



Назирова Феруз Гафурович

Академик, заслуженный работник здравоохранения
Республики Узбекистан, директор ГУ «Республиканского специализированного научно-практического
медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова»,
Ташкент, Узбекистан

Девятый Андрей Васильевич

д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ГУ
«Республиканского специализированного научно-практического
медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова»,
Ташкент, Узбекистан.

Бабаджанов Азам Хасанович

д.м.н., главный научный сотрудник ГУ
«Республиканского специализированного научно-практического
медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова»,
Ташкент, Узбекистан.

Рузибоев Санжар Абдусаломович

д.м.н., доцент кафедры Хирургической болезни №2,
Самаркандского государственного медицинского института,
Самарканд, Узбекистан

АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

For citation: Nazirov Feruz Gafurovich., Devyatov Andrey Vasilievich, Babadjanov Azam Hasanovich, Ruziboev Sanzhar Abdusalomovich. Research of the long-term outcomes of portosystemic shunting depending on the etiology of liver cirrhosis. Journal of hepato-gastroenterology research. 2020, vol. 1, issue 1, pp.74-78



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-1008-2020-1-15>

АННОТАЦИЯ

Цель. Оценка результатов портосистемного шунтирования при ЦП с ПГ в зависимости от этиологического фактора. Материал и методы. Для изучения отдаленного периода после ПСШ мы отобрали группу из 109 больных ЦП (2014-2019 гг.), 72 пациента с гепатитами В, В+Д и С, у которых после ПСШ проведена противовирусная терапия и пациенты с алкогольным ЦП – 21 пациент и идиопатической формой 16 больных. Результаты. При ЦП на фоне гепатита В в течение 5 лет после ПСШ умерло 10 из 32 пациентов (31,3%), 18 из 26 пациентов с циррозом ВГВ и ВПГ (69,2%) и 14 из 14 пациентов с циррозом ВГС через 5 лет после операции по поводу цирроза гепатита В. (28,6%), 7 из 21 (33,3%) умерли от алкоголизма, а 4 из 16 (25%) умерли в идиопатической форме. В анализе смертности доля печеночной недостаточности при циррозе гепатита В составила 21,9% (7 из 32), а при геморрагическом синдроме - 9,45 (3), при циррозе гепатита В и ВПГ эти показатели составили 53,8% (14 из 26) и 15,4% соответственно. (4), 21,4% (3 из 14) и 7,1% (1) при циррозе ВГС, 23,8% (5 из 21) и 9,5% (2) при алкогольном циррозе и 12 при идиопатии. 5% (2 из 16) и 12,5% (2). Во всех наблюдаемых типах цирроза 66 пациентов (60,5%) выжили через 5 лет после операции, при этом уровень смертности составил 39,4% (43 из 109).

Ключевые слова: цирроз печени, портальная гипертензия, портосистемное шунтирование

Nazirov Feruz Gafurovich

Akademik, O'zbekiston Respublikasida xizmat
ko'rsatgan sog'liqni saqlash xodimi, akademik V.Vaxidov
nomidagi ixtisoslashtirilgan xirurgiya
markazining direktori,
Toshkent, O'zbekiston

Devyatov Andrey Vasil'evich
t.f.d., professor, akademik V.Vaxidov
nomidagi ixtisoslashtirilgan xirurgiya
markazining bosh ilmiy xodimi,
Toshkent, O'zbekiston

Babadjanov Azam Xasanovich
t.f.d., professor, akademik V.Vaxidov
nomidagi ixtisoslashtirilgan xirurgiya
markazining bosh ilmiy xodimi,
Toshkent, O'zbekiston

Ruziboev Sanjar Abdusalomovich
t.f.d., Samarqand davlat tibbiyot instituti,
2 son Xirurgik kasalliklar kafedrasining dosenti,
Samarqand, O'zbekiston

