

А. П. Кошевой, А. П. Кошель, Д. Н. Чирков, О. А. Шелко, Р. Т. Эгенбаев, Т. И. Кудайбергенов

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

A. P. Koshevoy, A. P. Koshel, D. N. Chirkov, O. A. Shelko, R. T. Egenbayev, T. I. Koudaibergenov

ENDOSCOPIC PREVENTION OF RECURRENT BLEEDINGS FROM VARICOSE VEINS OF ESOPHAGUS AND STOMACH: PROBLEMS AND PERSPECTIVES

*НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова СибГМУ Минздравсоцразвития России, г. Северск
Национальный хирургический центр МЗ Кыргызской Республики, г. Бишкек*

© А. П. Кошевой, А. П. Кошель, Д. Н. Чирков, О. А. Шелко, Р. Т. Эгенбаев, Т. И. Кудайбергенов

Проведен анализ современных данных о применении эндоскопических методов профилактики повторных кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных с портальной гипертензией. Представлены сведения о недостаточной эффективности эндоскопического лигирования и эндоскопического склерозирования расширенных вен пищевода и желудка и обозначены перспективы в решении проблемы повышения эффективности вторичной профилактики гастроэзофагеальных кровотечений.

Ключевые слова: *портальная гипертензия, варикозное расширение вен пищевода и желудка, эндоскопическое лигирование, эндоскопическое склерозирование.*

The analysis of modern data concerning using endoscopic methods of recurrent bleedings prevention from varicose veins of the esophagus and stomach was performed in patients having portal hypertension. Data are offered about small efficacy of endoscopic ligation and endoscopic sclerosing of broadened veins of esophagus and stomach. Perspectives are given concerning solving problems of increasing efficacy of secondary prevention of gastroesophageal bleedings.

Key words: *portal hypertension, varicose veins of esophagus and stomach, endoscopic ligation, endoscopic sclerosing.*

УДК 616.149.1-007.64-005.1-036.65-072.1-039.71

Самым грозным и наиболее частым осложнением портальной гипертензии (ПГ) является кровотечение из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка. Именно пищеводно-желудочные геморрагии являются доминирующей причиной смерти у больных циррозом печени (ЦП) и внепеченочной ПГ [3, 6, 20].

Для лечения и профилактики пищеводно-желудочных кровотечений в настоящее время применяются несколько основных вмешательств: селективное и парциальное портокавальное шунтирование (ПКШ), трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование, эндоскопические вмешательства [6, 27, 42]. Однако, проблема выбора метода хирургической коррекции ПГ в каждом конкретном случае остается одним из предметов дискуссий среди хирургов-гепатологов. Еще более сложным становится вопрос определения способа профилактики

пищеводно-желудочных кровотечений у больных циррозом в условиях развивающихся трансплантационных методик [3]. Среди операций, корригирующих ПГ, варианты ПКШ являются наиболее радикальными. Адекватность именно селективной или парциальной декомпрессии определяется достаточной редукцией ПГ и минимальной частотой постшунтовой энцефалопатии в послеоперационном периоде [4, 10, 27].

В то же время имеется обширный контингент больных, которым произвести шунтирование по каким-либо причинам невозможно или нежелательно. Это больные с выраженной энцефалопатией и низкими показателями воротной гемодинамики, перенесшие спленэктомию, а также имеющие анатомические особенности сосудов портальной системы, при которых техническое выполнение ПКШ не представляется возможным. Другими причинами являются тромбоз

ранее наложенного анастомоза и распространенный тромбоз сосудов портальной системы [12]. Так, например, опыт работы ведущих специалистов по лечению ПГ (РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН) свидетельствует, что ПКШ при внепеченочной ПГ было выполнено только 14 (20,3 %) больным из 69 оперированных вследствие непригодности сосудов портальной системы для анастомозирования из-за тотального их тромбоза [18]. Кроме того, крайне опасно и невозможно выполнение хирургического вмешательства у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией, а также пожилого и старческого возрастов.

