. Исследование проведено с целью анализа влияния шунтирующих и нешунтирующих операций на гиперспленизм у больных ПГНГ. Оценивалось также отношение симптомного, тяжелого гиперспленизма и дефектов линий клеток периферической крови к тяжести портальной гипертензии. Проведен ретроспективный анализ оперированных больных ПГНГ с гиперспленизмом с 1999 по 2009 г. Из 252 больных ПГНГ у 64 (45 с внепеченочной обструкцией воротной вены и 19 с нецирротическим фиброзом печени) был гиперспленизм — они составили группу исследования. Статистический анализ проведен в программе GraphPad InStat. Категориальные и непрерывные переменные сравнивали с использованием тестов χ^2 , ANOVA, Стьюдента. U-тест Манна–Уитни и тест Крускала–Уоллиса использовали для сравнения непараметрических переменных. Средний возраст больных в исследуемой группе составил $21,81 \pm 6,1$ года. Гиперспленизм сопровождался симптомами у 70,3% больных с частотой спонтанных кровотечений 26,5%, рецидивирующей анемии — 34,4% и рецидивирующей инфекции — 29,7%. Средняя продолжительность операций составила $4,16 \pm 1,9$ ч, интраоперационная кровопотеря — 457 ± 126 (50–2000) мл, послеоперационный койко-день — $5-5 \pm 1-9$ дня. После операции гиперспленизм нормализовался у всех больных. Ни у одного в отдаленном периоде не возникла печеночная энцефалопатия, у 4 отмечалось рецидивное варикозное кровотечение (у 2 — после только спленэктомии, по 1 — после эзофагогастральной деваскуляризации и спленоренального шунтирования). Больные с тяжелым гиперспленизмом и дефектом во всех трех клеточных линиях периферической крови были старше, имели длительную манифестацию, более высокую частоту варикозного кровотечения и послеоперационных осложнений. Дополнительно у больных с тройным дефектом клеточных линий крови отмечалось высокое портальное давление ($p = 0,001$), наблюдалась портальная билиопатия ($p = 0,02$), гастропатия ($p = 0,005$) и интраоперационная кровопотеря ($p = 0,001$). В заключение: гиперспленизм эффективно удается лечить как шунтирующими, так и нешунтирующими операциями. Проксимальный спленоренальный шунт не только ликвидирует гиперспленизм, но также эффективно влияет на потенциальные осложнения портальной гипертензии и может безопасно выполняться с хорошими отдаленными результатами. Больные гиперспленизмом, которые имеют дефекты во всех трех клеточных линиях крови, страдают более высокой портальной гипертензией и подвержены большему риску осложнений варикозного кровотечения, портальной билиопатии и гастропатии.

Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.
2013 Oct; 27 (5): 649-664.
doi: 10.1016/j.bpg.2013.08.004

Variceal and other portal hypertension related bleeding

Варикозное и другие кровотечения, связанные с портальной гипертензией

Turon F.¹, Casu S., Hernández-Gea V., García-Pagán J.C.

¹ *Barcelona Hepatic Hemodynamic Laboratory, Liver Unit, Institut de Malalties Digestives i Metabòliques, Hospital Clinic, Institut de Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), University of Barcelona, Barcelona, Spain*