JIGAR SIRROZINING ETIOLOGIYASIGA QARAB PORTOTIZIM SHUNTLASH OPERATSIYASINING UZOQ NATIJALARI TAHLILI

ANNOTATSIYA

Maqsad. Jigar sirrozining etiologiyasiga qarab portotizim shuntlash operatsiyasilari natijalarining tahlili. **Material va usullar.** Tadqiqot uchun DT «akademik V.Vaxidov nomidagi "RIXIATM" da 2014-2019 yillarda jigar sirrozi bo'yicha operatsiya qilingan 109 ta bemorlar tanlab olingan. Virusli gepatit V, V+D, va S bilan 72 ta bemor tashkil qildi. Operatsiyadan keyingi davrning kechishini taqqoslash uchun tadqiqotga alkogolli sirroz bilan (n=21) va idiopatik formadagi sirroz bilan (n=16) bemorlar kiritildi. **Natijalar.** Hepatit V fonidagi sirroz bilan portotizim shuntlash operatsiyasidan keyingi 5 yil davomida 32 bemordan 10 tasi (31,3%), HBV va HDV formadagi hepatitli sirrozdanda esa 26 ta bemordan 18 tasi (69,2%), HCV formadan sirrozdanda 14 ta dan 4 tasi (28,6%), alkogollidan 21 tadan 7 tasi (33,3%), idiopatik formada 16 tadan 4 tasi (25%) vafot etgan. O'lim holati taxlilida HBV sirrozda jigar yetishmovchiligi ulushiga 21,9% (32 tadan 7ta) va gemorragik sindromdan – 9,45 (3) bo'lgan, HBV va HDV sirrozda bu ko'rsatkichlar 53,8% (26 tadan 14 ta) va 15,4% (4), HCV sirrozda 21,4% (14 tadan 3 ta) va 7,1% (1), alkogolli sirrozda 23,8% (21 tadan 5 ta) va 9,5% (2), idiopatikda esa 12,5% (16 tadan 2 ta) va 12,5% (2) ni tashkil etdi. Kuzatuvlardagi barcha turdagi sirrozlarda operatsiyadan keyin 5 yildan so'ng 66 ta bemor (60,5%) tirik bo'lgan, o'lim foizi 39,4% ni (109 tadan 43 ta) ni tashkil etdi.

Kalit so'zlar: jigar sirrozi, portal gipertenziya, portosistem shuntlash.

Feruz Gafurovich Nazirov
Academician, Honored Health Worker of the Republic of Uzbekistan,
Director of the State Institution "Republican Specialized Scientific and Practical
Medical Center of Surgery named after academician V. Vakhidov ",
Tashkent, Uzbekistan

Devyatov Andrey Vasilievich
Doctor of Medical Sciences, Professor, Chief Researcher
of the State Institution "Republican Specialized Scientific and Practical
Medical Center of Surgery named after academician V. Vakhidov ",
Tashkent, Uzbekistan.

Babadjanov Azam Khasanovich
Doctor of Medical Sciences, Chief Researcher of the State
Institution "Republican Specialized Scientific and Practical
Medical Center of Surgery named after academician V. Vakhidov ",
Tashkent, Uzbekistan.

Ruziboev Sanjar Abdusalomovich
Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the
Department of Surgical Diseases No. 2,
Samarkand State Medical Institute,
Samarkand, Uzbekistan

RESEARCH OF THE LONG-TERM OUTCOMES OF PORTOSYSTEMIC SHUNTING DEPENDING ON THE ETIOLOGY OF LIVER CIRRHOSIS

Purpose. Conduct a summary analysis of the results after the portosystemic shunting depending on the etiology of liver cirrhosis. **Material and methods.** The study selected 109 patients with cirrhosis of the liver, operated by the RSSPMCS named after acad. V.Vakhidov in 2014-2017. With hepatitis B, B + D and C - 72 patients. To compare the features of the course of the late postoperative period, the study included patients with alcoholic cirrhosis of the liver (n = 21) and idiopathic form (n = 16). **Results.** In hepatitis B liver cirrhosis within 5 years after portosystemic shunting, 10 out of 32 (31.3%) patients died, in HBV and HDV cirrhosis - 18 out of 26 (69.2%), HCV - 4 out of 14 (28, 6%), alcoholic – 7 out of 21 (33.3%) and idiopathic - 4 out of 16 (25%) patients. In the structure of mortality in HBV, hepatic failure accounted for 21.9% (7 of 32) cases, hemorrhagic

syndrome - 9.4% (3), with HBV and HDV cirrhosis, these figures were 53.8% (14 of 26) and 15.4% (4) respectively, with HCV - 21.4% (3 out of 14) and 7.1% (1), with alcoholic - 23.8% (5 out of 21) and 9.5% (2) and for idiopathic, 12.5% (2 of 16) and 12.5% (2). A total of 66 (60.6%) patients were alive in all species in terms of 5 years of follow-up after surgery, the mortality rate was 39.4% (43 of 109 patients).

Keywords: liver cirrhosis, portal hypertension, portosystemic shunting

Актуальность. В ближайшие десятилетия число пациентов страдающих ЦП увеличится более чем на 60%, что обусловлено широким распространением гепатотропных интоксикаций и вирусных поражений органа [1, 3]. В прогнозе выживаемости больных циррозом печени (ЦП) и портальной гипертензией (ПГ) определенное значение имеет этиология развития заболевания.

