

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИГИРОВАНИЯ ВАРИКОЗНО - РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Уроков Ш.Т., Абидов У.У., Хайдаров А.А., Хаджаев К.Ш.

Бухарский государственный медицинский институт,
Бухарский филиал РНЦЭМП.

✓ Резюме,

В статье изложены современные представления об этиологии, патогенезе, классификации, методах диагностики кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка при портальной гипертензии. Подробно освещены вопросы влияния разниц давлений портального и системного кровотока на формирование расширения варикозных вен пищевода. Обобщен собственный клинический опыт лечения 256 пациентов с синдромом портальной гипертензии различного генеза, осложненный кровотечениями из варикозно-расширенных вен пищевода методом эндоскопического лигирования. Из 256 пациентов причиной портальной гипертензии у 4 пациентов был тромбоз воротной вены, у 252 - цирроз печени различной этиологии: класс В у 61 (23,8%) и класс С у 195 (76,2%) пациентов (шкала Child-Pugh). Лигирование применялось у 212 больных, у остальных 44 пациентов из-за плохой визуализации источника кровотечения использовали зонд-обтуратор Блекмора - Сенкстакена. Рецидив кровотечения первого этапа ЭЛ возник у 15(5,8%) больных через 1-2 месяца после вмешательства, что послужило показанием к проведению второго этапа эндоскопического лечения. В 10 случаях (3,9%) отмечались летальные исходы.

Ключевые слова: кровотечение, варикозное расширение вен пищевода и желудка, портальная гипертензия.

ПОРТАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯДА КЕНГАЙГАН ҚИЗИЛҮНГАЧ ВАРИКОЗ ВЕНАЛАРИДАН ҚОН КЕТИШДА ЭНДОСКОПИК БОЙЛАШ ТАЖРИБАСИ

Ўроқов Ш.Т., Абидов У.У., Хайдаров А.А., Хаджаев К.Ш.

Бухоро давлат тиббиёт институти,
Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали.

✓ Резюме,

Мақолада, портал гипертензияда қизилўнғач варикоз кенгайган веналардан қон кетиш этиологияси, патогенези, классификацияси, замонавий ташхисот ва даволаш усуллари берилган. Қизилўнғач веналари кенгайиши шаклланишида портал ва тизим қон айланишларидаги қон босимлари фарқи ўзгаришлари таъсири кенг ёритилган. Варикоз кенгайган қизилўнғач веналаридан қон кетишларни эндоскопик бойлаш усулидан фойдаланишдаги 256 беморлардаги хусусий натижалар ёритилган. Беморларнинг қизилўнғач кенгайган варикоз веналари сабаблари 4та беморда қонқа венаси тромбози, 252 беморда жигар циррози: Чайлд-Пью бўйича класс В 61(23,8%) беморда, класс С 195(76,2%). Умумий беморларнинг 212 тасида эндоскопик бойлаш амалга оширилган, 44 беморда қон кетиш интенсивлиги ва манба визуализацияси кийинлиги сабабли эндоскопик бойлашнинг иложи бўлмаган ва Блекмор-Сенкстакен обтуратор - зонди қўйилган. Биринчи этап эндоскопик бойлашдан кейинги 1-2 ичиди рецидив қон кетиш 15(5,8%) кузатилган, шу сабабли иккинчи этап эндоскопик бойлашга кўрсатма бўлган. Умумий беморларнинг 10 (3,9%) ҳолатда ўлим ҳолати кузатилган.

EXPERIENCE OF APPLICATION OF ENDOSCOPIC LIGATION OF VARICOSE-EXPANDED VEINS OF ESOPHAGUS IN TREATMENT OF COMPLICATIONS OF PORTAL HYPERTENSION

Urokov Sh.T., Abidov U.U., Haidarov A.A., Hajayev K.S.

Bukhara State Medical institute named after Abu Ali Ibn Sina,
Republican Science Center for Emergency Medical Care Bukhara filial.

