

3-1-2019

## EVALUATION OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH LIVER CIRROSIS AFTER PORTOSYSTEMIC SHUNTING DEPENDING ON COMPLIANCE OF POSTOPERATIVE RECOMMENDATIONS

F.G. Nazirov

*Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named. Acad. V. Vakhidov, Tashkent, 100115, Uzbekistan, rsa-5555@mail.ru*

Follow this and additional works at: <https://uzjournals.edu.uz/tma>

---

### Recommended Citation

Nazirov, F.G. (2019) "EVALUATION OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH LIVER CIRROSIS AFTER PORTOSYSTEMIC SHUNTING DEPENDING ON COMPLIANCE OF POSTOPERATIVE RECOMMENDATIONS," *Central Asian Journal of Medicine*: Vol. 2019 : Iss. 1 , Article 3.

Available at: <https://uzjournals.edu.uz/tma/vol2019/iss1/3>

This Article is brought to you for free and open access by 2030 Uzbekistan Research Online. It has been accepted for inclusion in Central Asian Journal of Medicine by an authorized editor of 2030 Uzbekistan Research Online. For more information, please contact [brownman91@mail.ru](mailto:brownman91@mail.ru).

УДК: 616.36-004.089-07

*Title of the article in the Uzbek language:*

**ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН  
БЕМОРЛАРНИНГ ПОРТТОТИЗИМ  
ШУНТЛАШ ОПЕРАЦИЯСИДАН  
КЕЙИНГИ ТАВСИЯЛАРГА РИОЯ  
ЭТИШИГА ҚАРАБ ЯШАШ СИФАТИНИ  
БАҲОЛАШ**

*Title of the article in Russian language:*

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ  
БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ  
ПОСЛЕ ПОРТОСИСТЕМНОГО  
ШУНТИРОВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ  
ОТ СОБЛЮДЕНИЯ  
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ  
РЕКОМЕНДАЦИЙ**

**EVALUATION OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH LIVER CIRROSIS AFTER  
PORTOSYSTEMIC SHUNTING DEPENDING ON COMPLIANCE OF POSTOPERATIVE  
RECOMMENDATIONS**

**Nazirov F.G., Devyatov A.V., Babadzhanov A.Kh., Ruziboev S.A., Baibekov R.R.**

*Republican Specialized Center of Surgery named of academician V. Vakhidov*

**Maqola to'g'risida ma'lumot**

**Qabul qilindi: 2019 y, yanvar**

**Chop etildi: 2019 y, mart**

**Калит сўзлар:** жигар циррози, портал гипертензия, портотизим шунтлаш, хаёт сифати.

**АННОТАЦИЯ**

Ушбу мақола жигар циррози билан беморларнинг портотизим шунтлаш операциясидан кейинги яшаи сифатини баҳолашга бағишланган. Жигарнинг сурункали касалликлари (The Chronic Liver Disease Questionnaire) билан беморлар учун махсус сўровнома қўлланилди. Бундан таиқари тадқиқотда визуал аналог шкалалардан ҳам фойдаланилди. Жигар циррози (ЖЦ) билан 490 та беморда портотизим шунтлаш (ПТШ) операциясидан кейинги яшаи сифати анализ қилинди. Танлаб олинган беморлар ичида тадқиқотда узоқ натижалар кузатуви 78,6% (385 та бемор) таиқил этди. Беморларда асосий паталогияни ҳисобга олиб, ЖЦ билан ПТШ операциясидан кейинги умрнинг давомийлиги ва яшаи сифати адекват ишлаб турган шунт фонида жигарнинг функционал резервига ҳам боғлиқ бўлиб, жигарнинг асосий функцияларини медикаментоз коррекция қилиб туриш лозим. ПТШ операциясидан кейинги даврда портал гипертензияси бор беморларда геморрагик синдром хавфи бўлмаганда мунтазам равишда кўриклар ва консерватив даволаш курсларини ўтказиш

принципиал ахамият касб этиб, CLDQ сўровномаси шкалалари бўйича беморларнинг яшаи сифати индексининг даражаси ( $P < 0,001$ ) бўлганлиги, операциядан кейинги тавсияларга риоя қилган беморлар гуруҳида аниқланиши фикримизни исботлайди.