На первый план в лечении таких больных, да и всех больных с ПГ, выходят эндоскопические технологии [44]. Согласно резолюции XVII международного Конгресса хирургов-гепатологов, состоявшегося в 2010 г. в Уфе, для профилактики кровотечений показано выполнение эндоскопического лигирования (ЭЛ) или склеротерапии подслизистых вен, а при его неэффективности селективное или парциальное ПКШ при компенсированной или субкомпенсированной функции печени [36]. ЭЛ является ведущим методом малоинвазивного лечения, признанным во всем мире. Для варикозных вен пищевода ЭЛ считается общепризнанным «золотым стандартом» [14, 44]. Об эффективности воздействия на ВРВ пищевода с целью профилактики кровотечений утверждают многие исследователи [9, 40]. Однако все больше встречается данных, свидетельствующих о неудовлетворенности результатами ЭЛ.

Так, по сведениям И. И. Дзидзавы [3], отдаленные результаты эрадикации вен пищевода характеризовались возобновлением варикозной трансформации у многих пациентов, что приводило к высокой частоте рецидивов кровотечений и, как результат, низкой выживаемости. В сроки от 1 до 6 месяцев после ЭЛ автор отметил возобновление гастроэзофагеальных геморрагий у трети больных ЦП — 37 (29,6 %) больных. Рецидивы кровотечений были обусловлены развитием ВРВ пищевода у 69 (55,2 %) пациентов, прогрессированием портальной гипертензивной гастропатии (ПГГ) у 41 (32,8 %) и развитием расширения вен желудка у 23 (18,4%). Выживаемость пациентов зависела от степени печеночной декомпенсации и составляла через 1 год наблюдения $57,3 \pm 4,3$ %, через 3 года — $38 \pm 4,4$ %, через 5 лет — $33,1 \pm 4,7$ %. О том, что ЭЛ ВРВ пищевода способствует развитию и нарастанию тяжести ПГГ у больных ЦП, свидетельствуют также данные отечественных и зарубежных авторов [29, 41, 46].

О рецидивировании кровотечений после ЭЛ ВРВ пищевода, выполненного с целью профилактики повторных кровотечений у 47 больных, говорят и сведения И. И. Затевахина и соавт. [9]. В течение первого года кровотечение рецидивировало у 9 (19,1 %) пациентов, общая смертность составила 21,3 % — 10 больных, из которых 5 умерли в связи с кровотечением из ВРВ пищевода. В течение 2 лет авторами прослежены 39 больных из 47. Повторное кровотечение развилось у 10 (25,6 %), а общая смертность зарегистрирована на уровне 28,2 % — 11 пациентов, из которых 6 умерли от пищеводного кровотечения. В период до 3 лет из 31 наблюдаемого больного кровотечение из ВРВ пищевода рецидивировало у 9 (29,0%), а общая смертность составила 35,5 % — 11 пациентов, из которых от кровотечения умерли 6.

С. В. Михин и соавт. [26], применяя ЭЛ ВРВ пищевода у 33 больных, отметили через 1 год 42,4 % рецидивов ВРВ пищевода, а летальность в сроки до 6 лет составила 11,9 % (7 больных). Причиной смерти явились рецидив пищеводного кровотечения (4) и печеночная кома (3). Неудовлетворенность результатами привела к необходимости дополнить ЭЛ ВРВ пищевода в 26 наблюдениях лапароскопической диссекцией венечной вены желудка и рентгеноэндоваскулярной эмболизацией селезеночной артерии. Рецидив ВРВ пищевода выявили при этом в 3 (5,1 %) случаях, а летальных исходов, связанных с развитием кровотечения, не было.

Д. В. Распереза и Е. А. Сишкова [35], зарегистрировав после ЭЛ ВРВ пищевода рецидив ВРВ через 1 год в 50,0 % случаев и рецидив кровотечения в течение 1 года в 28,6 % случаев, увеличили эффективность ЭЛ и снизили число рецидивов расширения вен и рецидивов геморрагий в 2 раза, проведя комбинированное лечение и дополнив ЭЛ паравазальной склеротерапией. А Н. В. Ташкинов и соавт. [38] снизили частоту рецидивов пищеводных кровотечений после ЭЛ при сроке наблюдения до 18 месяцев с 60,0 % до 29,4 % в контрольной и основной группах соответственно. В контрольной группе авторы выполняли ЭЛ по стандартной методике, в основной группе применяли ЭЛ под эндосонографическим контролем с последующей аргоноплазменной коагуляцией слизистой оболочки пищевода.