Самым тяжелым типом вирусного гепатита является хронический вирус гепатита «В» (HBV). Ежегодно в мире от осложнений HBV-цирроза и гепатоцеллюлярного рака на фоне HBV умирает около 1 миллиона человек [5, 7, 9].

Для гепатита «С» характерен очень высокий процент (до 75-80%) развития хронической инфекции, при этом в 20-35% случаев в течение 10-30 лет развивается цирроз и гепатоцеллюлярная карцинома. Следует отметить, что доля верифицированного гепатита «С» среди населения, в том числе и в развитых странах, остается низкой – менее 20% [4, 10, 11].

На фоне растущей тенденции к росту числа больных ЦП различной этиологии особое значение этой проблеме придает высокий уровень смертности и инвалидизации населения [2, 4, 8, 13]. По данным ВОЗ, за последние 20 лет показатель смертности от ЦП возрос с 10 до 20 человек на 100000 населения в год. На сегодняшний день ЦП как причина смерти занимает 10-е место и является одной из основных причин смерти у лиц наиболее трудоспособного возраста 35-55 лет [6, 12].

Основной задачей, раскрытой в этой статье, была общая оценка результатов портосистемного шунтирования (ПСШ) при ЦП с ПГ в зависимости от этиологического фактора.

Материал и методы. Для наиболее объективной картины по течению отдаленного периода после ПСШ мы отобрали группу из 109 больных ЦП (2014-2019 гг.), у которых помимо контрольного осмотра осуществлялась диагностика течения основного процесса.

В частности, в подавляющем большинстве случаев этиологией развития ЦП был вирусный гепатит, мы включили в этот анализ 72 пациента с гепатитами В, В+Д и С, у которых после ПСШ проведена противовирусная терапия. Также для сравнения особенностей течения отдаленного послеоперационного периода включены пациенты с алкогольным ЦП – 21 пациент и идиопатической формой (установить причины не удалось) – 16 больных. Исследование больных проводилось на всех этапах хирургического лечения, а также в сроки 3-6-12-36-60 и более месяцев после операции с обязательным амбулаторным обследованием и анкетированием или госпитализацией.

Статические исследования проводили на основании стандартных клинических рекомендаций.

Достоверность различий определяли по парному и непарному t-критерию Стьюдента. Различия считались статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. При ЦП на фоне гепатита В в течение 5 лет после ПСШ умерло 10 из 32 (31,3%) пациентов, при HBV и HDV циррозе – 18 из 26 (69,2%), HCV ЦП – 4 из 14 (28,6%), алкогольном ЦП – 7 из 21 (33,3%) и идиопатическом ЦП – 4 из 16 (25%) пациентов.

Следует отметить, что при вирусном ЦП прогрессирование основного процесса зависело от нескольких факторов, включая вид вирусной инфекции, эффективность противовирусной терапии, вероятность развития геморрагического синдрома и тяжесть состояния на момент операции, когда даже эффективная противовирусная терапия не позволила стабилизировать процесс и, по-видимому, прогрессирование ЦП было связано уже с аутоиммунным компонентом. При алкогольном ЦП течение послеоперационного периода после ПСШ зависело от фактора прекращения употребления алкоголя и, также как и при вирусной инфекции, от риска рецидива геморрагического синдрома и тяжести состояния на момент операции. Идиопатическая форма характеризовалась только вероятностью рецидива геморрагического синдрома и тяжестью на момент операции.

Таблица 1
Частота летальности от печеночной недостаточности и геморрагического синдрома в отдаленный период после ПСШ в зависимости от этиологии ЦП

Прослежено в отдаленном периоде		Количество умерших от				Живы	
		печеночной недостаточности		геморрагического синдрома			
Причина ЦП	кол-во больных	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Гепатит В	32	7	21,9%	3	9,4%	22	68,7%
Гепатит В и Д	26	14	53,8%	4	15,4%	8	30,8%
Гепатит С	14	3	21,4%	1	7,1%	10	71,4%
Алкогольный ЦП	21	5	23,8%	2	9,5%	14	66,7%
Идиопатический	16	2	12,5%	2	12,5%	12	75,0%
Всего	109	31	28,4%	12	11,0%	66	60,6%

В структуре летальности при HBV ЦП на долю печеночной недостаточности пришлось 21,9% (7 из 32) случаев, геморрагического синдрома – 9,4% (3), при HBV и HDV циррозе эти показатели составили 53,8% (14 из 26) и 15,4% (4) соответственно, при HCV ЦП – 21,4% (3 из 14) и 7,1% (1), при алкогольном ЦП – 23,8% (5 из 21) и 9,5% (2) и при идиопатическом ЦП – 12,5% (2 из 16) и 12,5% (2) (табл. 1).