## Информация о статье

**Принят:** январь 2019 г.

**Опубликовано:** март 2019 г.

**Ключевые слова:** цирроз печени, портосистемное шунтирование, лечебно-диагностический протокол

## АННОТАЦИЯ

**Цель:** оценка качества жизни больных циррозом печени после портосистемного шунтирования (ПСШ) в зависимости от соблюдения послеоперационных рекомендаций. **Материалы и методы:** Анализ качества жизни проведен у 490 больных циррозом печени после ПСШ. Отдаленные результаты прослежены у 385 больных. ДСРА был наложен у 238 пациентов, ПСРА выполнен у 10 больных, ЛЛСРА – у 48, Н-СРА – у 21 и ССРА – у 68 больных. Средний возраст больных на момент операции составил  $29,7 \pm 0,7$  лет. Для оценки качества жизни использованы: специальный вопросник, разработанный Younossi Z.M. et al. (1999), визуальные аналоговые шкалы (ВАШ). Цифровой материал обработан методом вариационной статистики. **Результаты:** После ПСШ выживаемость больных и качество их жизни напрямую зависели от фактора тяжести патологического процесса в печени. Отказ или нерегулярное обследование и проведение специфической консервативной терапии обуславливало значительное снижение качества жизни после ПСШ: снижением физического состояния до  $3,4 \pm 0,2$  балла против  $4,5 \pm 0,7$  баллов, по шкале физического состояния до  $49,2 \pm 5,1\%$ , по ВАШ –  $65,1 \pm 5,1\%$ . **Выводы:** у больных с ПГ в условиях отсутствия риска развития геморрагического синдрома после ПСШ принципиальное значение имеет регулярные контрольный осмотр и проведение курсов консервативной терапии для профилактики или лечения других осложнений ЦП.

## Article info

**Adopted:** January 2019 y

**Published:** March 2019 y

**Key words:** liver cirrhosis, portal hypertension, portosystemic shunting, quality of life

## ABSTRACT

The article is devoted to the assessment of the quality of life of patients with cirrhosis of the liver after portosystemic shunting. To assess the quality of life, a special questionnaire was used for patients with chronic liver diseases - The Chronic Liver Disease Questionnaire. Also in our study we applied visual analogue scales. The analysis of the quality of life was performed in 490 patients with cirrhosis of the liver after portosystemic shunting. Of the total sample of patients analyzed in our work, the proportion of follow-up results was 78.6% (385 patients). Taking into account the main pathology, both the quality and duration of life of patients with cirrhosis after portosystemic shunting against the background of an adequately functioning shunt mainly depends on the functional reserve of the liver, the condition of which should be supported by medication aimed at correcting the basic functions of the liver. In patients with portal hypertension in the absence of risk of hemorrhagic syndrome after portosystemic shunting, it is of fundamental importance to have regular follow-up and conduct courses of conservative therapy for the prevention or treatment of other complications with cirrhosis of the liver, which proves the revealed level of the quality of life index with absolute predominance ( $P < 0.001$ ) both on the scales of the CLDQ questionnaire and on visual analogue scales of general well-being and health in the group of patients following postoperative recommendations.

В настоящее время во всех индустриально развитых странах отмечается неуклонный рост хронических заболеваний печени (ХЗП) различной этиологии, особенно среди трудоспособного населения [3]. Интерес к изучению осложнений заболеваний печени, в частности печеночной энцефалопатии (ПЭ), обусловлен широким ее распространением,

сложностью диагностики, отсутствием дифференцированных подходов к лечению и весомой ролью этого нарушения в формировании фатальных исходов [2,6]. Нервно-психические нарушения при ПЭ встречаются более чем у половины пациентов с циррозом печени (ЦП), при этом в большинстве случаев они потенциально обратимы [1].

В клинической практике в основном проводится диагностика и коррекция клинически выраженной энцефалопатии, развившейся на фоне цирроза печени. Частота встречаемости психомоторных нарушений среди больных хроническими гепатитами, а также распространенность и методы коррекции минимальной ПЭ до конца не изучены [4]. В то же время распознавание минимальной ПЭ имеет большое значение, поскольку она вызывает не только ухудшение психоэмоционального и нейрофизиологического состояния пациентов, но и серьезно ограничивает их трудоспособность, вплоть до инвалидизации [6]. Становится все более очевидным, что выявление и устранение минимальной ПЭ, наряду с базисной терапией поражений печени, является одной из основных задач врача-клинициста.