Варикозное кровотечение является одним из самых частых и тяжелых осложнений цирроза печени. Даже в ведущих современных лечебных учреждениях летальность при варикозном кровотечении достигает 20%. На момент диагностики цирроза варикозные узлы выявляют у 30–40% компенсированных больных и у 60% больных с асцитом. В течение 2 лет после первой констатации варикозно расширенных вен (ВРВ) кровотечение происходит у 25% больных. Размер узлов является наиболее полезным фактором прогноза кровотечения. Другие факторы – тяжесть нарушения функции печени (по классификации Child–Pugh) и наличие красных полос на стенке узла. Согласно современному консенсусу каждый больной циррозом должен быть эндоскопически обследован для выявления ВРВ, чтобы выделить пациентов, которым требуется профилактическое лечение. Неселективные β-адреноблокаторы (НСББ) и эндоскопическое лигирование (ЭЛ), как показывает практика, являются эффективными в предотвращении первого варикозного кровотечения. Современные рекомендации по лечению острого варикозного кровотечения диктуют раннее применение вазоактивной лекарственной терапии (идеально во время транспортировки в стационар, даже если кровотечение только предполагается) и проведение ЭЛ. Как только начинается контролируемое лечение, начинают комбинированную терапию НСББ и ЭЛ с целью профилактики рецидива. У больных с высоким риском неудачного лечения, несмотря на применение этой тактики, должен рассматриваться вопрос о раннем TIPS стентом с покрытием в течение 72 ч (идеально – в течение 24 ч). Данных о лечении ВРВ желудка ограниченное количество. Нет ясных рекомендаций по поводу первичной профилактики. В случае острого кардиофундального варикозного кровотечения инъекции вазоактивных средств в сочетании с цианакрилатом (ЦА) являются методом выбора. Дальнейшие инъекции ЦА и (или) НСББ должны применяться с целью профилактики рецидива кровотечения. Если TIPS противопо-

казано, баллонная ретроградная окклюзирующая чрезвенная облитерация может применяться в качестве “метода спасения”.

Ann. Transpl. Med. 2014 May; 2 (5): 42.
doi: 10.3978/j.issn.2305-5839.2014.05.02

Endoscopic management of esophagogastric varices in Japan

Эндоскопическое лечение эзофагогастрального варикозного расширения вен в Японии

Miyaaki H., Ichikawa T., Taura N., Miura S., Isomoto H., Nakao K.

Варикозное расширение вен (ВРВ) гастроэзофагеальной (ГЭ) зоны является наиболее распространенным осложнением у больных портальной гипертензией, и эндоскопия играет важную роль в их диагностике и профилактике острого кровотечения из этих структур. В настоящее время новые способы, такие как эндоскопическое УЗИ (эндоУЗИ) и эндоскопия с использованием узкопольной оптики, были представлены для диагностики ГЭ ВРВ. В Японии эндоскопическая терапия является методом выбора в лечении острого кровотечения из ГЭ ВРВ. Два принципиальных метода, применяемых для лечения эзофагеального ВРВ, – это эндоскопическая склеротерапия (ЭС) и эндоскопическое лигирование (ЭЛ). Последнее время сообщалось, что комбинация ЭС, ЭЛ и ЭЛ с аргон-плазменной коагуляцией является более эффективной, чем ЭЛ или ЭС по отдельности. Дополнительно эндоскопическая инъекция цианакрилата имеет превосходство над ЭС и ЭЛ в лечении острого кровотечения из ВРВ желудка.

Am. J. Transplant. 2015 May 15. doi: 10.1111/ajt.13243. [Epub ahead of print]

Percutaneous retroperitoneal splenorenal shunt for symptomatic portal vein thrombosis after liver transplantation

Чрескожное ретроперитонеальное спленоренальное шунтирование при тромбозе воротной вены после трансплантации печени

Pulitano C., Rogan C., Sandroussi C., Verran D., McCaughan G.W., Waugh R., Crawford M.

Острое повторное кровотечение из варикозно расширенных вен является потенциально опасным для жизни состоянием у пациентов с полным внепеченочным тромбозом воротной вены (ТВВ) после трансплантации печени. В такой ситуации роль специалиста по эндоваскулярным технологиям ограничена. Чаше хирурги выполняют спленоренальный анастомоз, несмотря на высокую летальность после этой операции. Представляем первый опыт клиниче-

ского применения нового миниинвазивного способа формирования чрескожного ретроперитонеального спленоренального шунта (ЧРСРШ) у двух реципиентов, перенесших пересадку печени, с кровотечением, вызванным ТВВ. У обоих больных ЧРСРШ выполнено удачно, доступом через селезенку. Удалось остановить кровотечение и избежать потенциально осложненной лапаротомии. Процедура ЧРСРШ является полезным дополнением к арсеналу эндоваскулярных вмешательств, которое можно использовать у больных, которым не подходит открытое спленоренальное шунтирование, и рефрактерных к эндоскопическому лечению. В будущем эта процедура может стать альтернативой хирургическому шунтированию, стандартно применяемому у больных внепеченочным ТВВ, так же как TIPS стало методом лечения портальной гипертензии при отсутствии ТВВ. Для оценки эффективности этого метода необходим анализ отдельных результатов.