Данные различных рандомизированных клинических исследований зарубежных авторов показывают, что средняя частота рецидивов кровотечений у больных после применения ЭЛ составляла около 32,0 %. Сессии ЭЛ повторяли с интервалом

7—14 сут. до облитерации ВРВ, которой удавалось достичь через 2—4 сессии. Для выявления рецидива ВРВ и проведения повторной ЭЛ каждые 3—6 мес повторяли эндоскопическое исследование [48].

Таким образом, ожидания высокой эффективности лигирования, как метода устранения ВРВ пищевода и исключения рецидивов пищеводно-желудочных кровотечений, необходимо признать завышенными. Также необходимо заметить, что когда речь заходит об ЭЛ, некоторые специалисты склонны рассматривать ЭЛ только лишь как метод воздействия на ВРВ пищевода, не учитывая необходимости исследования желудка и необходимости воздействия на ВРВ желудка для их устранения [2, 8, 9].

Однако, еще в 2004 г. в отделении экстренной хирургии и портальной гипертензии РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН М. В. Кабановым [16] было доказано, что ЭЛ ВРВ пищевода не показано больным с локализацией ВРВ в кардиальном и фундальном отделах желудка, и показанием к ЭЛ однозначно служит наличие ВРВ пищевода 2—3 степени. Лигирование ВРВ в пищеводе без учета ВРВ в кардиальном отделе желудка А. Г. Шерцингер и соавт. [43] считают ошибочным. По данным Е. А. Киценко и соавт. [18], часто встречающееся у пациентов с внепеченочной ПГ распространение ВРВ на кардию и дно желудка, ограничивает применение эндоскопического лечения. ЭЛ было выполнено только 12 (14,8 %) больным из 81, проходившего лечение с внепеченочной ПГ.

Таким образом, причина недостаточной эффективности ЭЛ ВРВ пищевода заключается в наличии у пациентов с ПГ расширенных желудочных вен и отсутствии воздействия на данные сосуды. На современном этапе проблема лечения желудочного варикоза является наиболее интересной, недостаточно изученной и весьма дискуссионной темой. Современные подходы к лечению пациентов с ВРВ требуют отдельного анализа результатов для различной локализации вен [44].

Для устранения ВРВ желудка при ЭЛ гастроэзофагеальных вен в РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН разработали и применили методику комбинированного ЭЛ, которая включает проведение ЭЛ ВРВ пищевода латексными кольцами с помощью многозарядного лигатора фирмы «Wilson Cook Medical Inc.» (США), а ЭЛ ВРВ желудка — нейлоновыми петлями фирмы «Olympus» (Япония). При ВРВ пищевода и желудка I и II типов в плановом порядке с целью первичной профилактики и предупреждения

рецидивов кровотечения применяли только комбинированное ЭЛ, которое выполнено 48 больным (из них с целью вторичной профилактики — 36 пациентам). При этом гемостатический эффект через 12 мес. составил 74,0 %, через 24 мес. — 67,3 %, через 36 мес — 67,3 %, а рецидивы венообразования отмечены в 24,2 %, 30,8 % и 42,3 % случаев соответственно. Было сделано заключение, что на фоне рецидива венообразования гемостатический эффект процедуры снижается. Это требует выполнения повторных сеансов [14]. Данные факты свидетельствуют о недостаточных возможностях даже комбинированного ЭЛ и необходимости совершенствования методов устранения ВРВ пищевода и желудка при ПГ. Из 43 больных ЦП у 38 (88,8 %) М. Ш. Хубутия и соавт. [40] в НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского выполнили ЭЛ ВРВ пищевода, сочетанное ВРВ пищевода и желудка при этом было обнаружено лишь у 11 (25,6 %), и только у 5 (11,6 %) осуществлено комбинированное ЭЛ пищевода и желудка по аналогичной методике. В ЦНИИ гастроэнтерологии (г. Москва) Д. Н. Ульянов и соавт. [39] одновременно с лигированием ВРВ пищевода безопасно провели ЭЛ вен субкардии и свода желудка латексными кольцами под прикрытием ингибиторов протонной помпы 11 больным.

