

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА**

**САВР БОРИСОВИЧ САНГАДЖИЕВ**, канд. мед. наук, врач-хирург отделения хирургии ГАУЗ «Межрегиональный клиничко-диагностический центр» Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Казань, Россия  
тел. 8-927-404-40-30, e-mail: savrsan@mail.ru

**АСКАР ФАЙРУЗОВИЧ ЯКУПОВ**, канд. мед. наук, врач-хирург отделения хирургии ГАУЗ «Межрегиональный клиничко-диагностический центр» Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Казань, Россия  
тел. 8-927-037-28-82, e-mail: askar1906@mail.ru

**РАИС РОБЕРТОВИЧ МУСТАФИН**, канд. мед. наук, зав. приемным отделением ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани, ассистент кафедры скорой медицинской помощи ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, тел. 8-927-240-93-02, e-mail: rai-mustafin@yandex.ru

**АНДРЕЙ ЮРЬЕВИЧ АНИСИМОВ**, докт. мед. наук, профессор кафедры скорой медицинской помощи ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, главный внештатный специалист-хирург Министерства здравоохранения Республики Татарстан, зам. главного врача по медицинской части ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани, e-mail: aanisimovbsmp@yandex.ru

**Реферат.** В основу работы положен анализ результатов лечения 105 больных циррозом печени с синдромом внутривенной портальной гипертензии за период с 1999 по 2012 г. В 1-ю группу (сравнения) вошли 77 больных с циррозом печени (ЦП), осложненным кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ), лечебная программа которых предусматривала выжидательную консервативную тактику с использованием хирургических методов только в качестве «операции отчаяния». Во 2-ю группу (основная) — 28 больных с ЦП, осложненным кровотечением из ВРВПЖ, комплексная лечебная программа которых предусматривала активную хирургическую тактику с использованием усовершенствованной операции М.Д. Пациора. Местные осложнения, связанные с инфекционным процессом в мягких тканях брюшной стенки, развились у 5 (6,5% наблюдений) больных в группе сравнения и у 1 (3,6% наблюдений) в основной группе. У 35 (46,7% наблюдений) пациентов группы сравнения и 2 (7,1% наблюдений) основной было сочетание как местных, так и общих осложнений. Использование предлагаемой активной хирургической тактики позволяет уменьшить общее количество осложнений с 97,4 до 25,0%, частоту развития печеночной недостаточности — с 16,9 до 14,3%, снизить послеоперационную летальность с 100 до 35,7%, госпитальную летальность с 76,6 до 35,7%.

**Ключевые слова:** цирроз печени, кровотечение.

## **EXPERIENCE OF TREATING PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS WITH BLEEDING VARICES ESOPHAGUS AND THE STOMACH**

**SAVR B. SANGADZHIYEV**, the candidate of medical sciences, the doctor the surgeon of office of surgery of GAUZ «Interregional Clinic Diagnostic Center» of Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, Kazan, 8-927-404-40-30, e-mail: savrsan@mail.ru

**ASKAR F. YAKUPOV**, the candidate of medical sciences, the doctor the surgeon of office of surgery of GAUZ «Interregional Clinic Diagnostic Center» of Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, Kazan, 8-927-037-28-82, e-mail: askar1906@mail.ru

**RAIS R. MUSTAFIN**, the candidate of medical sciences, the manager of a reception of GAUZ «City Clinical Hospital № 7» of Kazan, the assistant to chair of an emergency medical service of GBOU DPO «Kazan State Medical Academy» of Ministry of Health of the Russian Federation, 8-927-240-93-02, e-mail: rai-mustafin@yandex.ru

**ANDREY YU. ANISIMOV**, the doctor of medical sciences, the professor, the chief non-staff specialist the surgeon of Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, the deputy chief physician by medical part of GAUZ «City Clinical Hospital № 7» of Kazan, the professor of chair of an emergency medical service of GBOU DPO «Kazan State Medical Academy» of Ministry of Health of the Russian Federation, Kazan, e-mail: aanisimovbsmp@yandex.ru