Всего по всем видам ЦП в сроки 5 лет наблюдения после ПСШ было живо 66 (60,6%) пациентов, летальность составила 39,4% (43 из 109 больных).

Отдельно приводим результаты по особенностям течения вирусного ЦП в зависимости от эффективности противовирусной терапии. Для этиотропного лечения HBV ЦП использовался Энтекавир по 500 мг в сутки в течение 2-5 лет; для HBV и HDV цирроза также Энтекавир и 5 случаях в комплексе применен пегилированный интерферон (Пегинтрон) в дозе 80-120 мкг в форме шприц ручки подкожно 1 раз в неделю в течение 3-12 месяцев (в 3 из 5 случаев препарат отменялся ввиду выраженного побочного эффекта). HCV лечили стандартно (начиная с 2014 года), комбинацией Софосбувир 400 мг + Ледипасвир 90 мг или Даклатасвир 60 мг однократно в течение 3-х месяцев.

Таблица 2

Эффективность противовирусной терапии у больных ЦП после ПСШ

Этиология ЦП	Противовирусная терапия			
	эффективна		неэффективна	
	абс.	%	абс.	%
Гепатит В	18	56,3%	14	43,8%
Гепатит В и Д	3	11,5%	23	88,5%
Гепатит С	12	85,7%	2	14,3%
Всего	33	45,8%	39	54,2%

Эффективность проведенной противовирусной терапии составила 56,3% (18) при гепатите В, 85,7% (12) – при гепатите С и только 11,5% (3) при сочетании гепатита В с D-вирусом. Общая эффективность составила 45,8% (33 больных) (табл. 2).

Среди причин летальности при стабильном течении ЦП после ПСШ в 11,5% (6 из 52) случаев был геморрагический синдром, в частности при HBV этиологии – 6,7% (1 из 15), при HBV и HDV – 25% (1 из 4), HCV – 11,1% (1 из 9), алкогольном ЦП – 16,7% (2 из 12) и идиопатическом ЦП – 8,3% (1 из 12). В свою очередь только в 2 случаях при алкогольном ЦП летальность была обусловлена прогрессированием патологического процесса на фоне продолжения злоупотребления алкоголем – 3,8% (2 из всех 52 стабильных ЦП).

Среди причин летальности при прогрессирующем течении ЦП после ПСШ в 10,5% (6 из 57) случаев был геморрагический синдром, в частности при HBV этиологии – 11,8% (2 из 17), при HBV и HDV – 13,6% (3 из 22), HCV и алкогольном ЦП – 0 и идиопатическом ЦП – 25% (1 из 4). В свою очередь от печеночной недостаточности умерло 50,9% пациентов (29 из 57), при HBV этиологии – 41,2% (7 из 17), при HBV и HDV – 63,6% (14 из 22), HCV – 60% (3 из 5), алкогольном ЦП – 33,3% (3 из 9) и идиопатическом ЦП – 50% (2 из 4) (табл. 3).

Таблица 3

Частота летальности в отдаленные сроки после ПСШ при прогрессировании ЦП

Прослежено в отдаленном периоде		Количество умерших от				Живы	
		печеночно й недостат- сти		геморрагичес- кого синдрома			
Причина ЦП	кол- во больн ых	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Гепатит В	17	7	41,2 %	2	11,8 %	8	47,1 %
Гепатит В и Д	22	14	63,6 %	3	13,6 %	5	22,7 %
Гепатит С	5	3	60,0 %	0	0,0%	2	40,0 %
Алкогольн ый ЦП	9	3	33,3 %	0	0,0%	6	66,7 %
Идиопатиче- ский	4	2	50,0 %	1	25,0 %	1	25,0 %
Всего	57	29	50,9 %	6	10,5 %	22	38,6 %

Таким образом, в зависимости от этиологии ЦП, в отдаленные сроки после ПСШ, стабильное компенсированное течение основного патологического процесса определено при идиопатическом ЦП в 75% (12 из 16) случаев, при HCV-этиологии – 64,3% (9 из 14), алкогольном ЦП – 57,1% (12 из 21), HBV-этиологии – 46,9% (15 из 32) и только 15,4% (4 из 26) – при HBV и HDV-этиологии, в целом у 47,7% (52 из 109) больных, в свою очередь, частота летальности в этой группе составила 15,4% (8 из 52), в том числе на фоне геморрагического синдрома – 11,5% (6 из 52) и злоупотребления алкоголем – 3,8% (2 из 52).