Как видно из представленных данных, опыт комбинированного воздействия на расширенные вены пищевода и желудка с целью профилактики повторных кровотечений в плановом порядке не охватывает значительного массива наблюдений.

Что касается склеротерапии варикозных вен, то предлагается множество вариантов ее выполнения. Различия касаются выбора склерозанта, метода введения, объема и концентрации вещества, периодичности и общего количества сеансов лечения. Схемы склеротерапии могут существенно отличаться друг от друга, в связи с чем получаемые результаты также могут оказаться различными. В США предпочтение отдают интравазальным инъекциям 5 % раствора этаноламиноолеата. В России доминирует паравазальное склерозирование с использованием 0,5 % раствора этоксисклерола. От интравазального введения тромбовара почти полностью отказались, так как методика сопровождается большим количеством серьезных осложнений: некрозом стенки пищевода с развитием медиастинита, гнойным тромбофлебитом, глубокими изъязвлениями с кровотечениями из них, стриктурами пищевода [44].

Но паравазальное склерозирование расширенных вен как пищевода, так и желудка уже

уступает ЭЛ. По показателям гемостатического эффекта, летальности и венообразования в отдаленном периоде наблюдения ЭЛ ВРВ пищевода и желудка имеет преимущество перед склеротерапией [14].

Стоит полагать, что изменение формы склерозанта, как агрессивного вещества, несет за собой большие перспективы в плане безопасности и эффективности метода интравазальной склеротерапии. Зарубежными и отечественными флебологами накоплен опыт склерозирования варикозных вен нижних конечностей с помощью пенообразной формы препаратов (foam-form, microfoam) с указанием на высокую эффективность метода [1, 17, 45, 47, 49]. Детергентный склерозант, переведенный в состояние микропены, более активен, так как он полностью вытесняет кровь из вены на протяженном участке, не разбавляется и остается в сосудах, обеспечивая полноценный контакт с эндотелием вен [13]. Наиболее стойкая пена получается по методу Tessari (при помощи двух шприцев, соединенных через трехходовой переходник). При склерозировании стволов БПВ или МПВ по клиническим и гемодинамическим исходам, микропенная склеротерапия превосходит обычную [37].

С другой стороны, существует проблема точной диагностики состояния гастроэзофагеальной зоны и контроля результатов ликвидации ВРВ пищевода и желудка. Для этого недостаточно только лишь визуального осмотра органов при эндоскопии, особенно желудка.

О состоянии вен желудка судят по толщине и выбуханию складок слизистой кардиально-го отдела и проксимальной трети желудка (при сегментарной ПГ) в инверсионном положении эндоскопа при максимальной инсуффляции воздухом. Чаще варикозному расширению вен пищевода III степени соответствует резко выраженное расширение вен кардиального отдела желудка. Значительно реже при ВРВ в пищеводе I степени в кардиальном отделе обнаруживают резко выраженные ВРВ в виде крупных, напряженных, выбухающих в просвет органа складок слизистой оболочки и наоборот. В большей мере это характерно для больных с внепеченочной ПГ [5]. ВРВ желудка также может быть охарактеризовано таким субъективным термином как «незначительное утолщение складок слизистой» и т. д. [28].