**Abstract.** Group I (comparison) — 77 in patients with liver cirrhosis (LC), complicated by bleeding from esophageal varices and gastric (VRVPZH) treatment program that included a waiting conservative tactics using surgical methods only as the «operation of despair». Group II (basic) — 28 patients with liver cirrhosis complicated by bleeding from VRVPZH, a comprehensive treatment program that included an active surgical approach using an improved operation, MD Patsiora. Using the proposed active surgical approach to reduce the total number of complications from 97,4% to 25,0%, the incidence of liver failure — from 16,9% to 14,3%, lower postoperative mortality from 100% to 35,7%, in-hospital mortality from 76,6% to 35,7%.

**Key words:** cirrhosis of the liver, bleeding.

**Введение.** Ахиллесовой пятой современной хирургической гепатологии является лечение больных циррозом печени (ЦП) в момент остро возникшего пищеводно-желудочного кровотечения [1, 7, 15].

Затруднение тока крови в системе воротной вены у больных ЦП в 25—35% случаев приводит к кровотечениям из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) [11].

В Республике Татарстан с числом населения 3 млн 779,3 тыс. человек удельный вес желудочно-кишечных кровотечений в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости составляет 6,8%, уступая лишь острому аппендициту (42,9%), острому холециститу (18,6%), острому панкреатиту (17,1%). Причем 20—25% от числа больных с желудочно-кишечным кровотечением составляют пациенты с пищеводно-желудочным кровотечением портального генеза [8].

Кровотечения из ВРВПЖ у больных ЦП отличаются особой тяжестью клинических проявлений, серьезными последствиями и высокой вероятностью летального исхода [12]. Риск возникновения кровотечения в первые два года после постановки диагноза составляет 30%. Летальность при первом пищеводно-желудочном кровотечении достигает 50%. Еще более пессимистичным выглядит прогноз для пациентов, перенесших кровотечения из ВРВПЖ в прошлом. В течение первого года у 60% из них возникает рецидив. От него погибает еще 70—80% больных [3].

Оценка тенденции показателя смертности в различных возрастных группах населения Республики Татарстан показала ее выраженный рост у всех пациентов с алкогольным ЦП (от +5,2% в группе от 30 до 39 лет, до +11,14% в группе старше 70 лет).

У пациентов с вирусным ЦП в целом по группе отмечена умеренная тенденция к росту показателя смертности (от +1,5% в группе от 60 до 69 лет до +10,58% в группе от 20 до 29 лет). Однако в наиболее трудоспособных возрастных группах имеет место выраженная тенденция к росту показателя смертности (от +7,2% в группе от 30 до 39 лет и +10,58% в группе от 20 до 29 лет).

Таким образом, кровотечения из ВРВПЖ являются основным, но, как правило, запоздалым показанием к хирургическому лечению синдрома ПГ при ЦП [4, 19].

Данные мировой литературы свидетельствуют о различных подходах к лечению острых кровотечений из ВРВПЖ у больных ЦП. Так, одни авторы отдают предпочтение эндоскопическим методам гемостаза [6, 16], другие — использованию медикаментозных препаратов соматостатина или сандостатина [18], третьи — эндоваскулярной эмболизации варикозных вен желудка [2].

По-прежнему широко используются экстренные оперативные вмешательства, среди которых как различные виды портокавальных анастомозов [10, 20], так и прямые вмешательства на венах эзофагокардиальной области [5, 9, 14, 17].

Таким образом, сегодня абсолютно ясно, что больного ЦП на высоте кровотечения из ВРВПЖ нельзя лечить шаблонно. Однако единой программы лечения подобных больных до сих пор не выработано. Приведенный в отдельных работах алгоритм лечебных действий при кровотечениях из ВРВПЖ дискутабелен

прежде всего в аспекте очередности и объема гемостатических пособий. В связи с этим улучшение результатов лечения больных ЦП с острыми кровотечениями из ВРВПЖ, связанное как с дальнейшим совершенствованием методик гемостаза и их рационального сочетания, так и с усовершенствованием лечебной программы в целом, включающей в себя раннее оперативное вмешательство и адекватные меры по коррекции нарушенных функций большого организма, являются исключительно актуальными.