✓ Resume,

In article modern ideas of an etiology, a pathogeny, classification, diagnostic methods of bleedings from varicose veins of a gullet and a stomach at portal hypertension are stated. Issues of influence of differences of pressure of a portal and system blood-groove upon forming of expansion of varicose veins of a gullet are in detail consecrated. Own clinical experience of treatment of 256 patients with a syndrome of portal hypertension of various genesis complicated by bleedings from varicose veins of a gullet by method of endoscopic alloying is generalized. From 256 patients thrombosis of a portal vein, at 252 - cirrhosis of various etiology was the cause of portal hypertension at 4 patients: class B at 61 (23.8%) and class C at 195 (76.2%) patients (Child-Pugh scale). Alloying was applied at 212 patients, at other 44 patients because of bad visualization of a bleeding point used Blackmore's probe obturator - Senkstakena. The recurrence of bleeding of the first stage EL arose at 15 (5.8%) patients in 1-2 months after intervention that served as the indication to carrying out the second stage of endoscopic treatment. In 10 cases (3.9%) lethal outcomes were noted.

Keywords: bleeding, varicosity of a gullet and stomach, portal hypertension.

Портальная гипертензия – синдром повышенного давления в системе воротной вены, вызванного нарушением кровотока в портальных сосудах, печеночных венах и нижней полой вене. В первую очередь к ним относятся циррозы печени различной этиологии и тромбоз воротной вены с кавернозной трансформацией. Опасность развития синдрома портальной гипертензии связана с возникновением целого ряда осложнений, несущих реальную угрозу для жизни больного, к которым относятся кровотечение из варикозно – расширенных вен пищевода и желудка, асцит и печеночная энцефалопатия. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода – завершающее звено в последовательности осложнений цирроза печени, вызванных прогрессирующим фиброзом ткани печени, блоком току крови через ее ткань, развитием синдрома портальной гипертензии, за которым следует сброс крови по путям коллатерального кровообращения, в том числе прогрессирующее расширение вен пищевода с последующим их разрывом.

Наиболее грозным является кровотечение из варикозно – расширенных вен пищевода и желудка, так как смертность от первого эпизода кровотечения по данным всемирного гастроэнтерологического общества (ВГО) составляет 50-70%. Еще 30-50% остальных пациентов впоследствии все равно умирают от рецидива кровотечения, так как в течении первых двух лет от момента первого эпизода геморагии кровотечения повторяется у 100% больных [10,15,16]. Угроза пищеводно-желудочного кровотечения является основным, но, как правило, запоздалым показанием к хирургическому лечению синдрома портальной гипертензии больных циррозом печени [3,4,5].

К настоящему времени накоплен существенный опыт ведения и лечения пациентов с кровотечениями из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка [1,2,3,4,6,7,8,18]. Сегодня усилия врачей направлены на предотвращение развития последовательных стадий портальной гипертензии и на поиск терапевтических и хирургических методов, позволяющих радикально уменьшить давление в системе воротной вены и таким образом предупредить риск развития кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода. Другой подход, это использование местной эндоскопической терапии варикозно-расширенных вен с целью профилактики их разрыва [1,6]. В настоящее время абсолютно очевиден жизнеугрожающий характер данного осложнения цирроза печени.

Варикозно-расширенные вены пищевода выявляются у 30-40% больных с компенсированным циррозом печени и у 60% с декомпенсированным циррозом на момент его диагностики [4, 9, 8, 11, 18]. Частота кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода составляет 4% в год. Риск увеличивается до 15% у пациентов с венами средних и крупных размеров [19].

Среди причин летальных исходов у взрослого населения цирроз печени и его осложнения занимают восьмое место. Основной причиной летальных исходов у больных циррозом печени является неизбежно развивающаяся при этой патологии портальная гипертензия и ее осложнения – кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка.

Патогенез. Портальная гипертензия приводит к формированию портосистемных коллатералей. Тем не менее, за счет повышенного сопротивления и увеличения объема поступающей портальной крови, эти коллатерали неспособны уменьшить гипертензию. Лучше всего портальная гипертензия оценивается (косвенно) с помощью измерения печеночного венозного давления заклинивания (ПВДЗ). Разница давлений в портальном и системном кровообращении (градиент печеночного венозного давления, ГПВД) для формирования варикозного расширения вен должна составлять 10 – 12 мм. рт. ст.

Нормальный ГПВД – 3 – 5 мм рт. ст. Однократные его измерения полезны для определения прогноза как при компенсированном, так и при декомпенсированном циррозе печени. Повторные измерения ГПВД служат для мониторингирования ответа на лекарственную терапию и прогрессирования заболевания печени [15].