Само наличие ВРВ желудка является фактором риска кровотечения, который составляет 80,5 % [28]. Мы проанализировали данные литературы о частоте верификации и определении авторами

степени выраженности расширения вен желудка у больных с ПГ и отметили значительную вариабельность встречаемости ВРВ желудка. По сведениям В. Т. Ивашкина и М. Ю. Надинской [15], частота развития желудочных варикозов у больных с ПГ колеблется от 6 до 78 %. А. А. Козинец [19] у больных со сформировавшимся циррозом печени визуализировал расширение вен пищевода и желудка у 96,9 %, при этом вены кардиального отдела желудка были диагностированы у 45,3 % больных, дна желудка — у 9,5 %. Переход расширенных вен на кардиальный отдел и свод желудка выявлен Д. В. Завьяловым [7] только у 18,4 % больных внутрипеченочной ПГ. А у обследованных больных ЦП различной этиологии и степени компенсации ВРВ желудка были определены даже в 0,8 %, расширение сосудов пищевода при этом наблюдались в 60,8 % [29]. Анализ выполнения ПКШ и ЭЛ у 129 больных позволил Ю. В. Мехтиевой [25] установить ВРВ желудка только у 9 (7,0 %) из них, хотя ВРВ пищевода III—IV степени диагностированы у 105 (81,4 %). По сведениям П. Н. Зубарева, Б. Н. Котива [10], ВРВ кардиального отдела желудка встречаются у 10—60 % больных с синдромом ПГ. Такие разноречивые данные, вероятно, связаны с трудностями диагностики. Варикозные вены располагаются в складках слизистой оболочки и повторяют ее рельеф.

Таким образом, диагностика ВРВ желудка, проводимая на основании эндоскопического исследования, является достаточно субъективной. Широкий диапазон значений может быть обусловлен как неоднородностью групп исследуемых больных, этиологией ПГ, наличием или отсутствием кровотечений в анамнезе, так и ограничениями эндоскопической техники, а также качеством диагностики. Расширение вен желудка может не выявляться ввиду отсутствия опыта исследователя либо отсутствия тщательного прицельного осмотра этой зоны. Кроме того, толщина и выбухание складок слизистой желудка, определяемые глазом, не могут являться объективным критерием оценки наличия и состояния патологического процесса в желудке.

Диагностика ВРВ, основанная на визуальных признаках, должна быть усовершенствована. Перспективно при этом применение УЗИ. Опыт применения эндоскопической ультрасонографии (ЭУС) при ВРВ пищевода крайне мал и упоминается в литературе единичными исследователями [30, 38]. Данных об эндосонаографическом исследовании желудка при ПГ в доступной литературе мы не встретили и, полагаем, что точная

диагностика наличия и состояния расширенных желудочных вен, имеющая преимущество перед обычной гастроскопией, является перспективной [23]. ЭУС при заболеваниях желудочно-кишечного тракта в НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова СибГМУ выполняется с 2001 г. [11]. В результате исследований разработаны и длительное время применяются новые подходы к оценке риска кровотечений из ВРВ пищевода и желудка, защищенные патентами [31, 32, 34].

Необходимо отметить, что данные исследования преследуют цель улучшить профилактику гастроэзофагеальных кровотечений при внутрипеченочной и внепеченочной ПГ [21, 24]. Эту возможность дает применение разработанных перспективных способов прогноза геморагии и способа эндоскопической микропенной интравазальной склерооблитерации ВРВ

пищевода и желудка [33]. Одиннадцатилетний опыт склерозирования ВРВ при ПГ и применение с 2005 г. у 42 пациентов именно новой формы склерозанта в виде пены позволили достичь облитерации не только ВРВ пищевода, но и ВРВ желудка I и II типов [22], а выполнение ЭУС позволило доказать это. Применение нового метода обеспечило одновременно с устранением ВРВ пищевода и желудка редукцию ПГГ и недостаточности кардии.