**Цель работы** — улучшение результатов хирургического лечения больных циррозом печени, осложненным кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, путем применения новых тактических принципов и современных методов оперативных вмешательств.

**Материал и методы.** В основу работы положен анализ результатов лечения 105 больных ЦП с синдромом внутривенечной ПГ за период с 1999 по 2012 г.

Первую исследуемую клиническую группу сравнения составили 77 больных с ЦП, осложненным кровотечением из ВРВПЖ, лечебная программа которых предусматривала выжидательную консервативную тактику с использованием хирургических методов только в качестве «операции отчаяния».

Во вторую (основную) исследуемую клиническую группу вошли 28 больных с ЦП, осложненным кровотечением из ВРВПЖ, комплексная лечебная программа которых предусматривала активную хирургическую тактику с использованием усовершенствованной операции М.Д. Пациора.

Из них мужчин было 68 (64,8%), женщин — 37 (35,2%). В возрасте от 15 до 39 лет было 49 (46,7%), от 40 до 59 лет — 41 (39,0%), от 60 и старше — 15 (14,3%) больных. Таким образом, среди наблюдаемых нами пациентов преобладали лица молодого и среднего, т.е. трудоспособного, возраста.

Среди этиологических факторов ЦП у 27 (25,7% наблюдений) из 105 больных было выявлено алкогольное поражение печени, у 23 (21,9% наблюдений) — вирусный гепатит С, у 22 (21% наблюдений) — вирусный гепатит В, у 15 (14,3% наблюдений) — поражение печени гепатотоксичными соединениями, у 18 (17,1%) — ЦП неуточненной этиологии.

Тяжесть кровопотери оценивали по классификации А.И. Горбашко (1974). У 22 (21,0% наблюдений) человек была кровопотеря легкой, у 48 (45,7% наблюдений) человек была кровопотеря средней и у 35 (33,3% наблюдений) человек была кровопотеря тяжелой степени. На тяжесть состояния больных оказывала влияние поздняя обращаемость за медицинской помощью. В первые 24 ч от начала заболевания в хирургический стационар поступили 29 (27,6% наблюдений) человек. От 24 до 72 ч были доставлены 51 (48,6% наблюдений), в более поздние сроки — 25 (23,8% наблюдений) пациентов.

Тяжесть заболевания больных ЦП находилась в прямой зависимости от активности патологического процесса. У 60 (57,1% наблюдений) пациентов была диагностирована гиперферментемия (по Reitman, Frankel) средней степени, у 45 (42,9% наблюдений) — гиперферментемия высокой степени.

Концентрация билирубина в плазме крови у 12 (11,4% наблюдений) пациентов не превышала 25 ммоль/л, у 52 (49,5% наблюдений) она составила

от 25 до 50 ммоль/л и у 41 (39,1% наблюдений) превысила 50 ммоль/л.

Концентрация альбумина в плазме крови превышала 35 г/л у 12 (11,4% наблюдений), находилась в промежутке от 30 до 35 г/л у 32 (30,5% наблюдений) и была ниже 30 г/л у 61 (58,1% наблюдений) больного.

Протромбиновый индекс у 14 (13,3% наблюдений) человек составил от 80 до 100%, у 54 (51,4% наблюдений) — от 79 до 60%, у 37 (35,3% наблюдений) — менее 60%.

У 99 (94,3% наблюдений) пациентов при объективном исследовании была обнаружена жидкость в брюшной полости. У 34 (34,3% наблюдений) из них асцит носил транзиторный характер и легко контролировался назначением диуретиков. У 65 (65,7% наблюдений) больных асцит был диуретикорезистентным.

Все пациенты имели психоневрологические нарушения. У 14 (13,3% наблюдений) больных с помощью теста связи чисел выявлена латентная форма энцефалопатии. У 91 (86,7% наблюдений) печеночная энцефалопатия проявлялась клинически, в том числе у 41 (39,1% наблюдений) — I степени, у 36 (34,3% наблюдений) — II степени, у 14 (13,3% наблюдений) — III степени.