Разрывы варикозных узлов при напряжении стенки очень велики. Вероятность того, что варикозный узел прорвется и начнет кровоточить возрастает при увеличении размера и диаметра узла, а также давления в нем, которое пропорционально ГПВД. Напротив, кровотечений из варикозных узлов нет, если ГПВД ниже 12 мм. рт. ст. Риск развития повторного кровотечения значительно снижается при уменьшении ГПВД более чем на 20% от начального уровня. Пациенты, у которых ГПВД снижается ниже 12 мм. рт. ст., или, по меньшей мере, на 20% от начального уровня, имеют более низкую вероятность развития повторного кровотечения из ВРВП, а также меньший риск развития асцита, спонтанного бактериального перитонита и летального исхода [15].

Хотя варикозные узлы могут формироваться в любой области желудочно-кишечного тракта, чаще всего они обнаруживаются в нескольких сантиметрах дистальной части пищевода. Приблизительно у 50% пациентов с циррозом печени имеются ВРВП. Варикозные узлы в желудке наблюдаются у 5 – 33% больных с портальной гипертензией [3,4,5,13,14].

По данным Всемирной гастроэнтерологической организации к моменту установления диагноза примерно у 30% больных с циррозом имеются ВРВП. Приблизительно через 10 лет количество этих пациентов достигает 90%.

При увеличении портального давления у пациента могут появляться маленькие варикозные узлы. Со временем, с усилением гипердинамического кровообращения кровоток через варикозные узлы возрастает, что повышает напряжение их стенки. Кровотечение происходит при разрыве стенки, когда внутреннее давление превышает максимальное ее напряжение. Если не происходит изменения напряжения стенки, существует риск повторного кровотечения.

В практических рекомендациях Всемирной гастроэнтерологической организации указана, что фармакотерапия соматостатином (аналогами) эффективна для прекращения кровотечения, по меньшей мере, временно у более 80% пациентов. Соматостатин может быть более эффективен, чем его аналог октреотид. Около 30% больных не отвечают на терапию β – блокаторами снижением ГВПД, несмотря на адекватную дозировку. Эта категория пациентов может быть выявлена только при использовании инвазивных методов определения ГПВД [15]. ВГО обобщая извест-

ные данные и опубликованы в существующих систематических обзорах рекомендаций, основанных на доказательствах и в результатах высококачественных исследований показали, что монотерапия нитратами не рекомендуется. Изосорбид 5-моонитрат снижает портальное давление, но его применение у пациентов с циррозом печени ограничивается его системными вазодилататорными эффектами, часто приводящими к дальнейшему снижению кровяного давления и потенциально к (преренальному) повреждению почечной функции. Комбинированная терапия приводит к синергическому эффекту в уменьшении портального давления. Изосорбид 5-моонитрат в сочетании с β -блокаторами показал дополнительную эффективность в снижении портального давления особенно у пациентов, не ответивших на монотерапию β -блокаторами. Тем не менее, этот положительный эффект может быть нивелирован отрицательным воздействием на функцию почек и показатель долгосрочной смертности, особенно у пациентов старше 50 лет. Следовательно, стандартное применение комбинированной терапии не рекомендуется [12].

Единой программы лечения синдрома портальной гипертензии до сих пор не выработано. Плохая переносимость больными циррозом печени обширных травматичных хирургических вмешательств привела к необходимости разработки и поиску рационального сочетания малоинвазивных вмешательств. Одним из приоритетных является метод эндоскопического лигирования (ЭЛ) варикозно - расширенных вен пищевода [7,12,18].

Неудовлетворительные результаты хирургического лечения у больных с угрозой портального кровотечения послужили толчком для развития малоинвазивных эндоскопических методик [7,18]. В своем сообщении мы хотим поделиться результатами эндоскопического лигирования варикозно-расширенных вен пищевода у 256 больных циррозом печени с развития портальной гипертензии, ВРВП осложненного кровотечением поступивших в Бухарский филиал РНЦЭМП.

Проанализирован опыт применения эндоскопического лечения пациентов, находившихся на лечении в Бухарском филиале РНЦЭМП с 2013-2018гг. Эндоскопическое лигирование варикозно - расширенных вен пищевода является малотравматичным и малоинвазивным вмешательством, позволяющим значительно снизить показатели летальности и улучшить качество жизни больных циррозом печени осложненной портальной гипертензией.