Следует заключить, что простота, безопасность и низкая стоимость разработанного метода микропенной склерооблитерации, а также преимущества перед ЭЛ [24], позволили улучшить профилактику гастроэзофагеальных кровотечений при ПГ и максимально приблизиться к решению проблемы эндоскопической облитерации ВРВ пищевода и желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богачев В. Ю., Золотухин И. А., Брюшков А. Ю., Журавлева О. В. Флебосклерозирующее лечение варикозной болезни вен нижних конечностей с использованием «foam-foam» техники // *Ангиология и сосудистая хирургия*. — 2003. — Т. 9, № 2. — С. 81—85.
2. Быков М. И., Завражнов А. А., Катрич А. Н. Эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода как метод гемостаза и профилактики первичных и рецидивных кровотечений у больных с портальной гипертензией // *Тр. XI съезда хирургов РФ*. — Волгоград, 2011. — С. 67—68.
3. Дзидзава И. И. Отдаленные результаты хирургической коррекции портальной гипертензии и прогностические факторы выживаемости у больных циррозом печени : Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — СПб., 2010. — 46 с.
4. Ерамишанцев А. К. Эволюция хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка : 50 лекций по хирургии / Под ред. В. С. Савельева. — М. : Триада-Х, 2004. — С. 490—501.
5. Ерамишанцев А. К. [и др.] Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка: диагностика, лечебная тактика // *Анн. хир. гепатол.* — 2006. — Т. 11, № 2. — С. 105—111.
6. Ерамишанцев А. К. Развитие проблемы хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка // *Анн. хир. гепатол.* — 2007. — Т. 12, № 2. — С. 8—15.
7. Завьялов Д. В. Сравнительная оценка методов лечения кровотечений при портальной гипертензии : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Ярославль, 2006. — 26 с.
8. Зарипов Ш. А., Нартайлаков М. А. Эндоскопическое лечение больных с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода // *Мат-лы XI съезда хирургов РФ*, 25—27 мая 2011 года. — Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2011. — С. 665.
9. Затевахин И. И. [и др.] Отдаленные результаты эндоскопического лигирования варикозно расширенных вен пищевода у больных с циррозом печени // *Вестник РГМУ*. — 2010. — № 2. — С. 18—21.
10. Зубарев П. Н., Котив Б. Н. Варикозное расширение вен пищевода и кардии : Хирургические болезни пищевода и кардии / Под ред. проф. П. Н. Зубарева, проф. В. М. Трофимова. — СПб. : Фолиант, 2005. — 208 с.
11. Жерлов Г. К. [и др.] Руководство по ультразвуковой диагностике заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки / Под ред. Г. К. Жерлова, С. А. Соколова. — Новосибирск : Наука, 2005. — 208 с.
12. Жерлов Г. К. [и др.] Проксимальная резекция желудка у больных с расширением вен пищевода и желудка // *Анн. хир.* — 2008. — № 3. — С. 43—48.
13. Жерлов Г. К. [и др.] Эндоскопическая «foam-foam» склеротерапия варикозно расширенных вен пищевода при портальной гипертензии // *Мат-лы III съезда хирургов Сибири и Дальнего Востока*, Томск, 15—16 сентября 2009 года. — Томск : Иван Федоров, 2009. — С. 150.
14. Жигалова С. Б. Эндоскопические технологии в лечении и профилактике кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных с портальной гипертензией : Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2011. — 50 с.
15. Ивашкин В. Т., Надинская М. Ю. Лечение кровотечений, обусловленных портальной гипертензией // *Consilium med.* — 2001. — Т. 3, № 11, Прил. — С. 16—19.
16. Кабанов М. В. Эндоскопическое лигирование варикозных вен пищевода у больных с портальной гипертензией : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2004. — 19 с.