До настоящего времени комплексного подхода к диагностике ПЭ, включающего исследования психологических характеристик личности больных, не разработано, а именно оценка личностных особенностей пациентов, их взаимосвязи с течением заболевания помогает решить такую социальную проблему, как адаптация в обществе данной группы больных [5].

В связи с этим необходимо продолжение исследований, направленных на изучение клинко-лабораторных изменений при ПЭ, так как особенности клинического течения энцефалопатии в зависимости от нозологической формы ХЗП не изучены, специалисты продолжают спорить о существовании корреляций между биохимическими параметрами и наличием церебральной дисфункции, а также эффективностью ее лечения [1].

Таким образом, проблема печеночной энцефалопатии у пациентов с поражениями печени до конца не решена, а разработка адекватной тактики фармакотерапии данного вида патологии, которая с высокой клинической эффективностью одновременно должна позитивно воздействовать на состояние психоэмоциональной сферы и в конечном итоге улучшать качество жизни больных является одним из актуальных направлений современной медицины.

#### **Материал и методы**

Портосистемное шунтирование (ПСШ) представляет собой паллиативное вмешательство, направленное на коррекцию портальной гипертензии (ПГ). Основной его целью является профилактика кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ), особое значение в послеоперационном периоде отводится динамическим контрольным осмотрам и регулярным курсам консервативной терапии, которые для больных циррозом печени в зависимости от активации патологического процесса проводятся не реже 2-х раз в год.

Для оценки качества жизни использован специальный вопросник, разработанный Z.M. Younossi и соавт. (1999) для пациентов с хроническими заболеваниями печени – The Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ). CLDQ – это первый специальный специфический документ для оценки качества жизни, который включает 29 пунктов, распределенных по следующим 6 доменам: Абдоминальные симптомы, Усталость, Системные симптомы, Активность, Эмоциональное состояние и Беспокойство. Ответ респондентов включал 7 возможных вариантов: от «все время» до «никогда». С учетом того, что в нашей стране трансплантация печени пока не выполняется, последний 29 вопрос (Сколько раз в течение последних двух недель Вас беспокоила мысль о доступности печени, если вам нужна будет трансплантация печени?) был исключен из вопросника. Соответственно пациенты отвечали на 28 вопросов, по которым определялась средняя сумма баллов в целом (максимум 196 баллов) и по различным вопросам в отдельных доменах (от 1 до 7 баллов). При этом, чем выше показатель, тем лучше качество жизни.

Также мы применили визуальные аналоговые шкалы (ВАШ), представляющие собой отрезки прямой длиной 10 см, на концах которых отмечены противоположные состояния пациента (соответствует крайним значениям шкалы Likert – «всегда» или «никогда»). Пациенты заполняли две шкалы, по которым оценивался индекс качества жизни, связанный с ощущением общего благополучия и со здоровьем. Оба этих показателя оценивались от 0 до 100%, при этом, чем выше показатель, тем лучше качество жизни.

Анализ качества жизни проведен у 490 больных ЦП после ПСШ. Из всей выборки пациентов доля прослеженных отдаленных результатов составила 78,6% (385 больных). Следует еще раз отметить, что анализу были подвергнуты только пациенты с диффузным заболеванием печени (ЦП), а больные с внепеченочными формами ПГ из исследования исключались. ДСРА был наложен у 238 (61,8%) пациентов, ПСРА выполнен у 10 (2,6%) больных, ЛЛСРА у 48 (12,5%), Н-СРА у 21 (5,5%), ССРА у 68 (17,7%). Средний возраст больных на момент операции – 29,7±0,7 года.

### Результаты

С учетом основной патологии как качество, так и продолжительность жизни больных ЦП после ПСШ на фоне адекватно функционирующего шунта в основном зависит от функционального резерва печени, состояние которого должно поддерживаться медикаментозными мероприятиями, направленными на коррекцию основных функций печени. Исключение составляют больные, у которых после ПСШ отмечается тромбоз шунта и рецидив кровотечения, на фоне которого быстро прогрессирует печеночная недостаточность. Этим пациентам, помимо курса специфической интенсивной терапии, после остановки кровотечения и короткого периода реабилитации, при стабильном состоянии, требуется повторное вмешательство. Операцией выбора в данных ситуациях является тотальное разобщение гастроэзофагеального коллектора.

Соответственно в условиях функционирующего анастомоза и хронически прогрессирующего цирротического процесса качество жизни будет зависеть от тяжести клинических проявлений гепатоцеллюлярной недостаточности, поэтому мы проанализировали этот фактор в зависимости от качества соблюдения пациентами послеоперационных рекомендаций.