Прогрессирование ЦП в отдаленные сроки после ПСШ определено в 52,3% (57 из 109) случаев с показателем летальности к 5 годам наблюдения – 61,4% (35 из 57) (на фоне печеночной недостаточности – 50,9% (29) и геморрагического синдрома – 10,5% (6)), в свою очередь HBV циррозе прогрессирование патологического процесса выявлено в 53,1% (17 из 32) случаев с уровнем летальности – 52,9% (9 из 17), HBV и HDV-ЦП – 84,6% (22 из 26) и 77,3% (17 из 22) соответственно, при HCV-ЦП – 35,7% (5 из 14) и 60% (3 из 5), при алкогольном ЦП – 42,9% (9 из 21) и 33,3% (3 из 9) и идиопатическом ЦП – 25% (4 из 16) и 75% (1 из 4).

Заключение. Регулярное контрольное обследование и проведение курсов специфической консервативной терапии ЦП с ПГ после ПСШ является основополагающим для ранней верификации прогрессирующей печеночной недостаточности.

При ЦП вирусной этиологии после выполнения ПСШ с целью повышения возможности стабилизации патологического процесса применение этиотропной противовирусной терапии по стандартным терапевтическим схемам оказывается эффективным у 56,3% пациентов с HBV циррозом, 85,7% - при HCV-этиологии и только 11,5% при циррозе HBV и HDV-этиологии. Что позволяет улучшить показатель стабильного течения патологического процесса с 20,5% до 60,6%.

Список литературы/Iqtiboslar/References

1. Гусев 2001; Гусев Д.А. Клинико-лабораторная и морфологическая характеристика манифестных форм микст-гепатита В+С у лиц молодого возраста.: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Санкт-Петербург. 2001. 20 с.
2. Сернов С.П., Лифшиц В.Б., Скворцов Ю.И. с соавт. Актуальные проблемы прогнозирования алкогольной болезни печени. Саратовский научно-медицинский журнал. 2010;1(6):94-100.
3. Ferenci P. Hepatic encephalopathy. *Gastroenterology Report*. 2017; 5(2): 138–147.
4. Garcia-Tsao G., Lim J. Management and treatment of patients with cirrhosis and portal hypertension: recommendations from the department of veterans affairs hepatitis C resource center program and the national hepatitis C program. *American Journal of Gastroenterology*, 2009; 104(7):1802–1829.
5. Ghany MG, Strader DB, Thomas DL, Seeff LB. American Association for the Study of Liver Diseases. Diagnosis, management, and treatment of hepatitis C: an update. *Hepatology*, 2009; 49:1335-1374.
6. Liaw YF, Chang TT, Wu SS et al. Long-term entecavir therapy results in reversal of fibrosis/cirrhosis and continued histologic improvement in patients with HBeAg(+) and (–) chronic hepatitis B: results from studies ETV-022, – 027 and – 901. *Hepatology*. 2008; 48(1): 706A.
7. Merchante N, Rivero-Juárez A, Téllez F et al. Liver stiffness predicts clinical outcome in human immunodeficiency virus hepatitis C virus-coinfected patients with compensated liver cirrhosis. *Hepatology*. 2012; 56(1):228-238.
8. Mochida S, Takaguchi K, Yokosuka O et al. Long term efficacy, safety and resistance analyses of entecavir treatment in Japanese nucleoside-naïve patients with chronic hepatitis B. *Hepatology*. 2008;48(2):262.
9. O'Leary JG, Davis GL. Hepatitis C. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 9th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier, 2010. - chap 79.
10. Rosen HR. Clinical practice. Chronic hepatitis C infection. *N. Engl. J. Med*. 2011; 364(25): 2429-38.
11. Schiff ER, Lee SS, Chao YC, et al.: Long-term treatment with entecavir induces reversal of advanced fibrosis or cirrhosis in patients with chronic hepatitis B. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2011;9: 274-6.
12. Schuppan D, Afdhal NH. Liver cirrhosis. *Lancet*. 2008; 371(9615):838–851.
13. Sohrabpour AA, Mohamadnejad M, Malekzadeh R. Review article: the reversibility of cirrhosis. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2012; 36: 824-32.