По критериям Чайлда—Пью (1973) все больные были разделены на три прогностические группы. В класс А (компенсированный ЦП) вошли 10 (9,5% наблюдений), в класс В (субкомпенсированный ЦП) — 44 (41,9% наблюдений) и в класс С (декомпенсированный ЦП) — 51 (48,6% наблюдений) пациент.

Всем больным с ЖКК по экстренным показаниям была выполнена ЭГДС. У 77 (73,3% наблюдений) больных со стабильными показателями центральной гемодинамики и сохраненным сознанием исследование проводили в эндоскопическом кабинете хирургического отделения. 28 (26,7% наблюдений) больным с нестабильной гемодинамикой, срыгиванием свежей крови и неадекватным поведением ЭГДС на фоне интенсивных реанимационных мероприятий выполняли непосредственно в операционной.

У 76 (72,4% наблюдений) больных с пищеводно-желудочным кровотечением во время ЭГДС были обнаружены ВРВП, у 29 (27,6% наблюдений) — ВРВП и кардиального отдела желудка. Из 76 больных с ВРВП у 65 (85,5% наблюдений) они локализовались в нижней трети пищевода, у 11 (14,5% наблюдений) — в нижней и средней его трети. У 30 (28,6% наблюдений) больных была обнаружена II, а у 75 (71,4% наблюдений) — III степень выраженности ВРВП по А.Г. Шерцингеру (1986).

Локализация источника кровотечения во время проведения экстренной ЭГДС была установлена у 67 (63,8% наблюдений) больных. Это были эрозии слизистой оболочки, перфорировавшие стенку ВРВ. Последняя была расположена у 54 (80,6% наблюдений) пациентов в дистальной трети пищевода, у 13 (19,4% наблюдений) — в области кардиального отдела желудка. У 38 (36,2% наблюдений) больных имели место эндоскопические признаки состоявшегося кровотечения, однако установить точно локализацию его источника не удалось.

При проведении УЗИ печеночной паренхимы у 41 (39,1% наблюдений) пациента размеры печени были увеличены, у 16 (15,2% наблюдений) — уменьшены,

у 48 (45,7% наблюдений) не выходили за пределы возрастной нормы. У 18 (17,1% наблюдений) больных обнаружена деформация контуров печени. У 96 (91,4% наблюдений) выявлено обеднение сосудистого рисунка паренхимы печени с диффузным расположением в ней экоструктур различной плотности и размеров. У 85 (81,0% наблюдений) больных селезенка была увеличена в размерах. Структура ее имела неоднородный характер за счет диффузного или очагового уплотнения паренхимы.

У 33 (33,3% наблюдений) из 99 больных транссудат в брюшной полости определялся в виде экосвободной зоны в подпеченочном пространстве. У 63 (63,6% наблюдений) асцитическая жидкость занимала всю брюшную полость. У 3 (3,1% наблюдений) человек асцит, не выявленный при клиническом обследовании, был обнаружен сонографически.

У всех больных было выявлено расширение воротной и селезеночной вен.

Статистическую обработку результатов исследования проводили методом вариационной статистики путем расчета средней арифметической (М), среднеквадратичного отклонения ( $\sigma$ ) и средней ошибки (m). Достоверность различий показателей оценивали по коэффициенту Стьюдента [13].

**Результаты и их обсуждение.** У всех больных лечебные мероприятия начинали с установки зонда-обтуратора Сенгстака—Блэкмора, рассматривая его как обязательный механический фактор для достижения гемостаза. Сроки нахождения зонда-обтуратора у больных группы сравнения выбирали произвольно. При этом длительность пребывания составила (3,5±1,5) сут. У больных основной группы сроки зависели от степени компенсации цирроза печени и составили в классе А (12±2,0) ч, в классе В (18±6,0) ч, в классе С (70±2,5) ч.