Как по шкале физического состояния, так и по шкале психологического состояния и субъективного восприятия своего здоровья в группе больных, регулярно соблюдающих рекомендации, показатели качества жизни были значительно лучше ( $p < 0,001$  по всем доменам вопросника CLDQ). К 3-му месяцу наблюдения по физическому состоянию средний балл составил 4,7±0,7 против 4,4±0,5. В более поздние сроки, до 12 месяцев показатели качества жизни у пациентов, соблюдающих рекомендации достоверно не изменялись, тогда как в группе сравнения по всем периодам показатели достоверно ухудшались, составив к 3-му году наблюдения всего 3,4±0,2 балла против 4,5±0,7 балла. В другие сроки пациентов с нерегулярной консервативной терапией мы не наблюдали (табл. 1). Шкала психологического состояния и субъективного восприятия своего здоровья также отражала тенденцию к низкому качеству жизни у больных, не обращавшихся на контрольный осмотр или не получающих специфическую терапию. К 3-му месяцу наблюдения по физическому состоянию средний балл составил 4,1±0,8 против 4,3±0,5 ( $p < 0,001$ ) в группе сравнения.

Таблица 1

Средний балл показателя качества жизни по шкалам физического и психологического состояния при строгом соблюдении послеоперационных терапевтических рекомендаций

Шкала оценки качества жизни	Контроль	3 мес.	6 мес.	12 мес.	3 года	5 лет	Более 5 лет
Регулярные контрольный осмотр и консервативная терапия							
Число больных	50	133	86	76	64	31	21
Шкала физического состояния	5,9	4,7	4,8	4,7	4,5	3,4	3,2

	стандартное отклонение	0,6	0,7	0,5	0,6	0,7	0,5	0,5
	стандартная ошибка (m)	0,08	0,06	0,04	0,05	0,06	0,08	0,10
	T-критерий (p) по отношению к предыдущему показателю		<0,001	>0,05	>0,05	<0,05	<0,001	>0,05
Шкала психологического состояния и субъективного восприятия своего здоровья		5,8	4,3	4,2	4,2	3,9	3,0	2,8
	стандартное отклонение	0,7	0,5	0,6	0,5	0,7	0,6	0,6
	стандартная ошибка (m)	0,09	0,04	0,05	0,04	0,06	0,10	0,12
	T-критерий (p) по отношению к предыдущему показателю		<0,001	>0,05	>0,05	<0,001	<0,001	>0,05
Не регулярное обращение в рекомендуемые сроки или отказ от консервативной терапии								
	Число больных	50	32	26	18	14		
Шкала физического состояния		5,9	4,4	4,1	3,8	3,4		
	стандартное отклонение	0,6	0,5	0,6	0,6	0,2		
	стандартная ошибка (m)	0,08	0,03	0,05	0,06	0,04		
	T-критерий (p) по отношению к предыдущему показателю		<0,001	<0,001	<0,01	<0,001		
	T-критерий (p) по отношению к группе сравнения		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		
Шкала психологического состояния и субъективного восприятия своего здоровья		5,8	4,1	3,9	3,8	2,9		
	стандартное отклонение	0,7	0,8	0,5	0,8	0,5		
	стандартная ошибка (m)	0,09	0,06	0,05	0,09	0,07		
	T-критерий (p) по отношению к предыдущему показателю		<0,001	<0,05	>0,05	<0,001		
	T-критерий (p) по отношению к группе сравнения		<0,01	<0,01	>0,05	<0,001		

В более поздние сроки, до 12 месяцев показатели качества жизни по этой шкале у пациентов, соблюдающих рекомендации, также достоверно не изменялись, тогда как в группе сравнения по всем периодам показатели достоверно ухудшались, составив к 3-м годам наблюдения всего  $2,9 \pm 0,5$  балла против  $3,9 \pm 0,7$  балла.

Наиболее наглядно эту тенденцию отражает динамическая кривая по отношению качества жизни больных ЦП после ПСШ к контролю. Так, по шкале физического состояния в сроки до 3-х месяцев наблюдения разница по отношению к контролю в группах сравнения составила 5,5%, однако к 3-м годам наблюдения этот показатель вырос до 19,5% ( $76,9 \pm 4,9\%$  против  $57,4 \pm 5,3\%$ ). Как видно из рисунка 1, значительное снижение качества жизни, связанное с прогрессированием патологического процесса у больных, соблюдающих рекомендации, выявлено после 3-х лет наблюдения.