Цель исследования: показать роль эндоскопического лигирования (ЭЛ) в лечении кровотечений из варикозно - расширенных вен пищевода при urgentных ситуациях на базе Бухарского филиала РНЦЭМП.

Материал и методы

Наши данные основаны на опыте эндоскопического лечения 256 пациента с варикозным расширением вен пищевода за период с марта 2013 года по декабрь 2018 года. Возраст больных составлял от 18 до 83 лет, мужчин - 137 (53,5%), женщин - 119 (46,5%). Из 256 пациентов причиной портальной гипертензии у 4 пациентов был тромбоз воротной вены, у 252 - цирроз печени различной этиологии: класс В у 61 (23,8%) и класс С у 195 (76,2%) пациентов (шкала Child-Pugh).

В настоящее время ЭГДС является "золотым стандартом" как в диагностике ВРВ пищевода и желудка, так и в выборе лечебной тактики. Эндоскопическое исследование позволяет определить не только наличие, но и локализацию варикозных вен, оценить степень их расширения, состояние стенки вены, слизистой оболочки пищевода и желудка, выявить сопутствующую патологию, а также стигматы угрозы кровотечения.

Для определения степени варикозного расширения вен пищевода мы пользовались классификацией Шерцингера N. Soehendra et K. Binmoeller (1997) [4,5]:

I степень - диаметр вен до 3 мм;

II степень - диаметр вен 3-5 мм;

III степень - диаметр вен более 5 мм.

По локализации выделяют изолированное варикозное расширение вен пищевода (ограниченный варикоз средней и нижней трети пищевода или тотальный варикоз) и варикозное расширение вен желудка. При варикозном расширении вен желудка выделяют 4 типа вен: I тип - гастроэзофагеальные ВРВ с распространением на кардиальный и субкардиальный отделы малой кривизны желудка; II тип - гастроэзофагеальные ВРВ от эзофагокардиального перехода по большой кривизне по направлению к дну желудка; III тип - изолированные ВРВ желудка без ВРВ пищевода - варикозная трансформация вен фундального отдела желудка; IV тип - эктопические узлы тела, антрального отдела желудка, двенадцатиперстной кишки [5].

Определение напряжения варикозно-расширенных вен: вены при инсuffляции воздуха спадаются (не напряжены) - давление в портальной системе невысокое и риск развития кровотечения мал. Вены при инсuffляции не спадаются (напряжены) - давление в портальной системе высокое, соответственно высокий риск развития кровотечения.

В 1985 году первые Стигманном и Гоффом разработан и внедрён новый метод лечения ВРВ пищевода - эндоскопическое лигирование (ЭЛ) варикозных узлов латексными кольцами. Нами эндоскопические лигирование применялось пациентам, поступившим в клинику с острым массивным пищеводным кровотечением у 212 больных. У остальных 44 пациентов из-за плохой визуализации источника кровотечения использовали зонд-обтуратор Блекмора - Сенкстакена и госпитализировали в отделение реанимации и интенсивной терапии. После относительной стабилизации пациента на следующие сутки проводилась отсроченная эндоскопия с лигированием вен с приостановившемся кровотечением и вен у которых был риск кровотечения.

Суть ЭЛ состоит в том, что вены перевязывают с помощью небольших эластических (латексных) колец, при этом на каждую варикозно-расширенную вену накладывают 1-2 кольца. Первую лигатуру необходимо накладывать на источник кровотечения, а затем лигировать остальные ВРВ. Первые сутки после ЭЛ назначают голод, но больной может пить. Со вторых суток - питание по 1-му столу, избегая больших глотков. Пища должна быть прохладной, жидкой или протертой. При болях назначают альмагель А, содержащий анестезин. Целью данной манипуляции является полное спадение вен с дальнейшим их склерозированием.

При ведении пациентов с варикозным расшире-

нием вен ЖКТ и кровотечением возможны различные варианты лечения. Но ни один из них, за исключением эндоскопической терапии, не показал своего влияния на уровень смертности.

Эндоскоп с торцевой оптикой и прямым колпачком вводили в дистальный отдел пищевода, выявляли варикозно - расширенную вену и аспирировали её в просвет лигирующего устройства, затем, нажимая на присоединённый к нему проволочный рычаг, на вену надевали латексное кольцо. Процесс повторяли до полной перевязки всех варикозно-расширенных вен.

