

sis for MD. Moscow, "Rossiyskiy onkologicheskiy nauchnyy tsentr im. N.N. Blokhina RAMN", 1997, 306 p.

2. Clinical recommendations of ESMO for diagnosis, treatment and follow-up for locally advanced and metastatic breast cancer. *Minimalnye klinicheskie rekomendatsii Yevropeyskogo obschestva meditsinskoi onkologii (ESMO)* [The minimum clinical recommendations of the European Society of Medical Oncology (ESMO)]. Moscow, 2006, 27-30.

3. Hortobagyi G.N., Kaufmann M., Goldhirsch A. et al. Recommendations from an international expert panel on the use of neoadjuvant (primary) systemic treatment of operable breast cancer: an update. *J Clin Oncol* 2006; 24:1940-9.

4. Haagensen C., Stout A. Carcinoma of the breast: criteria of operability. *Ann. Surg.* 1943; 118: 1032-1052.

5. Haagensen C., Stout A.P. Carcinoma of the breast. Results of treatment. *Ann. Surg.* 1942; 116: 801-815.

6. Shomova M.V. Locally advanced breast cancer (treatment and prognostic factors). Abstract for MD degree, Moscow, 1999, 45 p.

7. Letyagin V.P. Topical issues of treatment of primary breast cancer. *Mammologiya* 1992; 1: 52-56.

8. Kuerer H.M., Schwartz G.F., Lange A.K., Topham A.K. Breast conservation following induction chemotherapy for locally advanced carcinoma of the breast (stages IIB and III). A surgical perspective. *Surg. Oncol. Clin. N. Am.* 1995; 4: 657-669.

9. Fourquet A., Campana F., Scholl S. et al. Primary chemotherapy or primary radiotherapy: a possibility to preserve the breast in large tumors. International Congress of Radiation Oncology 1993. June 21-25. Kyoto, 1993: 112.

10. Semiglazov V.F., Semiglazov V.V., Kletsel' A.Ye. Non-invasive and invasive breast tumors. St. Petersburg, 2006. 350 p.

11. Fornasiero A., Ghiotto C., Daniele O., Favaretto A.G., D'Amanzo P., Ziade A. Neoadjuvant moderately high-dose chemotherapy with rh-G-CSF in locally advanced breast carcinoma. *Tumors* 2001; 87 (4): 223-228.

12. Therasse P. et al. (2003). Taghian A.G., Jeong J.H., Mamounas E.P. et al. Low locoregional recurrence rate among node-negative breast cancer patients with tumors 5 cm or larger treated by mastectomy, with or without adjuvant systemic therapy and without radiotherapy: results from five national surgical adjuvant breast and bowel project randomized clinical trials. *J. Clin. Oncol.* 2006; 24(24): 3927-3932.

Надійшла 11.04.2017

Рецензент д-р мед. наук,
проф. В. Й. Кресюн

УДК 616.006-089;616.36-002.17-08-092.9

О. Ф. Дзыгал, Ю. В. Грубнік

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОНАННЯ ПОРТОКАВАЛЬНОГО ШУНТУВАННЯ У ХВОРИХ З ПОРТАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 616.006-089;616.36-002.17-08-092.9

А. Ф. Дзыгал, Ю. В. Грубнік

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПОРТОКАВАЛЬНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Для лечения 98 больных циррозом печени (ЦП) и снижения портальной гипертензии выполняли миниинвазивные операции портокавального шунтирования (ПКШ). Оценивали эффективность выполненных хирургических операций. Селективную декомпрессию портальной системы выполняли посредством создания дистального спленоренального анастомоза, частичную декомпрессию портальной системы устраняли путем создания портокавальных анастомозов.

Данные клинических наблюдений свидетельствуют в пользу выполнения операций ПКШ у больных ЦП, вследствие чего улучшается клиническое состояние пациентов, устраняется декомпрессия портальной системы, снижается количество осложнений и отсутствует летальность. При непосредственном и отсроченном послеоперационном наблюдении у пациентов с ЦП отмечается позитивная динамика выраженности варикозного расширения вен пищевода и портальной гипертензивной гастропатии.

Сделан вывод, что выполнение селективного и парциального ППШ с целью коррекции портальной гипертензии у больных ЦП является эффективным хирургическим способом лечения основного заболевания, гарантирует предупреждение пищеводно-желудочных кровотечений в отдаленном периоде наблюдения и обеспечивает выживаемость у больных с компенсированной или субкомпенсированной функцией печени.