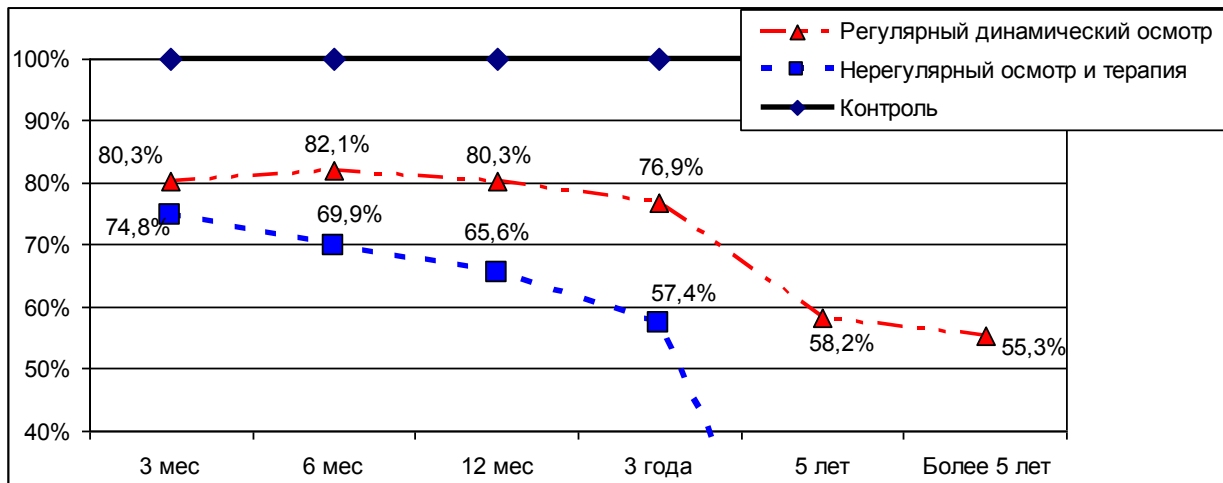


Рис. 1. Динамическая кривая показателя качества жизни при соблюдении и несоблюдении рекомендаций после ПСШ по шкале физического состояния.

Динамическая кривая показателя качества жизни при соблюдении и несоблюдении рекомендаций после ПСШ по шкале психологического состояния также доказывает необходимость регулярных контрольных осмотров и проведения курсов консервативной терапии. При исходном значении по отношению к контролю соответственно  $74,2 \pm 3,9$  и  $70,5 \pm 4,4\%$  качество жизни к 3-му году наблюдения снизилось до  $67,3 \pm 4,7\%$  при регулярном лечении и до  $49,2 \pm 5,1\%$  – при несоблюдении рекомендаций (рис. 2).

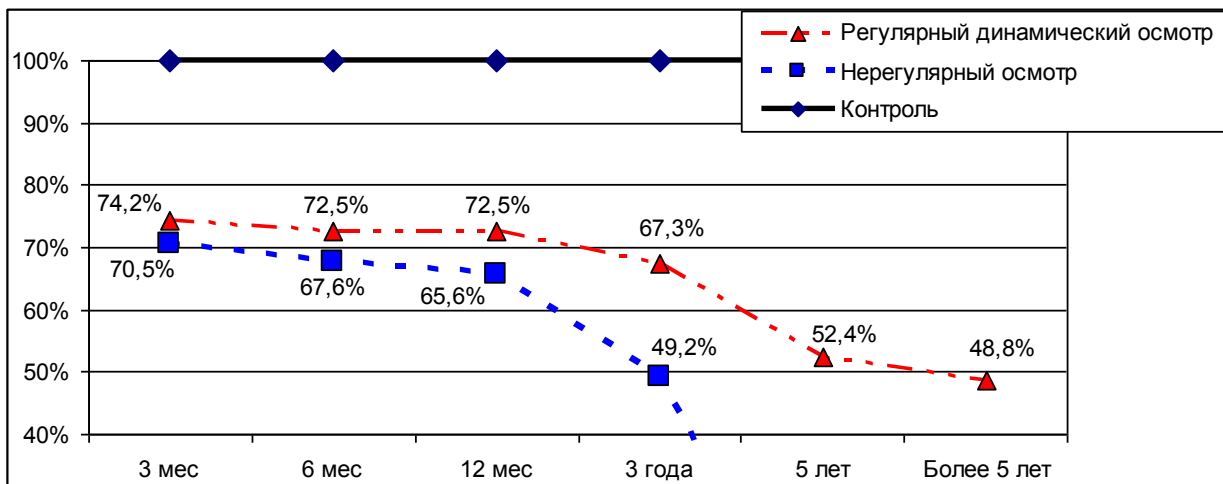


Рис. 2. Динамическая кривая показателя качества жизни при соблюдении и несоблюдении рекомендаций после ПСШ по шкале психологического состояния.

