



Мультидисциплинарный подход к ведению пациентов с циррозом печени

В.М. Дурлештер^{1,2}, С.А. Габриэль^{1,2}, Н.В. Корочанская^{1,2,*}, О.В. Ковалевская²,
С.Н. Серикова^{1,2}, П.В. Марков^{1,2}, О.А. Усова², Д.С. Мурашко², В.Ю. Дынько^{1,2},
А.Ю. Бухтояров², М.А. Басенко¹

¹ ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Краснодар, Российская Федерация

² ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» Министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Российская Федерация

Цель исследования: проанализировать итоги ведения больных с циррозом печени (ЦП) на основании опыта государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница № 2» (ГБУЗ «ККБ № 2») Министерства здравоохранения Краснодарского края.

Материал и методы исследования. В ретроспективном исследовании оценивали итоги диспансерного наблюдения амбулаторной и стационарной службами ГБУЗ «ККБ № 2» 832 пациентов с ЦП и варикозно-расширенными венами пищевода (ВРВП) с 2009 по 2019 г.

Результаты исследования. Эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП) выполнено 832 пациентам; количество выполненных процедур составило 1149, число этапов лигирования у одного пациента могло варьировать от 1 до 8. Трансьюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование (TIPS) внедрено в практику в 2014 г.; за 5 лет выполнена 51 операция TIPS, из них 20 больным одновременно с эмболизацией вен желудка. Лигирование ВРВП до проведения TIPS выполнено у 34 (66,7 %) больных. В лист ожидания трансплантации печени включены 62 пациента. Среди 17 больных, которым была выполнена трансплантация печени, кровотечения из ВРВП в анамнезе отмечены у 6 пациентов. В период нахождения в листе ожидания эндоскопическое лигирование выполнено 5 больным, TIPS — 3 пациентам. Широкое внедрение телекоммуникационных технологий в систему здравоохранения Краснодарского края делает оказание высококвалифицированной специализированной помощи доступной населению края, в том числе и в отдаленных районах.

Заключение. Представлена модель оказания высокотехнологичной специализированной помощи пациентам с ЦП с участием хирурга, гастроэнтеролога, эндоскописта, специалиста лучевой диагностики, эндоваскулярного хирурга, врача-инфекциониста. На амбулаторном этапе координировать работу мультидисциплинарной команды врачей должен участковый терапевт, на стационарном этапе при развитии хирургических осложнений ЦП — хирург.

Ключевые слова: цирроз печени, эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода, TIPS, лист ожидания трансплантации печени, трансплантация печени, телемедицинские консультации

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Дурлештер В.М., Габриэль С.А., Корочанская Н.В., Ковалевская О.В., Серикова С.Н., Марков П.В., Усова О.А., Мурашко Д.С., Дынько В.Ю., Бухтояров А.Ю. Басенко М.А. Мультидисциплинарный подход к ведению пациентов с циррозом печени. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020; 30(4):35–43. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-4-35-43>.

Managing Liver Cirrhosis: a Multidisciplinary Approach

Vladimir M. Durlshter^{1,2}, Sergey A. Gabriel^{1,2}, Natalia V. Korochanskaya^{1,2,*}, Olga V. Kovalevskaya², Svetlana N. Serikova^{1,2}, Pavel V. Markov^{1,2}, Olga A. Usova², Dmitry S. Murashko², Victor Yu. Dyn'ko^{1,2}, Artem Yu. Bukhtoyarov², Mikhail A. Basenko¹

¹Kuban State Medical University, Krasnodar, Russian Federation

²Regional Clinical Hospital No. 2, Krasnodar, Russian Federation

Aim. Analysis of the experience of managing patients with liver cirrhosis (LC) at the Regional Clinical Hospital No. 2 of the Ministry of Health of Krasnodar Krai.

Materials and methods. In this retrospective study, we assessed data on routine outpatient monitoring of 832 patients with LC and oesophageal varices by the outpatient and inpatient services of the Regional Clinical Hospital No. 2 during 2009–2019.

Results. Endoscopic oesophageal variceal ligation was performed in 832 patients, with total 1149 surgeries and 1 to 8 banding repeats per individual. Transjugular intrahepatic portosystemic shunting (TIPS) was implemented in 2014 and performed 51 times in 5 years, coupled in 20 patients with simultaneous gastric variceal embolisation. Oesophageal variceal ligation preceded TIPS in 34 (66.7%) patients; 62 patients were included in the liver transplant waiting list. Among 17 liver transplant patients, 6 had oesophageal variceal bleeding in history. Endoscopic ligation was performed in 5, and TIPS — in 3 patients awaiting a transplant. Successful adoption of health telecom technologies in Krasnodar Krai renders high-quality specialised medical aid publically accessible, also in remote regions.