Ключевые слова: цирроз печени, портальная декомпрессия, варикозное расширение вен пищевода, портальная гипертензивная гастропатия.

UDC 616.006-089;616.36-002.17-08-092.9

O. F. Dzygal, Yu. V. Grubnik

PORTO-CAVAL SHUNTING EFFICACY CRITERIA IN PATIENTS WITH PORTAL HYPERTENSION

The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

Introduction. Article is devoted to the improvement of miniinvasive surgical treatment of patients with liver cirrhosis (LC) with portal hypertension.

The aim of the work is the determination of patients with LC and portal hypertension surgical treatment effectiveness throughout the immediate and long-term postoperative period.



Material and methods. Miniinvasive operations of porto-caval shunting (PCS) were carried out for 98 patients with liver cirrhosis (LC) treatment and portal hypertension. The efficiency of surgical operations was evaluated. Portal system selective decompression was reached by distal spleno-renal anastomosis, portal system partial decompression was eliminated by porto-caval anastomosis creation. The patients were under the observation directly after the operation — within 3–6 months and during the postponed period — till 4–5 years. The number of complications and lethality cases, as well as the dynamics of the degree of varicose veins of the esophagus and the severity of portal hypertensive gastropathy, were chosen as criteria for the effectiveness of the performed operations. Authors provided indications and contraindications to PCS operations.

Results. Data of clinical observations are in favour of PKS in patients with LC which results in patients' clinical condition improvement, encephalopathy reduction, decrease of complications episodes and lack of lethality. During immediate and delayed postoperative follow-up, patients with CP have a positive dynamics of varicose veins of the esophagus and portal hypertensive gastropathy. There were no lethality in case of such operations performing.

Conclusions. Authors conclude that both selective and partial PKS are effective methods for portal hypertension correction because it results in the main disease treatment, guarantees the esophageal and gastric bleedings prevention in the postponed period and provides survival of patients with the compensated or subcompensated liver function. Both selective and partial PKS efficacy is confirmed by varicose veins of the esophagus manifestation improvement as well as by a decrease in the number of patients with a severe intensity of this pathology. A similar positive picture as a result of portal system decompression operations in patients with LC is registered in case of portal hypertensive gastropathy severity evaluation.

Key words: liver cirrhosis, portal decompression, varicose veins of the esophagus, portal hypertensive gastropathy

Підвищення ефективності лікування хворих на цироз печінки (ЦП) — актуальна проблема сучасної абдомінальної хірургії, яка має також соціальне й економічне значення [1; 2]. Один із провідних патогенетичних чинників ЦП та водночас його ускладнень — підвищення тиску крові в портальній вені. Наслідком портальної гіпертензії у вказаного контингенту хворих є кровотеча з варикозних розширених вен стравоходу і шлунка [3].

Найбільш дієвим засобом усунення портальної гіпертензії є намагання досягти селективної або парціальної декомпресії у портальній системі, ефективність якої визначається особливостями клінічного стану пацієнтів протягом післяопераційного періоду. Одним із способів хірургічного лікування хворих на ЦП, ускладнений портальною гіпертензією, є портокавальне шунтування (ПКШ), яке полягає у створенні штучного каналу між порожнистою та ворітною венами для відтоку венозної крові в обхід печінки [2; 4].

Маючи певний досвід хірургічної корекції портальної гі-

пертензії у хворих на ЦП із вираженими судинними ускладненнями, повідомляємо про позитивні результати при виконанні операцій ПКШ. Зрозуміло, що найголовнішим аргументом на користь застосування подібного методологічного підходу є критерії ефективності виконаних операцій. Саме тому ми провели ретроспективний аналіз ефективності лікування хворих на ЦП з портальною гіпертензією при виконанні їм ПКШ.

Мета роботи — визначення ефективності хірургічного лікування портальної гіпертензії у хворих на ЦП при виконанні їм операцій ПКШ протягом безпосереднього та віддаленого післяопераційного терміну.

Матеріали та методи дослідження

Протягом останніх 7 років під нашим наглядом було проліковано 262 хворих на ЦП віком від 36 до 69 років. Жінок було 164 (62,6 %), чоловіків — 98 (37,4 %). Вік 67 (25,6 %) пацієнтів перевищував 40 років, 97 (37,0 %) хворих — 50 років, 56 (21,4 %) хворих був понад 60 років. Діагноз ЦП встанов-

лювали на підставі клінічного обстеження хворих, біохімічного аналізу крові, виконання УЗД органів гепатопанкреатодуоденальної ділянки, комп'ютерної томографії, ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії тощо.