13 (16,9% наблюдений) пациентам группы сравнения было выполнено прошивание варикозно расширенных вен пищевода и желудка в качестве «операции отчаяния», когда не оставалось никакой надежды на консервативный гемостаз, а тяжесть состояния прогрессивно нарастала. Три пациента из 13 были прооперированы через 3, шесть через 5 и четыре через 7 сут с момента поступления в стационар. Все эти больные имели кровопотерю тяжелой степени, более 4 рецидивов кровотечения в анамнезе, высокую степень гиперферментемии. На фоне длительного консервативного лечения, рецидивов кровотечения и позднего оперативного пособия у всех этих пациентов мы наблюдали прогрессирование декомпенсации функции печени. Именно поэтому все оперированные в группе сравнения пациенты имели декомпенсированный (класс С) цирроз печени и III степень варикозно расширенных вен пищевода и желудка по А.Г. Шерцингеру.

В основной группе все 28 (100% наблюдений) пациентов были оперированы как можно раньше, до наступления декомпенсации функции печени. В том числе семь человек прооперированы через 12, двенадцать — через 24 и девять через 48 ч от момента поступления в хирургический стационар.

Анализ ближайших результатов лечения больных циррозом печени с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода и желудка под влиянием различных вариантов лечебной программы показал, что в группе сравнения осложнения возникли у 75 (97,4%

наблюдений), а в основной у 7 (25,0% наблюдений) пациентов. У 24 (31,2% наблюдений) больных группы сравнения, несмотря на проводимую медикаментозную гемостатическую терапию, после удаления зонда-обтуратора наступил рецидив пищеводно-желудочного кровотечения. Это привело к прогрессированию печеночной недостаточности и переходу цирроза печени из субкомпенсированного (класс В) в декомпенсированный (класс С).

У больных основной группы рецидив кровотечения в послеоперационном периоде возник у 2 (7,1% наблюдений) пациентов. Его причиной были острые язвы желудка на фоне общего тяжелого состояния. Печеночная недостаточность в группе сравнения прогрессировала у 69 (89,6% наблюдений), а в основной группе — у 10 (35,7% наблюдений) человек. Местные осложнения, связанные с инфекционным процессом в мягких тканях брюшной стенки, развились у 5 (6,5% наблюдений) больных в группе сравнения и у 1 (3,6% наблюдений) в основной группе. У 35 (46,7% наблюдений) пациентов группы сравнения и у 2 (7,1% наблюдений) основной было сочетание как местных, так и общих осложнений.

Таким образом, выжидательная консервативная тактика у больных циррозом печени, осложненным пищеводно-желудочным кровотечением, не позволяет избежать большого количества осложнений и существенно уменьшить показатели летальности.

Включение в лечебную программу больных компенсированным (класс А) и субкомпенсированным (класс В) циррозом печени, осложненным кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, активной хирургической тактики эффективно уменьшает число послеоперационных осложнений, сокращает сроки стационарного лечения и летальность.

У больных декомпенсированным (класс С) циррозом печени операционный риск летального исхода от полиорганной недостаточности очень высок. В связи с этим при наличии симптомов декомпенсации функции печени от операции следует воздержаться.

Послеоперационная летальность в группе сравнения составила 100% (13 пациентов), в основной — 35,7% (10 пациентов). Госпитальная летальность в группе сравнения составила 76,6% (класс А — 0%, класс В — 30,5%, класс С — 69,5%), в основной — 35,7% (0%; 0%; 35,7% соответственно).

Длительность лечения больных с благоприятным исходом в группе сравнения составила в классе А — (18,1±3,0) сут, в классе В — (22,0±2,0) сут, в основной группе (13,0±2,0) и (17,25±1,0) сут соответственно.

Итак, наш клинический опыт свидетельствует о том, что активная хирургическая тактика с использованием усовершенствованного варианта операции М.Д. Пациора позволяет достичь стойкой ремиссии гастроэзофагеального кровотечения как основного симптома болезни.

Таким образом, ни в коей мере не претендуя на абсолютную завершенность, мы надеемся, что результаты проведенного исследования окажутся полезными практическим хирургам и помогут наметить пути для дальнейшего прогресса этого направления хирургической гепатологии.