Conclusion. A model is presented for providing high-tech specialised assistance to LC patients, which engages a surgeon, a gastroenterologist, an endoscopist, an X-ray physician, an endovascular surgeon and an infectionist. A resident physician should coordinate the multidisciplinary team at the outpatient stage, and a surgeon — upon the patient's admission in case of surgical LC complications.

Keywords: liver cirrhosis, endoscopic oesophageal variceal ligation, TIPS, liver transplant waiting list, liver transplantation, telecom medicine

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

For citation: Durlshter V.M., Gabriel S.A., Korochanskaya N.V., Kovalevskaya O.V., Serikova S.N., Markov P.V., Usova O.A., Murashko D.S., Dyn'ko V.Yu., Bukhtoyarov A.Yu., Basenko M.A. Managing Liver Cirrhosis: a Multidisciplinary Approach. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2020; 30(4):35–43. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-4-35-43>.

Цирроз печени (ЦП) остается наиболее частой причиной смертности от болезней органов пищеварения (БОП) [1, 2]. На стадии декомпенсации функций печени пациенты нуждаются в тщательном мониторинговании, профилактике и лечении осложнений ЦП врачами терапевтами, гастроэнтерологами, эндоскопистами, эндоваскулярными хирургами [3–5]. В настоящее время продолжительность жизни пациентов с ЦП составляет десять и более лет после постановки данного диагноза, в связи с чем ЦП рассматривается как хроническое заболевание, требующее сопряжения усилий врачей различного профиля для оптимизации тактики ведения.

Цель исследования: проанализировать итоги ведения больных с циррозом печени (ЦП) на основании опыта государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница № 2» (ГБУЗ «ККБ № 2») Министерства здравоохранения Краснодарского края.

Материал и методы исследования

Проведен анализ статистических показателей смертности и мониторинга качества оказания медицинской помощи пациентам с БОП Краснодарского края в 2018–2019 гг. Оценивался опыт диспансерного наблюдения 832 пациентов с ЦП

и варикозно-расширенными венами пищевода (ВРВП) с 2009 по 2019 г. амбулаторной и стационарной службами ГБУЗ «ККБ № 2».

Результаты исследования

Согласно данным Министерства здравоохранения Краснодарского края, в 2019 году по сравнению с 2018 годом отмечен прирост показателей смертности у пациентов с ЦП на 7,2%, в том числе на 3% у лиц трудоспособного возраста (табл. 1) [6].

Проведенный нами анализ этиологической структуры ЦП в Краснодарском крае (табл. 2) выявил преобладание смешанных (42,7%), вирусных С (21,1%) и алкогольных (18,5%) поражений печени. Важно отметить, что среди 231 пациента с ЦП, у которых в медицинских картах амбулаторного больного было указание на употребление алкоголя с вредными для здоровья последствиями, только 78 (33,8%) человек находились на диспансерном учете у врача-нарколога, а из 272 пациентов с вирусным ЦП только 135 (49,6%) обследовались и лечились у врачей-инфекционистов. Обращает на себя внимание тенденция к увеличению числа больных с ЦП в исходе неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБ) — 35 (6,0%) человек (табл. 2).

Представленные тенденции повышают требования к проведению профилактических мероприятий по информированию населения о факторах риска развития БОП, мониторинг которых ежемесячно осуществляется в Краснодарском крае. Мероприятия по информированию населения о факторах риска БОП включают публикации в средствах массовой информации (СМИ), буклеты, брошюры по проблеме, социальную рекламу, видеоролики, телевизионные передачи и анкетирование населения. О внимании, которое уделяется социальным мероприятиям по профилактике болезней органов пищеварения, свидетельствует число телевизионных передач (120 в 2018 г. и 121 в 2019 г.) и публикаций в СМИ (487 в 2018 г. и 609 в 2019 г.), а тираж буклетов и брошюр в 2019 г. превысил 150 тысяч экземпляров.

Пациенты с суб- и декомпенсированным ЦП должны наблюдаться мультидисциплинарной командой врачей, включающей терапевтов, гастроэнтерологов, хирургов, эндоскопистов, специалистов лучевой диагностики, эндоваскулярных хирургов. Основными проявлениями декомпенсации

портальной гипертензии у этой группы больных выступают асцит и ВРВП [3, 5].