Основными причинами пищеводно-желудочных кровотечений при портальной гипертензии являются: гипертонический криз в портальной системе; трофические изменения слизистой пищевода и желудка вследствие нарушения гемодинамики и воздействия кислотно-пептического фактора; нарушения свертывающей системы.

Основными целями лечения являются: остановка кровотечения; возмещение кровопотери; лечение коагулопатии; предотвращение рецидивов кровотечения; предотвращение ухудшения функции печени и осложнений, обусловленных кровотечениями (инфекции, печеночная энцефалопатия и т.д.) [5, 6, 8, 9,10].

Лечение острого кровотечения из ВРВ (рекомендации Vavapo V). При восполнении ОЦК используют осторожное введение СЗП. Трансфузия эритроцитной массы для поддержания гемоглобина 80 г/л. Использование антибиотикотерапии для профилактики спонтанного бактериального перитонита. Профилактика печеночной энцефалопатии. Назначают неселективные бета-адреноблокаторы (пропранолол, надолол, анаприлин, атенолол и др.). Препарат назначают в дозе, снижающей частоту пульса в покое на 25%, либо при исходно низком пульсе, до 55 уд/мин.

Венозные вазодилататоры: нитроглицерин - периферический вазодилататор - снижает печеночный венозный градиент на 40 - 44% (перлинганит, изосорбид-5-монокитрат).

В качестве монотерапии нитраты используются редко и обычно применяются в комбинации с вазопрессором и его аналогами. Дозировка: 1,0 мл раствора нитроглицерина 1% (1 ампула перлинганита или нанипрussa) на 400 мл раствора Рингера или физиологического раствора внутривенно капельно (10 - 12 капель в мин). Включение нитратов в схему лечения возможно только при стабильной гемодинамике и на фоне проводимой коррекции гиповолемии препаратами гемодинамического действия.

Вазоконстрикторы: соматостатин (стиламин, сандостатин, октреотид) - селективная вазоконстрикция внутренних органов, связанная с подавлением активности эндогенных вазодилататоров (в частности, глюкагона) и секреции соляной кислоты. Портальное давление снижается на 20 - 25%. Октреотид вводится первоначально болюсно в дозе 50 -100 мкг, затем переходят на длительную внутривенную инфузию в дозе 25 - 50 мкг/ч в течение 5 - 7 дней; с целью снижения кислотности назначали ИПП 40 мл внутривенно.

Вазопрессин уменьшают артериальный приток в портальную систему, снижая портальное давление на 30 - 40%.

Результат и обсуждение

Выполнено 348 сеансов лигирования 256 пациентов с варикозным расширением вен пищевода II-III степени (максимальное количество лигирования у двух пациентов - 3). Для лигирования мы использовали эндоскопические лигаторы фирмы Wilson Cook Shooter MBL - 6 - PK и EZY Shoot QF-OVL. Во время одной процедуры по стандартной методике использовалось от 3 до 6 лигатур "спиральным" методом наложения в шахматном порядке, начиная с области эзофагокардиального перехода снизу вверх. После ЭЛ все пациенты отмечали умеренную болезненность в груди и явления дисфагии в течение 1-2 дней после вмешательства. Во время лигирования и в раннем послеоперационном периоде осложнений не было.

Рецидив кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода после первого этапа ЭЛ возник у 15(5,8%) больных через 1-2 месяца после вмешательства, что послужило показанием к проведению второго этапа эндоскопического лечения. В 10 случаях (3,9%) отмечались летальные исходы: в 6 случаях причиной стало прогрессирование печеночной (декомпенсированный цирроз класса C) и полиорганной недостаточности без рецидива кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода, в 4 случаях профузное кровотечение не удалось визуализировать источник кровотечения, установка зонда Блекмора и неоднократные попытки лигирования не позволили добиться временного гемостаза. Госпитальная летальность составила 3,9%.

Таким образом, ЭЛ варикозно-расширенных вен пищевода вследствие его малоинвазивности и малотравматичности, безусловно, является методом выбора лечения и профилактики пищевого кровотечения портального генеза, так как достигается быстрый эффект эрадикации вен при малом количестве осложнений. Применение ЭЛ позволило существенно снизить показатели летальности, улучшить качество жизни данной группы больных, а также получить дополнительное время для продолжения консервативного лечения основной патологии. Эндоскопические лигирования применялись пациентам с острыми пищеводными кровотечениями по возможности на момент поступления в приемное отделение. У больных с плохой визуализацией источника кровотечения считаем целесообразным выполнение эндоскопического лигирования в отсроченном порядке после достижения временного гемостаза с применением зонда-обтуратора Блекмора - Секнстакена на более благоприятных условиях для адекватной оценки эндоскопической картины.