#### **Заключение**

1. Выжидательная консервативная тактика у больных циррозом печени, осложненным пищеводно-

желудочным кровотечением, не позволяет избежать большого количества осложнений и существенно уменьшить показатели летальности.

2. Включение в лечебную программу больных компенсированным (класс А) и субкомпенсированным (класс В) циррозом печени, осложненным кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, предлагаемой активной хирургической тактики позволяет уменьшить общее количество осложнений с 97,4 до 25,0%, в том числе число рецидивов кровотечений — с 12,9 до 7,1%, частоту развития печеночной недостаточности — с 16,9 до 14,3%, нагноений срединной раны — с 6,5 до 3,6%, снизить послеоперационную летальность с 100 до 35,7%, госпитальную летальность — с 76,6 до 35,7%, сократить сроки стационарного лечения у пациентов с благоприятным исходом в классе А с (18,1±3,0) до (13,0±2,0) сут, в классе В — с (22,0±2,0) до (17,25±1,0) сут.

3. У больных декомпенсированным (класс С) циррозом печени операционный риск летального исхода от полиорганной недостаточности очень высок. В связи с этим при наличии симптомов декомпенсации функции печени от операции следует воздержаться.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Борисов, А.Е. Кровотечения портального генеза / А.Е. Борисов, М.И. Кузьмин-Крутецкий, В.А. Кащенко [и др.]. — СПб., 2001. — 149 с.
2. Боур, А.В. Сочетанное применение эндоваскулярной эмболизации и эндоскопического склерозирования вен пищевода и желудка у больных портальной гипертензией / А.В. Боур, А.Г. Шерцингер, В.А. Черкасов, А.К. Ерамишанцев // *Анналы хирургической гепатологии*. — 1999. — Т. 4, № 1. — С.17—21.
3. Ерамишанцев, А.К. Диагностическая и лечебная тактика при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка / А.К. Ерамишанцев, А.Г. Шерцингер, В.М. Лебезев, Е.А. Киценко [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. — 1996. — Т. 1, № 1. — С.52—54.
4. Ерамишанцев, А.К. Эволюция хирургии синдрома портальной гипертензии / А.К. Ерамишанцев // *Вестник РНЦХ РАМН*. — 2002. — № 15. — С.56—61.
5. Ерамишанцев, А.К. Портокавальное шунтирование или прошивание варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Что выбрать? / А.К. Ерамишанцев, Р.А. Мусин, Е.Д. Любимый // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2005. — Т. 10, № 2. — С.76.
6. Жигалова, С.Б. Эндоскопическое склерозирование и эндоваскулярная эмболизация в комплексном лечении кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных с портальной гипертензией: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.Б. Жигалова. — М., 1993. — 20 с.
7. Зубарев, П.Н. Хирургическая тактика при пищеводно-желудочных кровотечениях у больных циррозом печени / П.Н. Зубарев, Б.Н. Котив, И.И. Дзидзава [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2005. — Т. 10, № 2. — С.78.
8. Зыятдинов, К.Ш. Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2001—2005 годы): учеб.-метод. пособие / Казан. гос. мед. акад., Респуб. мед. информ.-аналит. центр МЗ РТ; К.Ш. Зыятдинов, А.А. Гильманов, В.Г. Шерпутовский [и др.]; под ред. И.Г. Низамова. — Казань, 2006. — 276 с.
9. Киценко, Е.А. Результаты операции М.Д. Пациора у больных циррозом печени и портальной гипертензией / Е.А. Ки-