При анализе по ВАШ общего благополучия и здоровья также выявлено значительное снижение качества жизни при несоблюдении рекомендаций. Так, в сроки до 3-х месяцев наблюдения индекс качества жизни по ВАШ общего благополучия у больных, соблюдающих рекомендации, составил  $75,2 \pm 4,6\%$ , тогда как в группе сравнения – только  $67,2 \pm 5,6\%$  по отношению к максимуму (100%). Прогрессивное ухудшение показателя зарегистрировано только к 3-му году наблюдения в группе соблюдающих рекомендации –  $69,3 \pm 5,4\%$ . В группе пациентов с нерегулярными курсами консервативной терапии показатель качества жизни достоверно снижался на всех периодах наблюдения ( $p < 0,05-0,001$ ). Аналогичная тенденция наблюдалась при определении индекса качества жизни по ВАШ здоровья, составив в сроки до 3-х месяцев  $61,6 \pm 5,0\%$  и только  $53,2 \pm 5,1\%$  по отношению к максимуму к 3-му году наблюдения ( $p < 0,05-0,001$ ). Во всех периодах наблюдения индекс качества жизни был хуже с высокой степенью значимости у больных, не соблюдавших рекомендации ( $p < 0,001$ ) (табл. 2).

Таблица 2

Показатель качества жизни по ВАШ общего благополучия и здоровья при соблюдении и несоблюдении рекомендаций после ПСШ

Показатель, %	3 мес.	6 мес.	12 мес.	3 года	5 лет	Более 5 лет
Контроль (ИКЖОБ)	82,4	82,4	82,4	82,4	82,4	82,4
Контроль (ИКЖЗ)	78,3	78,3	78,3	78,3	78,3	78,3
Регулярные контрольный осмотр и консервативная терапия						
Индекс качества жизни по ВАШ общего благополучия	75,2	74,1	73,2	69,3	54,1	49,7
стандартное отклонение	4,6	4,9	5,6	5,4	7,1	7,4
стандартная ошибка (m)	0,41	0,46	0,51	0,49	0,62	0,65
T-критерий (p) по отношению к предыдущему показателю	<0,001*	>0,05	>0,05	<0,001	<0,001	<0,001
Индекс качества жизни по ВАШ здоровья	67,4	66,5	66,1	63,4	51,4	42,6
стандартное отклонение	4,4	2,9	3,2	3,7	4,5	4,8
стандартная ошибка (m)	0,37	0,19	0,26	0,31	0,51	0,53
T-критерий (p) по отношению к предыдущему показателю	<0,001*	<0,05	>0,05	<0,001	<0,001	<0,001
Нерегулярное обращение в рекомендуемые сроки						
Индекс качества жизни по ВАШ общего благополучия	67,2	67,7	61,6	55,7		
стандартное отклонение	5,6	3,5	6,8	6,0		
стандартная ошибка (m)	0,54	0,34	0,51	0,61		
T-критерий (p) по отношению к предыдущему показателю	<0,001*	<0,05	<0,001	<0,001		
T-критерий (p) по отношению к группе сравнения	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		
Индекс качества жизни по ВАШ здоровья	61,6	59,1	58,7	51,0		
стандартное отклонение	5,0	3,5	4,4	5,1		
стандартная ошибка (m)	0,51	0,63	0,68	0,67		
T-критерий (p) по отношению к предыдущему показателю	<0,001*	<0,01	<0,05	<0,001		
T-критерий (p) по отношению к группе сравнения	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		

Примечание. \* – достоверность отличий от контроля.

