

Содержание

Сокращения	5
Введение	6
<i>Дурлештер В. М., Корочанская Н. В.</i>	
1. Анализ типичных ошибок в тактике ведения пациентов с циррозом печени на амбулаторном и стационарном этапах	8
<i>Корочанская Н. В., Ковалевская О. В., Серикова С. Н., Басенко М. А.</i>	
2. Пациент-ориентированный подход к ведению больных с циррозом печени	22
<i>Корочанская Н. В., Серикова С. Н., Басенко М. А., Сериков С. С.</i>	
3. Тактика хирургического лечения пациентов с циррозом печени	31
3.1. Риски хирургических вмешательств у пациентов с циррозом печени	31
<i>Дурлештер В. М., Корочанская Н. В., Мурашко Д. С., Басенко М. А.</i>	
3.2. Патофизиологическое обоснование оптимизации периоперационного ведения пациентов с циррозом печени	36
<i>Корочанская Н. В.</i>	
3.2.1. Печеночно-клеточная недостаточность и портальная гипертензия	37
3.2.2. Коагулопатия	39
3.2.3. Дисфункция иммунной системы и нутритивный статус пациента	40
3.2.4. Сердечно-сосудистая система и нарушения функции почек	42
3.2.5. Асцит, гипонатриемия, дыхательная недостаточность	42
3.3. Предоперационное обследование пациентов с циррозом печени	43
<i>Мурашко Д. С., Марков П. В., Макаренко А. В., Корочанская Н. В.</i>	
3.4. Методы хирургического лечения	46
<i>Мурашко Д. С., Марков П. В., Макаренко А. В.</i>	
3.4.1. Особенности ведения пациентов с грыжами передней брюшной стенки	48
3.5. Тактика послеоперационного ведения	49
<i>Мурашко Д. С., Марков П. В., Макаренко А. В., Корочанская Н. В.</i>	

4. Высотехнологичные методы лечения синдрома портальной гипертензии и развившихся осложнений	53
4.1. Эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода	53
<i>Габриэль С.А., Крушельницкий В.С., Гучетль А.Я., Дынько В.Ю., Тлехурай Р.М.</i>	
4.2. Трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование	66
<i>Бухтояров А.Ю., Хоронько Ю.В., Оганесян О.А., Никитин С.П., Измайлова Л.Г.</i>	
4.2.1. Подготовка к трансъюгулярному внутрипеченочному портосистемному шунтированию	67
<i>Бухтояров А.Ю., Оганесян О.А., Никитин С.П., Измайлова Л.Г.</i>	
4.2.2. Техника операции трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования	69
<i>Хоронько Ю.В., Бухтояров А.Ю., Оганесян О.А., Никитин С.П.</i>	
4.2.3. Результаты операции трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования	76
<i>Бухтояров А.Ю., Оганесян О.А., Никитин С.П.</i>	
4.2.4. Мультидисциплинарный подход к ведению пациентов в периоперационном периоде	77
<i>Мурашко Д.С., Усова О.А., Измайлова Л.Г., Корочанская Н.В.</i>	
5. Трансплантация печени в условиях многопрофильной клиники	80
<i>Дурлештер В.М., Марков П.В., Мурашко Д.С., Серикова С.Н., Усова О.А.</i>	
5.1. Показания к проведению трансплантации печени	80
5.2. Противопоказания к проведению трансплантации печени	82
5.2.1. Абсолютные противопоказания к трансплантации	82
5.2.2. Относительные противопоказания к трансплантации	82
6. Особенности ведения пациентов с циррозом печени и COVID-19	89
<i>Усова О.А., Игнатенко М.Ю., Червяков С.В., Усова Е.Е.</i>	
7. Мультидисциплинарный подход к ведению пациентов с циррозом печени на амбулаторном и стационарном этапах	99
<i>Дурлештер В.М., Габриэль С.А., Корочанская Н.В., Ковалевская О.В.</i>	
Заключение	102
<i>Дурлештер В.М., Корочанская Н.В.</i>	
Список литературы	104

Были выявлены и проанализированы системные ошибки в тактике ведения этой группы больных (табл. 4-6).

Таблица 4. Особенности диспансерного наблюдения больных с циррозом печени

Критерии качества диспансерного наблюдения	Пациенты с циррозом печени ($n = 523$)	
	n	%
Умерли на дому	89	17,1
Умерли в стационаре	434	82,9
Диагноз поставлен более чем за год до смерти	345	66,0
Диагноз выставлен в течение года, предшествующего смерти	178	34,0
Состояли на диспансерном учете у терапевта	386	73,8
Состояли на диспансерном учете у нарколога	56	10,7
Состояли на диспансерном учете у инфекциониста	67	12,8
Проведена оценка нутритивного статуса	89	17,0
Предложены адекватные рекомендации по характеру питания	78	14,9
Предложены адекватные рекомендации по физическим нагрузкам	21	4,0

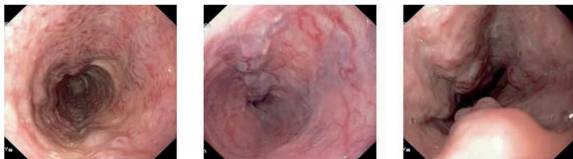
Из данных табл. 4 следует, что у 345 (66,0 %) пациентов диагноз ЦП был поставлен более чем за год до смерти на стадии компенсации и субкомпенсации заболевания. Медиана выживаемости в этой группе пациентов составила 3,4 года. К сожалению, у 178 человек (34,0 %) диагноз ЦП был установлен в течение года, предшествующего летальному исходу, в большинстве случаев на стадии декомпенсации. Медиана выживаемости составила 2,3 мес. Большинство — 386 пациентов (73,8 %) — состояли на диспансерном учете у терапевта и только 12,8 % — у врача-инфекциониста и 10,7 % — у нарколога. Тревожным остается факт, что 17,1 % пациентов с ЦП умерли на дому.