*J. Chin. Med. Assoc. 2014 Aug; 77 (8): 395–402.
doi: 10.1016/j.jcma.2014.05.010. Epub 2014 Jul 12.*

The use of transjugular intrahepatic portosystemic stent shunt (TIPS) in the management of portal hypertensive bleeding

Применение трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования (TIPS) в лечении кровотечений при портальной гипертензии

Lo G.H.

Острое кровотечение из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода – грозное осложнение портальной гипертензии, и у выживших пациентов очень часто развивается рецидив. Лечение традиционно включает медикаментозную терапию вазоконстрикторами, тампонаду баллоном и эндоскопическое лечение. Хотя с помощью эндоскопического лечения в большинстве ситуаций при острых эпизодах кровотечения можно добиться успешного гемостаза, результат, как правило, оказывается неудовлетворительным, когда такая терапия не удается. TIPS разработано для декомпрессии портальной системы, но в настоящее время в странах Запада часто используется при лечении пациентов с повторными кровотечениями из ВРВ пищевода и в лечении рефрактерного асцита. Напротив, TIPS не получило широкого распространения в Азии. В этой статье рассматривается роль TIPS в лечении кровотечений при портальной гипертензии, которая, мы надеемся, окажется полезной для клиницистов, сталкивающихся с кровотечением из ВРВ пищевода, не поддающимся эндоскопическим методам лечения.

*World J. Gastroenterol. 2014 Sep 28; 20 (36):
13015-13026. doi: 10.3748/wjg.v20.i36.13015*

Endoscopic treatment of esophageal varices in patients with liver cirrhosis

Эндоскопическое лечение варикозно расширенных вен пищевода при циррозе печени

Triantos C., Kalafateli M.

*Christos Triantos, Maria Kalafateli,
Department of Gastroenterology,
University Hospital of Patras, 26504 Patras, Greece*

Кровотечение из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода является жизнеугрожающим осложнением портальной гипертензии с летальностью 20% в течение 6 нед. Пациенты со средней степенью или тяжелым ВРВ могут лечиться согласно двум лечебным стратегиям: неселективными β -блокаторами или путем эндоскопического лигирования. Обе лечебные тактики одинаково эффективны. Пациенты с острым кровотечением считаются критически тяжелыми. Согласно доступным данным, вазоактивные препараты в комбинации с эндоскопическим лечением и антибактериальной терапией считаются лучшей лечебной тактикой, а лигирование вен – эндоскопическим методом выбора. При неконтролируемом кровотечении рекомендуется трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (TIPS) с постановкой покрытого политетрафторэтиленом стента. У 60% пациентов развивается рецидив кровотечения, летальность при этом достигает 30%. Вторичная профилактика кровотечения должна начинаться на шестой день после первого эпизода. Комбинация неселективных β -блокаторов и эндоскопического лигирования является рекомендованной тактикой, а TIPS с постановкой покрытого стента считается предпочтительным для больных после неэффективного эндоскопического и лекарственного лечения. Помимо инъекционной склеротерапии и эндоскопического лигирования в лечении ВРВ пищевода использовались и другие эндоскопические вмешательства, в том числе тканевые клеи, эндоклипирование и аргон-плазменная коагуляция. Тем не менее их эффективность и безопасность по сравнению со стандартным эндоскопическим лечением нуждаются в дальнейшем изучении. Остаются актуальными и вопросы безопасности при эндоскопическом лечении, например аспирационной пневмонии, развивающейся примерно в 2,5% наблюдений. В заключение следует отметить, что необходимы дальнейшие исследования, направленные на совершенствование лечебных стратегий, включая новые, более эффективные, менее дорогостоящие эндоскопические методы с меньшим числом побочных эффектов.