Если рассматривать полученные показатели по отношению к контролю (показатель у здоровых людей, принятый за 100%), то индекс качества жизни по ВАШ общего благополучия составил  $91,3 \pm 2,3\%$  в группе пациентов, соблюдающих рекомендации, против  $81,6 \pm 3,5\%$  у больных с нерегулярным контрольным обследованием и консервативным лечением. В более поздние сроки тенденция к снижению нарастает в значительной степени при не соблюдении рекомендаций (рис. 3).



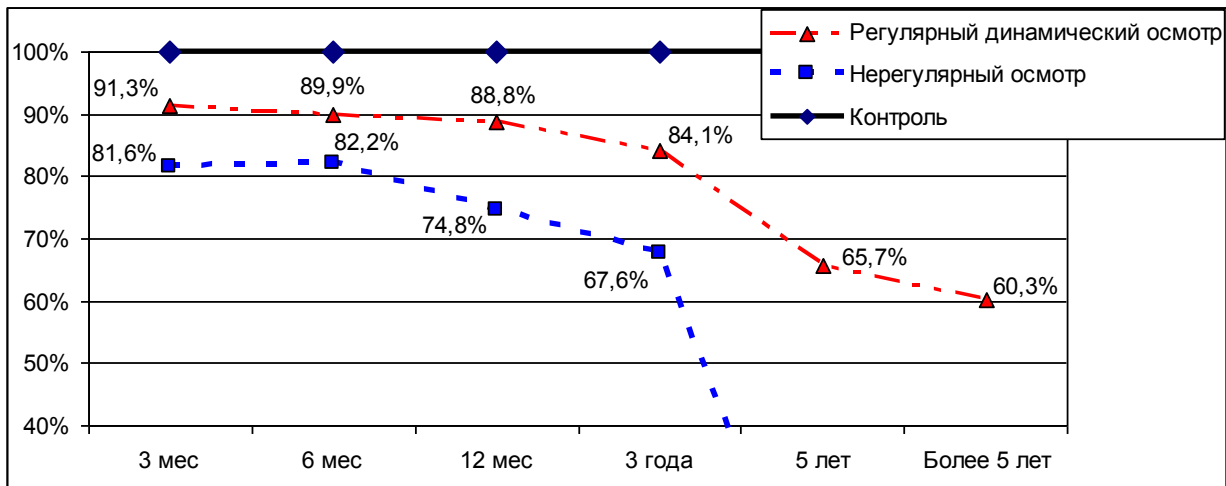


Рис. 3. Сравнительные кривые относительного показателя качества жизни по ВАШ общего благополучия при соблюдении и несоблюдении рекомендаций после ПСШ.

Сравнительные кривые относительного показателя качества жизни по ВАШ здоровья при соблюдении и несоблюдении рекомендаций после ПСШ также отражали указанную тенденцию. Так, в сроки до 3-х месяцев индекс качества жизни составил соответственно  $86,1 \pm 3,2$  и  $78,7 \pm 3,6\%$  ( $p < 0,001$ ), к 3-у году наблюдения –  $81,0 \pm 4,5\%$  и только  $65,1 \pm 5,1\%$  ( $p < 0,001$ ) (рис. 4).