Для предупреждения развития геморрагий в отдаленном периоде необходимо пролонгированное эндоскопическое лечение, включающее повторные сеансы лигирования через 1 и 3 месяца после первого этапа с последующим регулярным динамическим контролем каждые 6 месяцев.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Анисимов, А.Ю. Диагностическая и лечебная тактика у больных с портальной гипертензией / А.Ю. Анисимов, М.В. Кузнецов, А.Ф. Якупов.- Казань, 2008; 48. [Anisimov, A.Yu. Diagnosticheskaya i lechebnaya taktika u bolnix s portalnoy gipertenziej / A.Ya. Anisimov, M.V. Kuznetsov, A.F. Yakupov.- Kazan, 2008; 48. (In Russ)]

2. Борисов А.Е. Кровотечения портального генеза /А.Е. Борисов, М.И. Кузьмин-Крутецкий, В.А. Кашенко.- СПб., 2001; 25 - 49. [Borisov, A.E. Krovotecheniya portalnogo geneza /A.E. Borisov, M.I. Kuzmin-Krutetskiy, V.A. Kashenko.- SPb., 2001; 25 - 49. (In Russ)]
3. Ерамишанцев А.К., Шерцингер А.Г., Лебезев В.М. и др. // Анн. Хир. гепатол. 1996; 1: 52-54. [Eramishansev A.K., Shersinger A.G., Lebezев V.M. i dr. // Ann. Xir. gepatol. 1996; 1: 52-54. (In Russ)]
4. Ерамишанцев, А.К. Кровотечения из ВРВ пищевода и желудка: диагностика, лечебная тактика (лекция) / А.К. Ерамишанцев, Е.А. Кищенко, А.Г. Шерцингер, С.Б. Жигалова // Анналы хирургической гепатологии. 2006; XI(2): 105 - 111. [Eramishansev, A.K. Krovotecheniya iz VRV pishevoda i jeludka: diagnostika, lechebnaya taktika (leksiya) / A.K. Eramishansev, E.A. Kitsenko, A.G. Shersinger, S.B. Jigalova // Annali xirurgicheskoy gepatologii. 2006; XI (2): 105 - 111. (In Russ)]
5. Ерамишанцев, А.К. Портальная гипертензия / А.К. Ерамишанцев, А.Г. Шерцингер, Е.А. Кищенко // Клиническая хирургия: национальное руководство. 2009; 626 - 665. [Eramishansev, A.K. Portalnaya gipertenziya / A.K. Eramishansev, A.G. Shersinger, E.A. Kitsenko // Klinicheskaya xirurgiya: natsionalnoe rukovodstvo. 2009; 626 - 665. (In Russ)]
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. дисс. ...канд. мед. наук. - М., 1993. [Eramishansev, A.K. Portalnaya gipertenziya / A.K. Eramishansev, A.G. Shersinger, E.A. Kitsenko // Klinicheskaya xirurgiya: natsionalnoe rukovodstvo. 2009; 626 - 665. (In Russ)]
7. 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 / С.Б. Жигалова.- М., 2011; 46. [Jigalova S.B. Endoskopicheskoe sklerozirovanie i endovaskulyarnaya embolizatsiya v kompleksnom lechenii krovotecheniy iz varikozno rasshirennnykh ven pishevoda i jeludka u bolnix s portalnoy gipertenziei: /Avtoref. diss. ...kand. med. nauk. - М., 1993. (In Russ)]
8. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Болезни пищевода, патологическая физиология, клиника, диагностика, лечение. - М., 2000; 101-166. [Ivashkin V.T., Truxmanov A.S. Bolezni pishevoda, patologicheskaya fiziologiya, klinika, diagnostika, lechenie. - / М., 2000; 101-166. (In Russ)]
9. Ивашкин, В.Т. Болезни печени и желчевыводящих путей: руководство для врачей / В.Т. Ивашкин.- М.: ИД "М-Вести", 2002; 200. [Ivashkin, V.T. Bolezni pecheni i jelchevivodyashix putey: rukovodstvo dlya vrachev / V.T. Ivashkin.- /M.: ID "M-Vesti", 2002; 200. (In Russ)]