При надходженні до клініки всім пацієнтам виконували фіброезофагогастроуденоскопію для визначення наявності та ступеня вираженості варикозного розширення вен стравоходу та шлунка, іншої судинної патології, локалізації джерела крововиливу та оцінку ризику його рецидиву. Ступінь розширення вен стравоходу оцінювали за [5], вираженість портальної гіпертензивної гастропатії — за [6].

Операцію ПКШ було виконано 98 (37,4 %) пацієнтам середнім віком (54,7±9,6) року (від 42 до 67). З урахуванням класифікації печінкової дисфункції за Child-Pugh [7], досліджували були рандомізовані так (рис. 1): з компенсованим ЦП (I стадія) — 31 (31,6 %) хворий, з субкомпенсованим ЦП (II стадія) — 50 (51,0 %), з декомпенсованим ЦП (III стадія) — 17 (17,4 %).



Селективної декомпресії портальної системи досягали шляхом виконання дистального спленоренального анастомозу у 67 (68,4 %) хворих з числа всіх, яким виконували ПКШ. У 31 (31,6 %) хворого парціальної декомпресії портальної системи досягали шляхом створення портокавальних анастомозів діаметром 7–10 мм з інтерпозиційною вставкою або за типом «бік-у-бік».

Після операцій ПКШ спостерігали за хворими протягом безпосереднього післяопераційного періоду (3–6 міс.), а також протягом віддаленого періоду (до 4–5 років). Ефективність оперативних втручань визначали за наявністю або відсутністю ускладнень і випадків летальності хворих, а також за динамікою ступеня варикозного розширення вен стравоходу та вираженості портальної гіпертензивної гастропатії.

Результати дослідження та їх обговорення

Варикозне розширення вен стравоходу зареєстровано в усіх хворих, яким було виконано оперативне лікування (рис. 2).

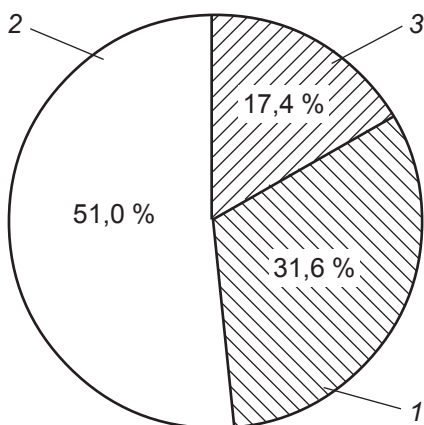


Рис. 1. Розподіл хворих на цирроз печінки за ступенем його вираженості згідно з класифікацією Child-Pugh: 1 — I стадія; 2 — II стадія; 3 — III стадія

У більшості хворих 68 (69,4 %) пацієнтів відзначено розширення вен III ступеня, максимальної вираженості (IV ступінь) розширення вен стравоходу визначено у 25 (25,5 %) хворих.

Ураження шлунка (портальна гіпертензивна гастропатія) було виявлено у 79 (80,6 %) хворих на ЦП з портальною гіпертензією. З-поміж них у 57 (57,1 %) хворих визначено легкий ступінь портальної гіпертензивної гастропатії (рис. 3).

Основним показанням до виконання дистального спленоренального анастомозу вважали рецидивні кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу і шлунка та не ефективність ендоскопічної їх ерадикації. Протипоказаннями до цього оперативного втручання вважали тромбоз селезінкової вени, наявність даних в анамнезі про напади гострого панкреатиту, набряково-асцитичний синдром (який коригується діуретичними фармакологічними препаратами або який є резистентним щодо сечогінної терапії), а також клінічні ознаки печінкової енцефалопатії.