Мы представляем опыт диспансерного наблюдения 832 пациентов с ЦП и ВРВП с 2009 по 2019 г. в ГБУЗ «ККБ № 2». Наблюдение на амбулаторном и стационарном этапах осуществляли врачи-гастроэнтерологи, которые проводили медикаментозную первичную и вторичную профилактику кровотечений из ВРВП согласно национальным клиническим рекомендациям [3].

Важно подчеркнуть, что одним из современных мини-инвазивных методов лечения и профилактики кровотечения из ВРВП является эндоскопическое лигирование [4]. Метод характеризуется технической простотой, относительной безопасностью и хорошим клиническим эффектом. Эндоскопическое лигирование используется в нашей клинике с 2009 г. Для лигирования ВРВП мы применяем многозарядные лигаторы производства компаний «CookMedical», «EzyShoot» и «BostonScientific». За период с 2009 по ноябрь 2019 г. эндоскопическое лигирование выполнено 832 пациентам с ЦП в возрасте от 18 до 79 лет. Количество выполненных

Таблица 1. Показатели смертности от различных причин за 12 мес. 2018–2019 гг. (расчетные данные базы смерти Краснодарстата)

Table 1. Annual undetailed mortality rate in 2018–2019 as per the Krasnodarstat mortality database

Код МКБ-10 Code МКБ-10	Причины Causes	Общая смертность Total mortality						Смертность в трудоспособном возрасте					
		человек individuals			на 100 тыс. населения per 100K people			человек individuals			на 100 тыс. населения per 100K people		
		2019	2018	откл.	2019	2018	2019 в % к 2018* 2019 to 2018, %	2019	2018	откл.	2019	2018	2019 в % к 2018* 2019 to 2018, %
K74 K70.2	Фиброз и цирроз печени Liver fibrosis and cirrhosis	1263	1169	94	22,4	20,9	107,2	623	605	18	20,2	19,6	103,0

Таблица 2. Этиологическая структура циррозов печени ($n = 583$)

Table 2. Aetiological structure of liver cirrhosis ($n=583$)

Этиологическая структура циррозов печени: Aetiological structure of liver cirrhosis:	Человек (%) Individuals, (%)
- алкогольный - ethanolic	108 (18,5)
- вирусный С - viral hepatitis C	123 (21,1)
- вирусный В - viral hepatitis B	45 (7,7)
- дисметаболический - dysmetabolic	35 (6,0)
- смешанный (В, С, алкогольный, дисметаболический) - mixed (B, C, ethanolic, dysmetabolic)	249 (42,7)
- прочие (в исходе аутоиммунных заболеваний и болезней накопления) - other (autoimmune and storage diseases)	23 (3,9)
Всего Total	583 (100,0)

Рис. 1. Эффективность лигирования варикозно-расширенных вен пищевода ($n = 1149$)Fig. 1. Oesophageal variceal ligation efficiency ($n = 1149$)

процедур составило 1149, число этапов лигирования у одного пациента могло варьировать от 1 до 8 (см. рис. 1). Наиболее частыми сопутствующими эндоскопическими находками в этой группе были портальная гастропатия (48,6%) и эрозивно-язвенные поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта (31,9%). Из 1149 выполненных за указанный период лигирований эффективными были 1134 (98,7%). В 15 случаях потребовалась установка зонда Блэкмора; у 4 пациентов с массивным кровотечением из вен кардии и дна желудка зафиксированы летальные исходы (см. рис. 1).

Роль гастроэнтеролога при ведении этой группы пациентов заключается в назначении адекватной медикаментозной терапии сопровождения после эндоскопического лигирования. После эндоскопического мини-инвазивного вмешательства пациенты находились в стационаре от 3 до 9 суток. После манипуляции в первые сутки рекомендуется только питьевой режим, далее со 2-х суток назначали индивидуальный хирургический стол с последующим расширением до щадящей диеты (пища не должна быть горячей). У пациентов с белково-энергетической недостаточностью к рациону добавляли смеси для энтерального лечебного питания, рекомендовали пить их медленно через трубочку, маленькими глотками [7]. После лигирования назначали ингибиторы протонной помпы внутривенно в течение 3 суток с переходом на прием препаратов внутрь в стандартной дозе 2 раза в сутки в течение 1 месяца (до контрольного эндоскопического исследования). Дополнительно первые 10 дней использовали жидкие антациды в интервалах между приемами пищи и на ночь. Проводился контроль регулярного опорожнения кишечника; для достижения мягкого (не требующего натуживания) стула 2–3 раза в сутки назначали лактулозу по 20–30 мл 1–3 раза в сутки (дозу подбирали индивидуально). Пациентам, не имеющим противопоказаний, возобновляли прием пропранолола, титруя дозу, начиная с 10 мг в сутки [3, 5]. Контрольную эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) выполняли через 1–1,5 месяца.