17. Кириенко А. И., Григорян Р. А., Золотухин И. А. Современные принципы лечения хронической венозной недостаточности // *Consilium med.* — 2003. — Т. 5, № 6. — С. 361—366.
18. Киценко Е. А., Любимый Е. Д., Фандеев Е. Е. Внепеченочная портальная гипертензия у взрослых // Тез. докл. XVII междунар. Конгресса хир.-гепатол. стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии», 15—17 сентября 2010 года. — Уфа, 2010. — С. 172—173.
19. Козинец А. А. Оценка эффективности диагностических методов при циррозе печени : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2001. — 27 с.
20. Котив Б. Н., Дзидзава И. И., Алентьев С. А. Портокавальное шунтирование в лечении больных циррозом печени с синдромом портальной гипертензии // *Анн. хир. гепатол.* — 2008. — Т. 13, № 4. — С. 76—85.
21. Кошевой А. П. Совершенствование диагностики и тактики лечения больных с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода и желудка : Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2009. — 50 с.
22. Кошевой А. П., Кошель А. П., Чирков Д. Н., Эгенбаев Р. Т. Эндоскопическое устранение варикозных вен желудка при портальной гипертензии // *Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского.* — 2012. — Т. 7, № 1. — С. 336—337.
23. Кошель А. П. [и др.] Оценка риска кровотечения из варикозно расширенных вен желудка // *Мат-лы III съезда хирургов Сибири и Дальнего Востока, Томск, 15—16 сентября 2009 года.* — Томск : Иван Федоров, 2009. — С. 96—97.
24. Кошель А. П. [и др.] Новые технологии в профилактике и лечении кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка // *Мат-лы XI съезда хирургов РФ, 25—27 мая 2011 года.* — Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2011. — С. 176—177.
25. Мехтиева Ю. В. Профилактика и лечение пищеводно-желудочных кровотечений в послеоперационном периоде у больных после хирургической коррекции синдрома портальной гипертензии : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2008. — 22 с.
26. Михин С. В., Мандриков В. В., Кондаков В. И., Денисова О. Ю. Эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода в комплексном лечении кровотечений при портальной гипертензии // *Мат-лы XI съезда хирургов РФ, 25—27 мая 2011 года.* — Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2011. — С. 413.
27. Назыров Ф. Г., Девятов А. В., Бабаджанов А. Х., Раимов С. А. Сравнительный анализ результатов дистального спленоренального анастомоза у пациентов с портальной гипертензией // *Новости хирургии.* — 2011. — Т. 19, № 5. — С. 52—59.
28. Нечаенко А. М. Тактика ведения больных с внепеченочной портальной гипертензией после прошивания варикозно расширенных вен пищевода и желудка : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2004. — 22 с.
29. Обуховский Б. И. Портальная гипертензионная гастропатия у больных циррозом печени : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2006. — 18 с.
30. Орлов С. Ю. Эндосонография — современный метод диагностики варикозного расширения вен пищевода при портальной гипертензии // *Современные направления лечения портальной гипертензии: Тез. докл. VIII науч.-практ. конф.* — СПб., 2002. — С. 1—4.
31. Патент РФ № 2246893. Способ определения степени риска кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода / Г. К. Жерлов, Н. С. Рудая, А. П. Кошевой и др. (РФ). — № 2003119618/14; заявл. 30.06.2003; опубл. 27.02.2005.
32. Патент РФ № 2257149. Способ дифференциальной диагностики степени рефлюкс-эзофагита / Г. К. Жерлов, Н. С. Рудая, С. А. Соколов и др. (РФ). — № 2003110946/14; заявл. 16.04.2003; опубл. 27.07.2005.
33. Патент РФ № 2357700. Способ эндоскопического склерозирования варикозно расширенных вен пищевода / Г. К. Жерлов, А. П. Кошевой, А. В. Карпович и др. (РФ). — № 2008105651/14; заявл. 13.02.2008; опубл. 10.06.2009.
34. Патент РФ № 2398514. Способ прогнозирования риска кровотечения из варикозно расширенных вен желудка / Г. К. Жерлов, А. П. Кошевой, Д. Н. Чирков и др. (РФ). — № 2008148690/14; заявл. 9.12.2008; опубл. 10.09.2010.
35. Распереза Д. В., Шишкова Е. А. Оценка эффективности эндоскопического лигирования и комбинированного лечения (лигирование + склерозирование) в профилактике варикозных кровотечений при циррозе печени // *Вестник Санкт-Петербургского университета.* — 2008. — Сер. 11 (Прил. 1). — С. 140—147.
36. Резолюция XVII Международного Конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ, 15—17 сентября 2010 г., Уфа. // *Анн. хир. гепатол.* — Уфа, 2010. — Т. 15, № 4. — С. 116—119.
37. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен нижних конечностей // *Флебология.* — 2009. — Т. 3, № 3. — 48 с.
38. Ташкинов Н. В. [и др.] Роль эндоскопии в выборе методов профилактики кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода // *Тихоокеанский медицинский журнал.* — 2011. — № 4. — С. 78—79.
39. Ульянов Д. Н., Ковязина И. О., Ким Д. О. Возможности эндоскопического лечения больных циррозом печени и расширением вен пищевода с распространением на желудок // Тез. докл. XI съезда НОГР. — М. : ЦНИИ гастроэнтерологии, 2011. — С. 284.
40. Хубутия М. Ш. [и др.] Эндоскопическое лигирование в остановке и профилактике кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка // *Клинические перспективы гастроэнтерол., гепатол.* — 2012. — № 1. — С. 10—15.
41. Шевченко Ю. Л., Обуховский Б. И., Яковенко А. В. Течение портальной гипертензионной гастропатии после лигирования варикозно-расширенных вен пищевода // *Клиническая медицина.* — 2007. — № 5. — С. 47—51.
42. Шерцингер А. Г. [и др.] Осложнения после эндоскопических вмешательств у больных портальной гипертензией // *Анн. хир. гепатол.* — 2007. — Т. 12, № 2. — С. 16—21.
43. Шерцингер А. Г., Мусин Р. А., Манукьян Г. В., Жигалова С. Б. Современные принципы лечения больных с