Показаннями до парціальної декомпресії портальної си-

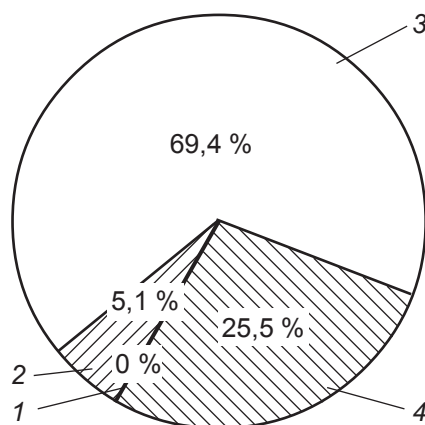


Рис. 2. Розподіл оперованих хворих за ступенем вираженості варикозного розширення вен стравоходу: 1 — I ступінь; 2 — II ступінь; 3 — III ступінь; 4 — IV ступінь

стеми вважали рецидивні кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу і шлунка при безуспішності ендоскопічного лікування, неможливість виконати дистальний спленоренальний анастомоз, варикозне розширення вен стравоходу IV ступеня на тлі вираженого та стійкого асцитичного синдрому (в тому числі діуретикорезистентного та за відсутності ознак стенозу інтрапечінкового відділу нижньої порожнистої вени). Наявність клінічних ознак печінкової енцефалопатії також розцінювали як протипоказання до оперативного втручання.

У 84 (85,7 %) хворих показаннями до виконання ПКШ у плановому порядку були стравохідно-шлункові кровотечі в анамнезі. У 14 (14,3 %) хворих ПКШ виконано з профілактичною метою. Показаннями до виконання різних типів ПКШ у цих пацієнтів були рецидивне варикозне розширення вен стравоходу III–IV ступеня, наявність стійкого до лікування асциту в поєднанні з варикозним розширенням вен стравоходу.

У 57 (58,2 %) пацієнтів для декомпресії портальної систе-

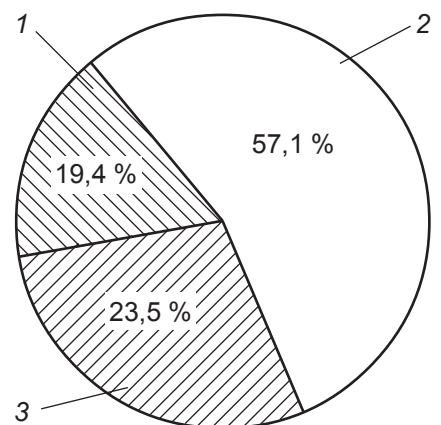


Рис. 3. Розподіл оперованих хворих за ступенем вираженості портальної гіпертензивної гастропатії: 1 — відсутня; 2 — легкий ступінь; 3 — тяжкий ступінь



ми виконано селективне розвантаження гастроєзофагального венозного басейну шляхом накладання дистального спленоренального анастомозу. При технічній неможливості його виконання, а також за наявності супровідного вираженого асцитичного синдрому у 38 (38,8 %) пацієнтів здійснювали часткове шунтування системи портальної вени, використовуючи різні конструкції анастомозів малого діаметра — у переважній більшості виконували мезентерико-кавальний Н-анастомоз. У трьох спостереженнях встановлено кризьяремний внутрішньопечінковий портосистемний шунт. Показаннями до нього був стійкий до дії сечогінних препаратів асцит, поєднаний з III ступенем варикозно розширених вен стравоходу.

Протягом безпосереднього післяопераційного періоду тромбоз портокавального анастомозу діагностований у 5 пацієнтів з мезентерико-кавальним Н-анастомозом. Випадків тромбозу інших видів портокавальних шунтів не зареєстровано. Стравохідно-шлункові кровотечі протягом перших 3 міс. післяопераційного періоду відзначалися у 11 хворих. У 8 пацієнтів джерелом геморагії були варикозно розширені вени, причому при виконанні контрольної фіброєзофагогастрокопії у цей термін виявлено поступове зниження ступеня варикозного розширення вен стравоходу. Спостерігали зменшення напруженості та звивистості варикозних вузлів та спадання венозних стовбурів при інсуфляції повітря в провіт стравоходу.

Відзначено переважання III ступеня варикозної трансформації вен у післяопераційному періоді у 54 (55,1 %) пацієнтів (рис. 4). У 10 (10,2 %)