В случае необходимости делали последующие этапы лигирования.

В последнее время для профилактики и лечения кровотечений из ВРВП все чаще используют эндоваскулярные вмешательства, прежде всего трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt – TIPS) [8]. В нашей клинике методика внедрена с 2014 г. За период с 2014 по 2019 г. выполнена 51 операция TIPS пациентам с циррозом печени, из них 20 больным TIPS проводили одновременно с эмболизацией вен желудка (табл. 3). Возраст пациентов варьировал от 30 до 73 лет, мужчин – 30 (58,2%), женщин – 21 (41,2%). У 26 пациентов были эпизоды кровотечений из ВРВП в анамнезе, у 11 – признаки состоявшегося кровотечения, на высоте кровотечения оперированы 14 больных. Лигирование ВРВП до проведения TIPS выполнено у 34 (66,7%) больных. Среди пациентов, которые подверглись одновременно с TIPS эмболизации вен желудка, в 13 (25,5%) случаях эмболизирована одна вена, у 8 (15,7%) человек – 2, в 3 случаях – 3 и более вен. Ранний тромбоз шунта (в течение первого месяца) отмечен у 2 пациентов (3,9%). В сроки от 2-х месяцев до 3-х лет тромбозы шунта возникли у 5 (9,8%) больных. Рецидивы кровотечений (из вен дна желудка) в отдаленные сроки отмечены у 5 больных после TIPS (9,8%). Летальный исход зафиксирован у 5 пациентов. Двое пациентов умерли в клинике от прогрессирования полиорганной недостаточности вследствие раннего тромбоза стента. В трех случаях причиной летального исхода стало массивное кровотечение из варикозно-расширенных вен дна желудка. Трех (5,9%) пациентам после TIPS была выполнена ортотопическая трансплантация печени (табл. 3).

Роль гастроэнтеролога заключается в совместном с хирургом отборе пациентов для выполнения TIPS, а также в последующей медикаментозной терапии, которая обязательно включает препараты лактулозы *per os* в индивидуально подобранной

Таблица 3. Показатели эффективности и частота осложнений у пациентов с циррозом печени при проведении трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования ($n = 51$)
Table 3. Efficiency and complication rate in patients with liver cirrhosis and transjugular intrahepatic portosystemic shunt ($n=51$)

Показатели Criteria	Чел. Indiv.	%
Эффективность Efficiency	50	98,0
Повторное выполнение TIPS Repeated TIPS	5	9,8
Осложнения Complications	14	27,5
Летальный исход (в раннем периоде) Lethal outcome (short-term)	5	9,8
Трансплантация печени Liver transplantation	3	5,9
Осложнения TIPS: TIPS complications:		
- тромбоз шунта (1-й месяц) - shunt thrombosis (1 month)	2	3,9
- тромбоз шунта (отдаленный период – 2–36 месяцев) - shunt thrombosis (long-term, 2–36 months)	5	9,8

дозе, а при необходимости — *per rectum* (300 мл лактулозы + 700 мл воды), антибиотикотерапию (рифаксимин) 800–1200 мг в сутки — 14 дней, препараты L-орнитин-L-аспартата 20–40 г в/в, затем по 5 г 3 раза в сутки внутрь постоянно длительно [4, 5].

Наиболее радикальным методом лечения портальной гипертензии при ЦП является трансплантация печени. В 2011 г. впервые среди муниципальных лечебных учреждений в РФ в МБУЗ «Городская больница № 2» (в 2013 году больница получила статус краевого учреждения) была выполнена ортотопическая трансплантация печени. С 2011 по 2019 г. выполнено 17 трансплантаций печени, в том числе одна от живого близкородственного донора.

Всего за период с 2011 до декабря 2019 г. в листе ожидания трансплантации печени ГБУЗ «ККБ № 2» были включены 62 пациента, из них кровотечения из ВРВП в анамнезе имели 32 человека (51,6%). В период нахождения в листе ожидания 25 пациентам выполнено эндоскопическое лигирование вен пищевода: 1 этап — 14 больным, 2 этапа — 8, 3 этапа — 3 пациентам. TIPS выполнено 7 больным, из них в 3 случаях у пациентов, имевших до этого несколько этапов лигирования ВРВП. У 2 человек возник тромбоз шунта, по поводу чего выполнено повторное стентирование. Активная хирургическая тактика привела к тому, что среди 13 пациентов, которые умерли, находясь в листе ожидания, только в 2 случаях (15,4%) причиной летального исхода стали кровотечения из ВРВП, причем в обоих случаях смерть наступила в других лечебных учреждениях, куда пациенты были доставлены бригадой скорой медицинской помощи.