синдромом портальной гипертензии и кровотечениями из варикозных вен пищевода и желудка // Хирургия. — 2011. — № 2. — С. 82—84.

44. Шерцингер А. Г., Манукян Г. В. Рецензия на статью Абдурахманова Б. А. и соавт. «Эффективность эндоскопических методов гемостаза при кровотечении портального генеза у больных циррозом печени» // Анн. хир. гепатол. — 2011. — Т. 16, № 3. — С. 68—71.

45. Breu F. X., Guggenbichler S. European consensus meeting on foam sclerotherapy // Dermatol surg. — 2004. — Vol. 30, № 5. — P. 709—717.

46. Elnaser S. S. [et al.] Effect of endoscopic injecton sclerotherapy and variceal ligation on development of portal hypertensive gastropathy and duodenopathy // J. Egypt. Soc. Parasitol. — 2005. — Vol. 35? № 1. — P. 253—264.

47. Frulliini A., Cavezzi A. Sclerosing foam in the treatment of varicose veins and telangiectases: history and analysis of safety and complications // Derm. surg. — 2002. — Vol. 28, № 1. — P. 11—15.

48. Garcia-Tsao G. [et al.] Practice Guidelines Committee of the American Association for the Study of Liver Disease, the Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis // Hepatology. — 2007. — Vol. 46. — P. 922—938.

49. Hamel-Desnos C., Desnos P., Wollmann J. C. Evaluation of efficacy of polidocanol in the form of foam compared with liquid form in sclerotherapy of the greater saphenous vein: initial results // Derm. surg. — 2003. — Vol. 29, № 12. — P. 1170—1175.

Поступила в редакцию _____. _____. 2012 г.

Утверждена _____. _____. 2012 г.

Авторы:

Кошевой А. П. — д-р мед. наук., старший научный сотрудник НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова ГБОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития России, г. Северск.

Чирков Д. Н. — канд. мед. наук, научный сотрудник НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова ГБОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития России, г. Северск.

Шелко О. А. — начальник хирургического отделения, ведущий хирург 4 филиала 3 ЦВКГ им. А. А. Вишневского, г. Вольск-18.

Эгенбаев Р. Т. — канд. мед. наук, врач-хирург, заведующий научно-организационным отделением Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, г. Бишкек.

Кудайбергенов Т. И. — врач-хирург отделения хирургии печени и портальной гипертензии, ассистент кафедры госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева, г. Бишкек.

Контакты:

Кошевой Александр Петрович

Тел./факс (8 3823) 56-42-65

e-mail: general@gastro.tomsk.ru

адрес: 636013, Томская область, г. Северск, пер. Чекист, 3, оф. 126.