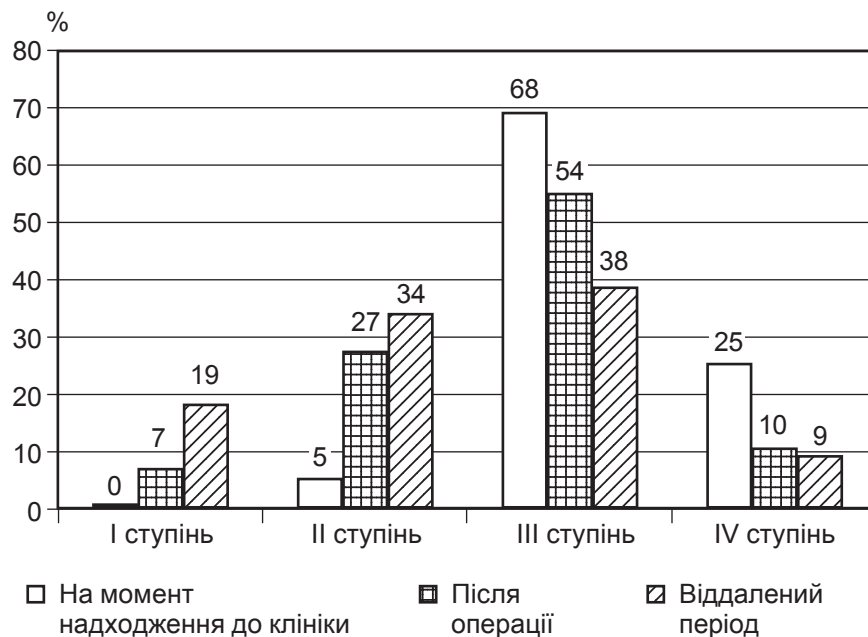


Рис. 4. Зміна вираженості варикозного розширення вен стравоходу у хворих на цироз печінки протягом післяопераційного періоду після операцій портокавального шунтування

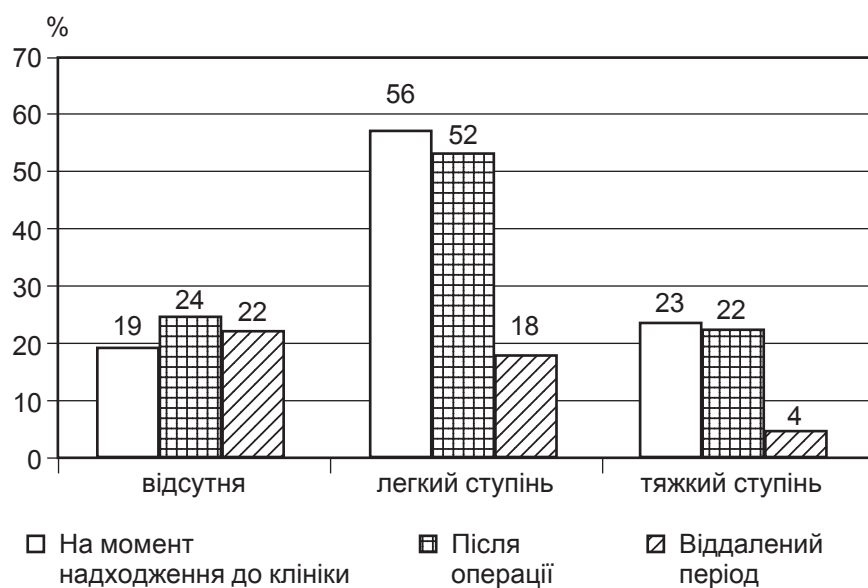


Рис. 5. Зміна тяжкості портальної гіпертензивної гастропатії у хворих на цироз печінки протягом післяопераційного періоду після операцій портокавального шунтування

оперованих зберігався IV ступінь варикозної трансформації. Кількість хворих з I та II ступенями варикозного розширення вен стравоходу дорівнювала 7 (проти 0 до операції) та 27 (проти 5 до операції) відповідно.

Легкий ступінь вираженості портальної гіпертензивної гастропатії після операції реєст-

рували у 52 (53,1 %) хворих (рис. 5). Ознаки портальної гіпертензивної гастропатії були відсутні у 24 (24,6 %) хворих. Тяжке ураження шлунка серед хворих на ЦП діагностоване у 22 (22,3 %) випадках.

Віддалений період (до 4–5 років) простежено у 44 (44,9 %) пацієнтів з ПКШ, із них дистальний і спленоренальний ана-

стомози виконані в 29 спостереженнях, різні варіанти парціального шунтування — у 15 випадках. Протягом цього періоду не було виявлено жодного випадку рецидивів стравохідно-шлункових кровотеч. Також не зареєстровано тромбозу судинних з'єднань. Але у 3 пацієнтів діагностовано порушення функціонування портокавального анастомозу — стеноз інтерпозиційної вставки мезентерикокавального Н-анастомозу, що проявлялося зростанням ступеня варикозного розширення вен стравоходу і прогресуванням асцити.

Не зареєстровано жодного летального випадку.