Среди 17 больных, которым была выполнена трансплантация печени, ВРВП 1 ст. было у 8 па-

циентов, 2 ст. — у 4, 3 ст. — у 5. Кровотечения из ВРВП в анамнезе отмечены у 6 пациентов. В период нахождения в листе ожидания эндоскопическое лигирование выполнено 5 больным, в 1 случае — проведено 2 этапа. TIPS выполнено 3 пациентам.

Срок наблюдения за пациентами после трансплантации печени в ГБУЗ «ККБ № 2» составляет от 5 месяцев до 8,5 года. В посттрансплантационном периоде не было ни одного случая кровотечений из вен пищевода. Из 17 прооперированных пациентов только у 1 сохраняются признаки портальной гипертензии.

Анализируя опыт работы сотрудников ГБУЗ «ККБ № 2» по оптимизации качества оказания медицинской помощи пациентам с ЦП, нельзя не упомянуть и о большой консультативной работе, в том числе проведении телеконсультаций медицинских учреждений районов Краснодарского края по тактике ведения пациентов с ЦП (табл. 4). На телеконсультации врачи центральных районных больниц чаще выходили по профилю «Гастроэнтерология», поскольку тактика обследования и медикаментозной терапии пациентов с ЦП требует углубленного обсуждения с визуальным представлением результатов исследования; в то же время по профилю «Хирургия» и «Эндоскопия» обсуждение тактики ведения чаще шло с использованием санавиации, поскольку коррекция хирургических осложнений требовала более быстрого принятия решений.

Обсуждение

Представленный нами опыт ГБУЗ «ККБ № 2» свидетельствует о том, что пациенты с ЦП нуждаются в комплексной мультидисциплинарной тактике ведения. На доклиническом этапе ЦП (стадия

Таблица 4. Профильность проведения консультаций пациентов с циррозом печени сотрудниками ГБУЗ «ККБ № 2 в 2019 году ($n = 301$)

Table 4. Specialty profile of liver cirrhosis-related consultations at the Regional Clinical Hospital No. 2 in 2019 ($n = 301$)

Профильность проведения консультаций Specialty	Телеконсультации $n = 126$ (100,0%) Teleconsultations, $n = 126$ (100.0%)	С использованием санавиации $n = 175$ (100,0%) Aviation medicine, $n = 175$ (100.0%)
- гастроэнтерология - gastroenterology	108 (85,7%)	34 (19,4%)
- хирургия - surgery	12 (9,5%)	92 (52,6%)
- эндоскопия - endoscopy	6 (4,8%)	49 (28,0%)

компенсации) координатором такой работы должен стать участковый терапевт, основным направлением работы которого должны стать выявление и коррекция факторов риска развития и прогрессирования заболевания печени, привлечение к консультациям гастроэнтерологов, инфекционистов, наркологов. На этапе декомпенсации портальной гипертензии и развития хирургических осложнений координатором работы междисциплинарной команды врачей выступает хирург, который привлекает к комплексному обследованию и лечению гастроэнтерологов, эндоскопистов, эндоваскулярных хирургов, трансплантологов.

Оптимально осуществляется такое комплексное ведение пациентов в рамках многопрофильной клиники третьего уровня оказания медицинской помощи. Наш опыт полностью согласуется с данными литературы. F. Kanwal и соавт. продемонстрировали, что ведение пациента в клинических центрах третьего уровня сопряжено с большей приверженностью критериям качества оказания медицинской помощи пациентам с ЦП в соответствии с национальными клиническими рекомендациями [9]. Согласно E. J. Vini и соавт., консультация гастроэнтеролога способствует улучшению исходов госпитализации у пациентов с декомпенсированным ЦП [10].

В тех районах Краснодарского края, где отсутствует гастроэнтерологическая служба, повышение качества оказания медицинской помощи пациентам с ЦП может быть достигнуто за счет телемедицинских консультаций. Вместе с тем следует отметить, что даже гастроэнтеролог общего профиля, как правило, не обладает всем спектром знаний, необходимых для ведения пациентов в листе ожидания трансплантации печени. Специалисты, имеющие практический опыт подобного ведения, как правило, работают в трансплантационных центрах. Краснодарский край имеет большой опыт организации телеконсультаций этого сложного контингента больных. Эффективность данной работы сопоставима с мировым опытом [9].