Aliment. Pharmacol. Ther. 2014 Aug; 40 (4): 354–362. doi: 10.1111/apt.12824. Epub 2014 Jun 2

Review article: the management of portal hypertensive gastropathy and gastric antral vascular ectasia in cirrhosis

Обзорная статья: ведение гастропатии при портальной гипертензии и варикозном расширении вен антрального отдела желудка при циррозе

Patwardhan V.R., Cardenas A.
Beth Israel Deaconess Medical Center,
Boston, MA, USA

Гастропатия при портальной гипертензии (ПГ) и варикозное расширение вен антрального отдела желудка (ВРВОЖ) являются важными причинами как острых, так и хронических желудочно-кишечных кровотечений у пациентов, страдающих циррозом печени. Осуществлен поиск англоязычной литературы в системе PubMed с использованием ключевых слов: варикозное расширение вен антрального отдела желудка, цирроз, желудочно-кишечное кровотечение, острое, хроническое, гастропатия при портальной гипертензии, арбузообразный живот, радиочастотная абляция, лигирование, термоабляция и TIPS. ВРВОЖ и ГПГ встречаются у пациентов с циррозом печени. Также эти признаки могут встречаться у пациентов с бессимптомным течением и у пациентов с острым или хроническим желудочно-кишечным кровотечением. При ПГ гастропатия присутствует всегда, вне зависимости от того, развился цирроз печени или нет, в то время как ВРВОЖ может развиваться и без предсуществующих цирроза и ПГ. Эти признаки могут быть диагностированы при эндоскопическом исследовании, однако в ряде наблюдений может потребоваться и биопсия. При лечении гастропатии при ПГ основной целью является снижение давления в системе воротной вены, чаще путем фармакотерапии, но также в тяжелых ситуациях прибегают к шунтирующим вмешательствам. Лечение же ВРВОЖ преимущественно эндоскопическое, а именно различные методы абляции. ВРВ антрального отдела желудка и гастропатия при ПГ имеют различные при-

знаки, но встречаются у пациентов с циррозом печени. Ведение гастропатии при ПГ направлено на снижение портального давления, в то время как лечение ВРВОЖ преимущественно эндоскопическое.

Curr. Hepatol. Rep. 2014 Mar 1; 13 (1): 35–42

Current management strategies for acute esophageal variceal hemorrhage

Современное лечение острого кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода

Fortune B.¹, Garcia-Tsao G.²

¹Section of Digestive Diseases, Yale University School of Medicine, New Haven, CT

²Section of Digestive Diseases, Yale University School of Medicine, New Haven, CT; Section of Digestive Diseases, VA-CT Healthcare System, West Haven, CT

Острое кровотечение из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода является одним из клинических проявлений декомпенсированного цирроза печени, влекущим за собой высокую частоту осложнений и летальности. Несмотря на появление ряда лечебных стратегий, направленных на улучшение результатов лечения, летальность вследствие кровотечения в течение 6 нед по-прежнему остается в диапазоне 15–20%. В настоящее время стандарты лечения подобного кровотечения включают антибиотикопрофилактику, инфузию вазоактивных препаратов и эндоскопическое лигирование ВРВ. TIPS рассматривается в качестве лечебного мероприятия для пациентов, у которых перечисленные методы лечения оказались неэффективными, и у больных с рецидивом кровотечения. Повторные кровотечения предупреждают комбинацией неселективных β-блокаторов и эндоскопическим лигированием. Однако эти рекомендации предполагают, что тяжесть всех пациентов с циррозом приблизительно равна. На основе анализа последних данных предложены основной прогностический фактор и стратегия, в которой пациентов рассматривают по тяжести состояния согласно шкале Child–Pugh.