- ценко, Е.К. Заворотная, И.Ч. Абдуллаев // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2005. — Т. 10, № 2. — С.80.
10. *Котив, Б.Н.* Портокавальное шунтирование. Проблемы и перспективы / Б.Н. Котив, И.И. Дзидзава, С.А. Алентьев // *Первая международная конференция по торако-абдоминальной хирургии*. — М., 2008. — С.179.
  11. *Назыров, Ф.Г.* Хирургия портальной гипертензии у больных циррозом печени в Центрально-Азиатском регионе / Ф.Г. Назыров, Х.А. Акилов, А.В. Девятков // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2003. — Т. 8, № 1. — С.19—28.
  12. *Пацiora, М.Д.* Хирургия портальной гипертензии / М.Д. Пацiora. — 2-е изд., доп. — Ташкент, 1984. — 319 с.
  13. *Реброва, О.Ю.* Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. — М.: Медиа Сфера, 2006. — 305 с.
  14. *Шерцингер, А.Г.* Ближайшие и отдаленные результаты прошивания варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных с портальной гипертензией / А.Г. Шерцингер, Е.А. Киценко // *Анналы хирургической гепатологии*. — 1998. — Т. 3, № 3. — С.172—182.
  15. *Шерцингер, А.Г.* Тактика при острых кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка / А.Г. Шерцингер // *Российский гастроэнтерологический журнал*. — 2001. — № 3. — С.40—42.
  16. *Шерцингер, А.Г.* Тактика лечения пищеводно-желудочных кровотечений у больных с портальной гипертензией / А.Г. Шерцингер, С.Б. Жигалова, З.Ш. Маргиани, А.Б. Гамидов // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2005. — Т. 10, № 2. — С.93.
  17. *Idezuki, Y.* Sugiura Procedure for Management of Variceal Bleeding in Japan / Y. Idezuki, N. Kokudo, K. Sanjo [et al.] // *World J. Surg.* — 1994. — P.216.
  18. *Jenkins, S.A.* Somatostatin in acute bleeding esophageal varices / S.A. Jenkins // *Drugs*. — 2000. — Vol. 44, № 12. — P.36—55.
  19. *Rikkers, L.F.* Surgical Management of Acute Variceal Hemorrhage / L.F. Rikkers, G. Jin // *World J. Surg.* — 1994. — P.193.
  20. *Warren, W.D.* Recent Advances in the Management of Variceal Bleeding / W.D. Warren, J.B. Whilfhead // *Jap. J. Surg.* — 1986. — P.77.
- REFERENCES**
1. *Borisov, A.E.* Krovotечeniya portal'nogo geneza / A.E. Borisov, M.I. Kuz'min-Kruteckii, V.A. Kaschenko [i dr.]. — SPb., 2001. — 149 s.
  2. *Bour, A.V.* Cochetannoe primeneniye endovaskulyarnoi embolizatsii i endoskopicheskogo sklerozirovaniya ven pischevoda i zheludka u bol'nyh portal'noi gipertenziei / A.V. Bour, A.G. SHercinger, V.A. CHerkasov, A.K. Eramishancev // *Annaly hirurgicheskoi gepatologii*. — 1999. — Т. 4, № 1. — С.17—21.
  3. *Eramishancev, A.K.* Diagnosticheskaya i lechebnaya taktika pri krovotечeniayah iz varikozno rasshirenyh ven pischevoda i zheludka / A.K. Eramishancev, A.G. SHercinger, V.M. Lebezev, E.A. Kicenکو [i dr.] // *Annaly hirurgicheskoi gepatologii*. — 1996. — Т. 1, № 1. — С.52—54.
  4. *Eramishancev, A.K.* Evolyuciya hirurgii sindroma portal'noi gipertenzii / A.K. Eramishancev // *Vestnik RNCH RAMN*. — 2002. — № 15. — С.56—61.
  5. *Eramishancev, A.K.* Portokaval'noe shuntirovaniye ili proshivaniye varikozno rasshirenyh ven pischevoda i zheludka. Chto vybrat'? / A.K. Eramishancev, R.A. Musin, E.D. Lyubiviy // *Annaly hirurgicheskoi gepatologii*. — 2005. — Т. 10, № 2. — С.76.