Основная проблема курации таких больных гастроэнтерологом заключается в том, что она,

как правило, фрагментарна. На амбулаторном этапе координировать работу мультидисциплинарной команды врачей должен участковый терапевт [11], на стационарном этапе при развитии хирургических осложнений ЦП — врач-хирург [3–5]. Представленная нами модель оказания высокотехнологичной специализированной помощи пациентам с ЦП с участием хирурга, гастроэнтеролога, эндоскописта, специалиста лучевой диагностики, эндоваскулярного хирурга, инфекциониста, внедренная в ГБУЗ «ККБ № 2», соответствует по эффективности лучшим мировым стандартам [12]. Отсутствие координированной работы мультидисциплинарной команды врачей снижает качество оказания медицинской помощи, замедляет постановку диагноза и своевременность применения консервативных и мини-инвазивных методов лечения [5, 13]. Проведенный метаанализ свидетельствует о том, что внедрение новых коммуникационных технологий существенно улучшает качество оказания медицинской помощи [14]. Широкое внедрение телекоммуникационных технологий в систему здравоохранения Краснодарского края позволяет трансформировать традиционное общение доктор — пациент, делает оказание высококвалифицированной специализированной помощи доступной населению края, в том числе и в самых отдаленных районах.

Выводы

1. Лица с компенсированным ЦП подлежат диспансерному наблюдению на терапевтическом участке с привлечением к консультациям гастроэнтерологов, инфекционистов, наркологов, эндоскопистов; усилия врачей амбулаторного звена должны быть направлены на трансформацию факторов риска развития и прогрессирования хронических болезней печени

2. Мини-инвазивные хирургические вмешательства (эндоскопические и эндоваскулярные) являются высокоэффективными и безопасными методами профилактики и лечения кровотечений из ВРВП и желудка. При выполнении TIPS обязательна медикаментозная терапия печеночной энцефалопатии.

3. У пациентов, находящихся в листе ожидания трансплантации печени, необходимо использовать все рекомендованные национальными клиническими рекомендациями методы профилактики и лечения кровотечений из ВРВП и желудка, комплексную посиндромную терапию ЦП.

4. Телемедицинские консультации с привлечением мультидисциплинарной команды специалистов призваны повысить доступность и качество оказания медицинской помощи пациентам с ЦП в отдаленных районах.