Анализ допущенных ошибок в диспансерном наблюдении пациентов с ЦП в поликлиниках показал, что только у 89 (17,0 %) человек был адекватно оценен

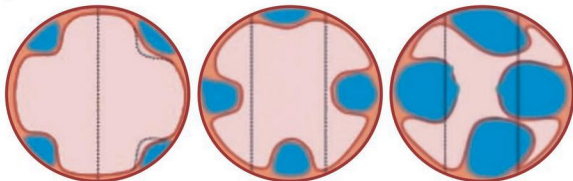
Окончание табл. 10

Показатель, n (%)	Число пациентов		p
	до посещения школы	регулярно посещающих школу	
Асцит:			
■ отсутствует	33 (51,6)	39 (60,9)	> 0,05
■ 1-й степени	15 (23,4)	19 (29,7)	> 0,05
■ 2-й степени	9 (14,1)	1 (1,6)	< 0,05
■ 3-й степени	5 (7,8)	2 (3,1)	> 0,05
■ резистентный асцит	2 (3,1)	3 (4,7)	> 0,05
Частота госпитализаций в стационар:			
■ один раз в год	16 (25,0)	29 (45,3)	< 0,05
■ два-три раза в год	25 (39,1)	20 (31,3)	> 0,05
■ четыре раза в год и чаще	23 (35,9)	15 (23,4)	> 0,05
Развившиеся кровотечения из ВРВП в течение года	9 (14,1)	7 (10,9)	> 0,05
Оценивали свои знания относительно течения заболевания как:			
■ недостаточные	42 (65,6)	19 (29,7)	< 0,05
■ достаточные	22 (34,4)	45 (70,3)	< 0,05
Оценивали свои знания по питанию как:			
■ недостаточные	35 (54,7)	30 (46,9)	> 0,05
■ достаточные	29 (45,3)	34 (53,1)	> 0,05
Оценивали свои знания медикаментозной терапии как:			
■ недостаточные	29 (45,3)	12 (18,8)	< 0,05
■ достаточные	35 (54,7)	52 (81,2)	< 0,05
Приверженность пациентов лечению согласно шкале Мориски—Грина:			
■ комплаентные	23 (35,9)	37 (57,9)	< 0,05
■ группа риска	12 (18,8)	14 (21,9)	> 0,05
■ некомплаентные	29 (45,3)	13 (20,3)	< 0,05

Из данных табл. 10 видно, что посещение школы для пациентов с ЦП в течение года способствовало стабилизации и в ряде случаев улучшению течения заболевания. В результате достоверно увеличилось число комплаентных пациентов (на 22,0 %), больных без ПЭ (на 18,8 %), госпитализирующихся в профильный



а



1-я степень —
диаметр вен до 5 мм,
прямые, в н/3

2-я степень —
диаметр вен 5–10 мм,
извитые, от ср/3

3-я степень —
диаметр вен > 10 мм,
извитые, напряженные,
наличие «стигм»

б

Рис. 1. Классификация варикозно расширенных вен пищевода по *N. Soehendra et al.* (1997)

В 1995 г. на ежегодном съезде Американского колледжа гастроэнтерологов было представлено многозарядное устройство для эндоскопического лигирования варикозно расширенных вен пищевода, которое получило название «ШестистрелСвида».

Механизм лечебного воздействия эндоскопического лигирования основан на странгуляции варикозных узлов О-образными лигатурами. В случае применения прицельного лигирования ВРВП кровотока в них прекращается. При этом в лигатуру захватываются перивазальные ткани, что является причиной их асептического воспаления, язвообразования, рубцевания и последующего усиления соединительнотканного каркаса подслизистого слоя.

Несмотря на широкий ассортимент принцип действия лигирующих устройств одинаков. Лигатор представляет собой пластиковый цилиндр с предзаряженными на нем эластичными кольцами. Он одевается на дистальный конец эндоскопа (рис. 2). Цилиндр посредством нити соединяется через биопсийный канал эндоскопа с рукояткой тракционного механизма, благодаря вращению которого осуществляется поочередное высвобождение предзаряженных колец. Эндоскоп



Рис. 2. Лигирующее устройство в собранном виде

с лигирующим устройством вводится в пищевод, далее подводится к наиболее проблемному участку варикозно измененной вены (рис. 3).

С помощью аспиратора в полости колпачка создается отрицательное давление. При этом вена вместе с прилегающей к ней слизистой оболочкой засасывается в него. Всасывание должно проводиться до превращения поля зрения в «Красное



а



б

Рис. 3. Визуализация варикозно расширенных вен пищевода через колпачок лигирующего устройства



Рис. 8. Лигаторы для проведения эндоскопического лигирования варикозно расширенных вен пищевода

а — Лигатор компании CookMedical (США) трех видов: 4-зарядный, 6-зарядный и 10-зарядный, что позволяет подобрать наиболее подходящее устройство в зависимости от степени ВРВП и необходимого количество латексных колец; **б** — Лигатор компании G-Flex (США); **в** — Семизарядный лигатор компании Boston Scientific (США); особенностью которого является метка на рукоятке, позволяющая точно определить момент сбрасывания кольца на узел; **г** — Семизарядный лигатор компании Endo Stars (Россия)

Хирургическое лечение цирроза печени

Мультидисциплинарный подход

Под редакцией В. М. Дурлештера, Н. В. Корочанской