10. Котив Б.Н. Хирургическая тактика и лечение пищеводно-желудочных кровотечений при портальной гипертензии: / Автореф. дис. д-ра мед. наук / Б.Н. Котив.- СПб., 1998; 18. [Kotiv B.N. Xirurgicheskaya taktika i lechenie pishevodno-jeludochnix krovotecheniy pri portalnoy gipertenzii: /avtoref. dis. d-ra med. nauk / B.N. Kotiv.- SPb., 1998; 18. (In Russ)]
11. Чернеховская Н.Е. Лечебная эзофагогастродуоденоскопия / Н.Е. Чернеховская, В.Г. Андреев, Д.П. Черепянцев [и др.]. М., 2009; 98-100. [Chernexovskaya N.E., Lechebnaya ezofagogastroduodenoskopiya / N.E. Chernexovskaya, V.G. Andreev, D.P. Cherepyansev [i dr.]. - М., 2009; 98-100. (In Russ)]
12. Матвеева В.И., Хутаков Р.В., Цыденов К.А., Дондупов А.С., Саганов В.П. Опыт применения эндоскопического лигирования варикозно расширенных вен пищевода в лечении осложнений портальной гипертензии. Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2012; 2. [Matveeva V.I., Xutakov R.V., Sidenov K.A., Dondupov A.S., Saganov V.P. Opit primeneniya endoskopicheskogo ligirovaniya varikozno rasshirennix ven pishevoda v lechenii oslojneniy portalnoy gipertenzii. //Byulleten VSNS SO RAMN, 2012; 2. (In Russ)]
13. Мошарова, А.А. Лечение и профилактика кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода / А.А. Мошарова, А.Л. Верткин // Неотложная терапия. 2012; 1: 12 -19. [Mosharova, A.A. Lechenie i profilaktika krovotecheniya iz varikozno-rasshirennix ven pishevoda / A.A. Mosharova, A.L. Vertkin // Neotlojnaya terapiya. 2012; 1: 12 -19. (In Russ)]
14. Пациора М.Д. Хирургия портальной гипертензии / М.Д. Пациора.- Ташкент: Медицина, 1984; 319. [Patsiora M.D. Xirurgiya portalnoy gipertenzii / M.D. Patsiora. Tashkent: Meditsina, 1984; 319. (In Russ)]
15. Практические рекомендации Всемирной Гастроэнтерологической Организации Варикозно расширенные вены пищевода (ВРВП) [Prakticheskie rekomendatsii Vsemirnoy Gastroenterologicheskoy Organizatsii Varikozno rasshirennnykh veni pishevoda (VRVP) (In Russ)]
16. Шерлок, Ш. Заболевания печени и желчных путей /Ш. Шерлок, Дж. Дули.- М.: ГЭОТАР-Медицина, 1999; 864. [Sherlok, S.H. Zabolevaniya pecheni i jelchnix putey /S.H. Sherlok, Dj. Duli. - /M.: GEOTAR-Meditsina, 1999; 864. (In Russ)]
17. Шерцингер А.Г. Жигалова С.Б. // Альман. эндоскоп. 2002; 1: 158-163. [Shersinger A.G. Jigalova S.B. // Alman. endoskop. 2002; 1: 158-163. (In Russ)]
18. Шерцингер, А.Г. Патогенез, диагностика, профилактика и лечение кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка у больных портальной гипертензией: /автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.Г. Шерцингер.- М., 1986; 30. [Shersinger, A.G. Patogenez, diagnostika, profilaktika i lechenie krovotecheniy iz varikoznykh ven pishevoda i jeludka u bolnix portalnoy gipertenziei: /avtoref. dis. ... d-ra med. nauk / A.G. Shersinger.- М., 1986; 30. (In Russ)]
19. Эндоскопия в диагностике и лечении заболеваний пищевода // Актуальные вопросы эндоскопии: тез. докл. 11-й всерос. науч.-практ. конф. - СПб., 2011; 117-144. [Endoskopiya v diagnostike i lechenii zabolevaniy pishevoda // Aktualnie voprosi endoskopii: tez. dokl. 11-y vseros. nauch.-prakt. conf. - SPb., 2011; 117-144. (In Russ)]

Поступила 07.07. 2019