Литература / References

1. Администрация Краснодарского края, Министерство здравоохранения Краснодарского края. О состоянии здоровья населения и организации здравоохранения Краснодарского края по итогам 2018 года: государственный доклад. Филиппов Е.Ф. (ред.) Краснодар: Издательство ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»; 2019. [Krasnodar Krai Administration, Krasnodar Krai Ministry of Health. On the state of public health and healthcare management in Krasnodar Krai in 2018: a state report. Filippov E.F. (ed.). Krasnodar: "Meditsinskiy informatsionno-analiticheskiy tsentr" SBIHC MIAC; 2019. 162 p. (In Russ.)].
2. European Detailed Mortality Database. URL: <https://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/archive/mortality-database-updated>
3. Ивашкин В.Т., Маевская М.В., Павлов Ч.С., Федосына Е.А., Бессонова Е.Н., Пирогова И.Ю., Гарбузенко Д.В. Клинические рекомендации Российского общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации по лечению осложненной цирроза печени. Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол. 2016;26(4):71–102. [Ivashkin V.T., Mayevskaya M.V., Pavlov C.S., Fedosyina Y.A., Bessonova Y.N., Pirogova I.Yu., Garbuzenko D.V. Treatment of liver cirrhosis complications: Clinical guidelines of the Russian Scientific Liver Society and Russian gastroenterological association. *Rus J Gastroenterol, Hepatol, Coloproctol.* 2016;26(4):71–102 (In Russ.)]. DOI: 10.22416/1382-4376-2016-26-4-71-102
4. de Franchis R., Baveno V.I. Faculty. Expanding consensus in portal hypertension: report of the Baveno VI Consensus Workshop: stratifying risk and individualizing care for portal hypertension. *J Hepatol.* 2015;63(3):743–52. DOI: 10.1016/j.jhep.2015.05.022
5. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *J Hepatol.* 2018;69(2):406–60. DOI: 10.1016/j.jhep.2018.03.024
6. Федеральная служба статистики «Краснодарстат». ["Krasnodarstat" Federal Statistics Service (In Russ.)]. URL: www.krsdstat.gks.ru
7. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on nutrition in chronic liver disease. *J Hepatol.* 2019;70(1):172–93. DOI: 10.1016/j.jhep.2018.06.024
8. Tripathi D., Stanley A.J., Hayes P.C., Travis S., Armstrong M.J., Tsochatzis E.A., et al. Transjugular intrahepatic portosystemic stent-shunt in the management of portal hypertension. *Gut.* 2020; 69(7):1173–92. DOI: 10.1136/gutjnl-2019-320221
9. Kanwal F., Kramer J.R., Buchanan P., Asch S.M., Asisium Y., Bacon B.R., et al. The quality of care provided to patients with cirrhosis and ascites in the Department of Veterans Affairs. *Gastroenterology.* 2012;143(1):70–7. DOI: 10.1053/j.gastro.2012.03.038
10. Bini E.J., Weinschel E.H., Generoso R., Salman L., Dahr G., Pena-Sing I., Komorowski T. Impact of gastroenterology consultation on the outcomes of patients admitted to the hospital with decompensated cirrhosis. *Hepatology.* 2001;34(6):1089–95. DOI: 10.1053/jhep.2001.29204
11. Liss D.T., Chubak J., Anderson M.L., Saunders K.W., Tuzzio L., Reid R.J. Patient-reported care coordination: associations with primary care continuity and specialty care use. *Ann Fam Med.* 2011;9(4):323–9. DOI: 10.1370/afm.1278
12. Mellinger J., Volk M. Multidisciplinary management of patients with cirrhosis: a need for care coordination. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2013;11(3):217–23. DOI: 10.1016/j.cgh.2012.10.040
13. Sinclair M., Poltavskiy E., Dodge J.L., Lai J.C. Frailty is independently associated with increased hospitalisation days in patients on the liver transplant waitlist. *World J Gastroenterol.* 2017;23(5):899–905. DOI: 10.3748/wjg.v23.i5.899
14. Lau F., Kuziemsky C., Price M., Gardner J. A review on systematic reviews of health information system studies. *J Am Med Inform Assoc.* 2010; 17(6):637–45. DOI: 10.1136/jamia.2010.004838

Сведения об авторах

Дурлештер Владимир Моисеевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии № 3 ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; заместитель главного врача по хирургии ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» Министерства здравоохранения Краснодарского края.
Контактная информация: durleshter59@mail.ru;
350063, г. Краснодар, ул. им. Митрофана Седина, д. 4.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7420-0553>

Габриэль Сергей Александрович — доктор медицинских наук, главный врач ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», профессор кафедры хирургии № 3 ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Контактная информация: gabriel-sa@rambler.ru;
350063, г. Краснодар, ул. им. Митрофана Седина, д. 4.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0755-903X>

Information about the authors

Vladimir M. Durleshter — Dr. Sci. (Med.), Prof., Head of the Chair of Surgery No. 3, Kuban State Medical University; Deputy Chief Physician for Surgery, Regional Clinical Hospital No. 2.
Contact information: durleshter59@mail.ru;
350063, Krasnodar, Mitrofana Sedina str., 4.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7420-0553>

Sergey A. Gabriel — Dr. Sci. (Med.), Chief Physician, Regional Clinical Hospital No. 2; Prof., Chair of Surgery No. 3, Kuban State Medical University.
Contact information: gabriel-sa@rambler.ru;
350063, Krasnodar, Mitrofana Sedina str., 4.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0755-903X>

Корочанская Наталья Всеволодовна* — доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры хирургии № 3 ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; руководитель гастроэнтерологического центра ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2».
Контактная информация: nvk-gastro@mail.ru;
350063, г. Краснодар, ул. им. Митрофана Седина, д. 4.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5538-9419>

Ковалевская Ольга Витальевна — кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по клинико-экспертной и организационно-методической работе ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2».
Контактная информация: kovalevskaya.bms@mail.ru;
350012, г. Краснодар, ул. Красных Партизан, д. 6/2.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1604-764X>

Серикова Светлана Николаевна — доктор медицинских наук, доцент ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; заведующая гастроэнтерологическим центром ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2».
Контактная информация: serikovasn@mail.ru;
350063, г. Краснодар, ул. им. Митрофана Седина, д. 4.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2397-4839>

Марков Павел Викторович — доктор медицинских наук, заведующий хирургическим отделением № 5 ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»; профессор кафедры хирургии № 3 ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Контактная информация: pvmarkov@mail.ru;
350063, г. Краснодар, ул. им. Митрофана Седина, д. 4.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9074-5676>