Протягом цього терміну після операції у 15 та 17 хворих (див. рис. 4) відзначено II та III ступені розширення вен стравоходу відповідно (проти 27 та 54 випадки безпосередньо після операції). Відносна частота I ступеня варикозного розширення вен стравоходу в 2,6 разу перевищила такий показник безпосередньо після операції.

У половини обстежених протягом віддаленого терміну після операції ПКШ не було відзначено ознак портальної гіпертензивної гастропатії (див. рис. 5). У 18 (40,9 %) хворих діагностовано легкий ступінь циротичного ушкодження шлунка.

Висновки

1. Операції селективного і парціального ПКШ з метою корекції портальної гіпертензії у хворих на ЦП є ефективним хірургічним способом лікування основного захворювання.

2. Операції з декомпресії портальної системи у вказаного контингенту хворих запобігають стравохідно-шлунковим кровотечам у віддаленому періоді спостереження і забезпе-

чують добру виживаність хворих з компенсованою або субкомпенсованою функцією печінки.

3. Ефективність виконання операцій селективного і парціального ПКШ підтверджується покращанням перебігу варикозного розширення вен стравоходу, а також зменшенням кількості хворих з найтяжчим ступенем вираженості цієї патології.

4. Аналогічний сприятливий результат унаслідок операцій з декомпресії портальної системи у хворих на ЦП відзначається при оцінці вираженості портальної гіпертензивної гастропатії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Рахманова А. Г. Хронические вирусные гепатиты и цироз печени / А. Г. Рахманова. — СПб.: СпецЛит, 2006. — 413 с.

2. *Randomized trials of endoscopic therapy and transjugular intrahepatic portosystemic shunt versus portacaval shunt for emergency and elective treatment of bleeding gastric varices in cirrhosis* / M. J. Orloff, R. J. Hye, H. O. Wheeler [et al.] // *Surgery*. — 2015. — Vol. 157, N 6. — P. 1028–1045.

3. *Blaker H. Pathology of liver cirrhosis and portal hypertension* / H. Blaker, D. Theuer, H. F. Otto // *Radiolog.* — 2001. — Vol. 41. — P. 833–839.

4. *Garbuzenko D. V. Current approaches to the management of patients with liver cirrhosis who have acute esophageal variceal bleeding* / D. V. Garbuzenko // *Curr. Med. Res. Opin.* — 2016. — Vol. 32, N 3. — P. 467–475.

5. *Paquet K. J. Prophylactic endoscopic sclerosing treatment of the esophageal wall in varices — a prospective controlled randomized trial* / K. J. Paquet // *Endoscopy*. — 1982. — Vol. 14, N 1. — P. 4–5.

6. *Gastric lesions in portal hypertension: inflammatory gastritis or congestive gastropathy?* / T. T. McCormack, J. Sims, I. Eyre-Brook [et al.] // *Gut*. — 1985. — Vol. 26, N 11. — P. 1226–1232.

7. *Reddy S. S. From Child-Pugh to Model for End-Stage Liver Disease: Deciding Who Needs a Liver Trans-*

plant / S. S. Reddy, J. M. Civan // *Med. Clin. North. Am.* — 2016. — Vol. 100, N 3. — P. 449–464.

REFERENCES

1. *Rakhmanova A.G. Khronicheskie virusnyie gepatityi i tsiroz pecheni.* SPb., SpetsLit, 2006. 413 p.

2. *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; 157 (6): 1028-1045.

3. *Blaker H., Theuer D., Otto H.F. Pathology of liver cirrhosis and portal hypertension.* *Radiolog.* 2001; 41: 833-839.

4. *Garbuzenko D.V. Current approaches to the management of patients with liver cirrhosis who have acute esophageal variceal bleeding.* *Curr. Med. Res. Opin.* 2016; 32 (3): 467-475.

5. *Paquet K. J. Prophylactic endoscopic sclerosing treatment of the esophageal wall in varices — a prospective controlled randomized trial.* *Endoscopy* 1982; 14 (1): 4-5.

6. *McCormack T.T., Sims J., Eyre-Brook I. et al. Gastric lesions in portal hypertension: inflammatory gastritis or congestive gastropathy?* *Gut* 1985; 26 (11): 1226-1232.

7. *Reddy S.S., Civan J.M. From Child-Pugh to Model for End-Stage Liver Disease: Deciding Who Needs a Liver Transplant.* *Med. Clin. North. Am.* 2016; 100 (3): 449-464.

Надійшла 18.04.2017

Рецензент д-р мед. наук,
проф. М. А. Каштальян