  6. *Zhigalova, S.B.* Endoskopicheskoye sklerozirovaniye i endovaskulyarnaya embolizatsiya v kompleksnom lechenii krovotечeniya iz varikozno rasshirenyh ven pischevoda i zheludka u bol'nyh s portal'noi gipertenziei: avtoref. dis. ... kand. med. nauk / S.B. Zhigalova. — M., 1993. — 20 s.
  7. *Zubarev, P.N.* Hirurgicheskaya taktika pri pischevodno-zheludochnyh krovotечeniayah u bol'nyh cirrozom pecheni / P.N. Zubarev, B.N. Kotiv, I.I. Dzidzava [i dr.] // *Annaly hirurgicheskoi gepatologii*. — 2005. — Т. 10, № 2. — С.78.
  8. *Zyyatdinov, K.Sh.* Statistika zdorov'ya naseleniya i zdavoohraneniya (po materialam Respubliki Tatarstan za 2001—2005 gody): ucheb.-metod. posobie / Kazan. gos. med. akad., Respub. med. inform.-analit. centr MZ RT; K.Sh. Zyyatdinov, A.A. Gil'manov, V.G. SHerputovskii [i dr.]; pod red. I.G. Nizamova. — Kazan', 2006. — 276 s.
  9. *Kicenکو, E.A.* Rezul'taty operatsii M.D. Paciory u bol'nyh cirrozom pecheni i portal'noi gipertenziei / E.A. Kicenکو, E.K. Zavorotnaya, I.CH. Abdullaev // *Annaly hirurgicheskoi gepatologii*. — 2005. — Т. 10, № 2. — С.80.
  10. *Kotiv, B.N.* Portokaval'noe shuntirovaniye. Problemy i perspektivy / B.N. Kotiv, I.I. Dzidzava, S.A. Alent'ev // *Pervaya mezhdunarodnaya konferenciya po torako-abdominal'noi hirurgii*. — M., 2008. — С.179.
  11. *Nazyrov, F.G.* Hirurgiya portal'noi gipertenzii u bol'nyh cirrozom pecheni v Central'no-Aziatskom regione / F.G. Nazyrov, X.A. Akilov, A.V. Devyatov // *Annaly hirurgicheskoi gepatologii*. — 2003. — Т. 8, № 1. — С.19—28.
  12. *Paciora, M.D.* Hirurgiya portal'noi gipertenzii / M.D. Paciora. — 2-е изд., доп. — Ташкент, 1984. — 319 с.
  13. *Rebrova, O.Yu.* Statisticheskii analiz medicinskih dannyh. Primeneniye paketa prikladnyh programm STATISTICA / O.Yu. Rebrova. — M.: Медиа Сфера, 2006. — 305 с.
  14. *Shercinger, A.G.* Blizhaishie i otdalennye rezul'taty proshivaniya varikozno rasshirenyh ven pischevoda i zheludka u bol'nyh s portal'noi gipertenziei / A.G. Shercinger, E.A. Kicenکو // *Annaly hirurgicheskoi gepatologii*. — 1998. — Т. 3, № 3. — С.172—182.
  15. *Shercinger, A.G.* Taktika pri ostryyh krovotечeniayah iz varikozno rasshirenyh ven pischevoda i zheludka / A.G. Shercinger // *Rossiiskii gastroenterologicheskii zhurnal*. — 2001. — № 3. — С.40—42.
  16. *Shercinger, A.G.* Taktika lecheniya pischevodno-zheludochnyh krovotечeniya u bol'nyh s portal'noi gipertenziei / A.G. SHercinger, S.B. Zhigalova, Z.Sh. Margiani, A.B. Gamidov // *Annaly hirurgicheskoi gepatologii*. — 2005. — Т. 10, № 2. — С.93.
  17. *Idezuki, Y.* Sugiura Procedure for Management of Variceal Bleeding in Japan / Y. Idezuki, N. Kokudo, K. Sanjo [et al.] // *World J. Surg.* — 1994. — P.216.
  18. *Jenkins, S.A.* Somatostatin in acute bleeding esophageal varices / S.A. Jenkins // *Drugs*. — 2000. — Vol. 44, № 12. — P.36—55.
  19. *Rikkers, L.F.* Surgical Management of Acute Variceal Hemorrhage / L.F. Rikkers, G. Jin // *World J. Surg.* — 1994. — P.193.
  20. *Warren, W.D.* Recent Advances in the Management of Variceal Bleeding / W.D. Warren, J.B. Whilfhead // *Jap. J. Surg.* — 1986. — P.77.