Усова Ольга Анатольевна — кандидат медицинских наук, врач-гастроэнтеролог ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2».
Контактная информация: uoa-dr-gastro@yandex.ru;
350012, г. Краснодар, ул. Красных Партизан, д. 6/2.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1286-4952>

Мурашко Дмитрий Сергеевич — кандидат медицинских наук, врач-хирург хирургического отделения № 5 ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»; ассистент кафедры хирургии № 3 ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Контактная информация: mulder42@yandex.ru;
350063, г. Краснодар, ул. им. Митрофана Седина, д. 4.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4655-7368>

Дынько Виктор Юрьевич — кандидат медицинских наук, заведующий эндоскопическим отделением ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»; ассистент кафедры хирургии № 3 ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Контактная информация: dynko.viktor@yandex.ru;
350063, г. Краснодар, ул. им. Митрофана Седина, д. 4.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5594-5739>

Natalia V. Korochanskaya* — Dr. Sci. (Med.), Prof., Chair of Surgery No. 3, Kuban State Medical University; Head of the Gastroenterology Centre, Regional Clinical Hospital No. 2.
Contact information: nvk-gastro@mail.ru;
350063, Krasnodar, Mitrofana Sedina str., 4.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5538-9419>

Olga V. Kovalevskaya — Cand. Sci. (Med.), Deputy Chief Physician for Clinical Expertise, Management and Methodology, Regional Clinical Hospital No. 2.
Contact information: kovalevskaya.bms@mail.ru;
350012, Krasnodar, Krasnykh Partizan str., 6/2
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1604-764X>

Svetlana N. Serikova — Dr. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Kuban State Medical University; Regional Clinical Hospital No. 2.
Contact information: serikovasn@mail.ru;
350063, Krasnodar, Mitrofana Sedina str., 4.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2397-4839>

Pavel V. Markov — Dr. Sci. (Med.), Head of the Surgery Unit No. 5, Regional Clinical Hospital No. 2; Prof., Chair of Surgery No. 3, Kuban State Medical University.
Contact information: pvmarkov@mail.ru;
350063, Krasnodar, Mitrofana Sedina str., 4.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9074-5676>

Olga A. Usova — Cand. Sci. (Med.), Gastroenterologist, Regional Clinical Hospital No. 2.
Contact information: uoa-dr-gastro@yandex.ru;
350012, Krasnodar, Krasnykh Partizan str., 6/2.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1286-4952>

Dmitry S. Murashko — Cand. Sci. (Med.), Surgeon, Surgery Unit No. 5, Regional Clinical Hospital No. 2; Research Assistant, Chair of Surgery No. 3, Kuban State Medical University.
Contact information: mulder42@yandex.ru;
350063, Krasnodar, Mitrofana Sedina str., 4.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4655-7368>

Victor Yu. Dyn'ko — Cand. Sci. (Med.), Head of the Endoscopy Unit, Regional Clinical Hospital No. 2; Research Assistant, Chair of Surgery No. 3, Kuban State Medical University.
Contact information: dynko.viktor@yandex.ru;
350063, Krasnodar, Mitrofana Sedina str., 4.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5594-5739>

Бухтояров Артем Юрьевич — заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения № 2 ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2». Контактная информация: buhtojarov@yandex.ru; 350012, г. Краснодар, ул. Красных Партизан, д. 6/2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7994-4597>

Басенко Михаил Андреевич — клинический ординатор кафедры хирургии № 3 ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Контактная информация: mihailbasenko@mail.ru; 350063, г. Краснодар, ул. им. Митрофана Седина, д. 4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3286-030X>

Artem Yu. Bukhtoyarov — Head of the X-ray Surgery Diagnosis and Therapy Unit No. 2, Regional Clinical Hospital No. 2. Contact information: buhtojarov@yandex.ru; 350012, Krasnodar, Krasnykh Partizan str., 6/2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7994-4597>

Mikhail A. Basenko — Clinical Resident, Chair of Surgery No. 3, Kuban State Medical University. Contact information: mihailbasenko@mail.ru; 350063, Krasnodar, Mitrofana Sedina str., 4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3286-030X>

Поступила: 11.04.2020 Поступила после доработки: 17.06.2020 Принята: 29.06.2020

Опубликована: 30.08.2020

Submitted: 11.04.2020 Revision received: 17.06.2020 Accepted: 29.06.2020 Published: 30.08.2020

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author