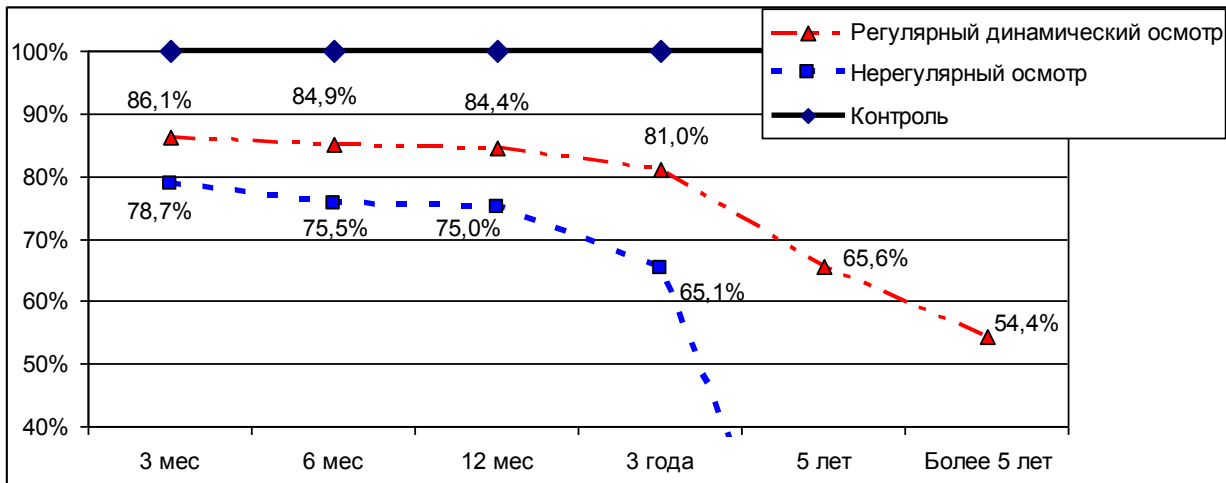


Рис. 4. Сравнительные кривые относительного показателя качества жизни по ВАШ здоровья при соблюдении и несоблюдении рекомендаций после ПСШ.

Таким образом, у больных с ПГ в условиях отсутствия риска развития геморрагического синдрома после ПСШ принципиальное значение имеет регулярные контрольный осмотр и проведение курсов консервативной терапии для профилактики или лечения других осложнений ЦП, что доказывает выявленный уровень индекса качества жизни с абсолютным преобладанием ( $p < 0,001$ ) как по шкалам вопросника CLDQ, так и по ВАШ общего благополучия и здоровья в группе больных, соблюдающих послеоперационные рекомендации.

Декомпрессивный эффект ПСШ в лучшем исходе оперативного вмешательства не должен повлиять на функциональное состояние печени, что достигается не только селективной декомпрессией, но и с помощью парциальных центральных шунтов. В свою очередь, для больных ЦП даже в условиях компенсированного течения требуются регулярные контрольные обследования и проведение курсов консервативной терапии. После ПСШ как выживаемость больных, так и их качество жизни напрямую зависит от фактора тяжести патологического процесса в печени. Наши исследования доказали, что

отказ или нерегулярное обследование и проведение специфической консервативной терапии обуславливает значительное снижение индекса качества жизни после ПСШ. Следует отметить, что в большинстве случаев первичное обращение к врачу больных ЦП происходит при развитии осложнений, в частности отечно-асцитического, геморрагического синдромов и ПЭ, что может значительно затруднить как лечение осложнений, так и поддержание компенсированной функции печени. С учетом того, что отечно-асцитический и геморрагический синдромы могут корригироваться декомпрессивными вмешательствами, то тяжесть течения ПЭ после ПСШ может усугубиться и обязательно должна корригироваться специфическими консервативными мероприятиями. Особое значение должно отводиться диагностическим возможностям по выявлению синдрома ПЭ. Именно это осложнение отличается наибольшей трудностью в диагностике, так как развитие клинических признаков ПЭ свидетельствует о значительном снижении функции гепатоцитов. Соответственно для больных ЦП, особенно при планировании ПСШ, принципиальное значение имеет своевременное выявление степени тяжести ПЭ, особенно ее латентной формы, чем будет посвящен следующий этап нашего исследования.

#### *References:*

1. Moiseyeva Ye.O. Sovremennìye klinicheckiyе i instrumental`nìye metodi` diagnostiki pechenochnoy entsefalopatii // Vestn. Smolenskoj med. akad. – 2010. – №1. – S. 78-83.
2. Nazi`rov F.G., Devyatov A.V., Babadjanov A.Kh. i dr. Effektivnost` endoskopicheskikh vmeshatel`stv u bol`ni`kh tsirrozm pecheni // Annali` khir. gepatol. – 2017. – T. 22, №2. – S. 45-53.
3. Orloff M.J., Hye R.J., Wheeler H.O. et al. Randomized trials of endoscopic therapy and transjugular intrahepatic portosystemic shunt versus portacaval shunt for emergency and elective treatment of bleeding gastric varices in cirrhosis // Surgery. – 2015. – Vol. 157, №6. – P. 1028-1045.
4. Reuter B., Walter K., Bissonnette J. et al. Assessment of the Spectrum of Hepatic Encephalopathy: A Multi-Center Study // Liver Transpl. – 2018. – Vol. 19.
5. Ridola L., Cardinale V., Riggio O. The burden of minimal hepatic encephalopathy: from diagnosis to therapeutic strategies // Ann. Gastroenterol. – 2018. – Vol. 31, №2. – P. 151-164.
6. Simyn-Talero M. et al. Association Between Portosystemic Shunts and Increased Complications and Mortality in Patients With Cirrhosis // Gastroenterology. – 2018. – Vol. 20.