

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



О. Ф. Дзигал

Одеський національний медичний університет

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ ІЗ ВАРИКОЗНО РОЗШИРЕНИМИ ВЕНАМИ СТРАВОХОДУ ТА ШЛУНКА ПРИ ВИКОНАННІ АЗИГО-ПОРТАЛЬНОГО РОЗ'ЄДНАННЯ

Мета роботи — дослідити перебіг післяопераційного періоду у хворих на цироз печінки (ЦП) із варикозно-розширеними венами стравоходу і шлунка після виконання операцій азиго-портального роз'єднання (АПР).

Матеріали і методи. Проаналізовано ефективність виконання та перебіг післяопераційного періоду при лікуванні 67 хворих на ЦП із варикозно розширеними венами стравоходу та шлунка шляхом виконання операцій АПР. Хворих було розподілено на три групи: 1-шу, в якій пацієнтам виконували традиційну операцію АПР Паціори із додатковою повною деваскуляризацією вен шлунка, 2-гу, в якій операцію Паціори доповнювали частковою деваскуляризацією вен шлунка, 3-тю, в якій пацієнтам проводили лише операцію прошивання вен стравоходу та шлунка (без додаткової деваскуляризації).

Результати та обговорення. Середня тривалість операцій та середній об'єм інтраопераційної крововтрати статистично значущо не відрізнялися у групах. У ранній післяопераційний період ускладнення виникли лише у 2 хворих 1-ї групи, 5 — 2-ї групи та 7 — 3-ї групи, померли 2 хворих у 2-й групі та 1 — у 3-й групі, у віддалений період померли відповідно 4 та 3 хворих.

Висновки. За кількістю ускладнень та летальних випадків у ранній та віддалений післяопераційний період виражену перевагу проведених оперативних втручань зафіксовано в 1-й групі. Відзначено ефективність операцій АПР при хірургічному лікуванні хворих на ЦП із варикозно розширеними венами стравоходу та шлунка. За умов максимально повної деваскуляризації шлунка можливо суттєво зменшити кількість ускладнень у післяопераційний період, кількість летальних наслідків та епізодів післяопераційних кровотеч.

■ **Ключові слова:** цироз печінки, варикозно розширені вени стравоходу та шлунка, азиго-портальне роз'єднання, деваскуляризація, післяопераційні ускладнення.

Останніми роками збільшилася кількість хворих на цироз печінки (ЦП) [1, 2, 6]. Захворюваність перевищує 11 % та має щорічну тенденцію до зростання [1, 5, 7]. Цей контингент хворих рекомендовано лікувати хірургічним способом за наявності варикозної трансформації вен, переважно стравоходу і шлунка. Тактика хірургічного лікування полягає у виконанні декомпресійних операцій або операцій шунтування (роз'єднання), які не слід протиставляти один одному. Це свідчить про невеликий методичний вибір у хірургів. З огляду на можливий крововилив із варикозно розширених вен стравоходу і шлунка в таких хворих, вважаємо необхідним усунення варикозної трансформації вен шляхом виконання хірургічних втручань — від традиційно хірургічних порто-кавальних анастомо-

зів до малоінвазивних методів втручань на варикозно розширених венах стравоходу та шлунка.

Маючи достатній клінічний досвід, у деяких пацієнтів з ЦП ми виконуємо операції портокавальних анастомозів [3], проте усвідомлюємо, що такі хірургічні втручання можливі лише в стадії компенсації. Решта хворих потребує інших видів хірургічного лікування. Ми обрали способи запобігання крововиливам із варикозно розширених вен стравоходу та шлунка з деваскуляризацією принципів колатеральних шляхів кровопостачання цих органів.

Важливими критеріями ефективності хірургічного лікування є виживаність хворих, а також їх функціональний стан протягом післяопераційного періоду.

Мета роботи — дослідити перебіг післяопераційного періоду у хворих на цироз печінки з варикозно розширеними венами стравоходу та шлунка після виконання операцій азиго-портального роз'єднання.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Результати дослідження ґрунтуються на ретроспективному аналізі історій хвороби 601 пацієнта з ЦП, пролікованого протягом останніх 10 років. Серед пацієнтів було 102 хворих з варикозним розширенням вен стравоходу та шлунка понад 5 мм. Згідно з класифікацією N. Soehendra та K. Binmoeller [8], це відповідало 2-му ступеню розширення відповідних судин. У роботі ми використовували класифікацію А. Г. Шерцінгера [4], яка, на нашу думку, є зручнішою для ведення хворих на ЦП з варикозно розширеними гастроєзофагеальними венами. Для клінічних спостережень відібрали хворих з варикозним розширенням вен стравоходу та шлунка 3-го ступеня за класифікацію А. Г. Шерцінгера.

Вік хворих — від 42 до 61 року. Жінок було 39 (58,2%), чоловіків — 28 (41,8%). Діагноз ЦП установлювали на підставі результатів клінічного обстеження хворих, біохімічного аналізу крові, ультразвукового дослідження органів гепатопанкреатодуоденальної ділянки, комп'ютерної томографії, ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії тощо.

Остаточну рандомізацію хворих проводили за типами виконуваних оперативних втручань. Із 102 хворих операцію азиго-портального роз'єднання (АПР) проведено 67 пацієнтам, решті — ендоваскулярну емболізацію вен шлунка. Спостереження здійснили за 67 хворими, яких залежно від типу хірургічних втручань розподілили на три групи. До першої групи залучено 29 пацієнтів, яким виконали традиційну операцію АПР Паціори із додатковою повною деваскуляризацією вен шлунка, до 2-ї — 17 хворих, у яких операцію Паціори доповнили частковою деваскуляризацією вен шлунка через неможливість повної деваскуляризації внаслідок вираженого спайкового процесу, наслідки раніше перенесених запальних захворювань органів черевної порожнини, загрозу ушкодження тканини селезінки та печінки, крововиливу, виражену кровоточивість, наявність коагулопатії, труднощі з виділенням судин з ризиком розвитку кровотечі з них тощо, до 3-ї — 21 хворого, яким виконано лише операцію прошивання вен стравоходу та шлунка (операцію Паціори) без додаткової деваскуляризації.

Протягом доопераційного періоду хворим проводили ендоскопічне дослідження функціонального стану варикозно розширених вен стравоходу та шлунка, враховуючи анамнестичні випадки гастроєзофагеальних крововиливів. При ендоскопічному дослідженні звертали увагу на стан слизової стравоходу і шлунка, ступінь розширення та напруженість вен, розправлення вен при інсуф-

ляції повітря, а також на вираженість трофічних змін стравоходу і шлунка (ознаки та ступінь езофаго- і гастропатії).

Ефективність виконання хірургічних втручань у групах оцінювали за такими показниками: об'єм інтраопераційної кровотечі, наявність/відсутність технічних труднощів протягом операції та інтраопераційних ускладнень, тривалість операції. Вивчали особливості перебігу та ускладнення у ранній (під час перебування хворих у стаціонарі) та віддалений (до 3 років після операції) післяопераційний період.

Отримані результати обробляли статистично. Відмінності вважали статистично значущими при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Основним оперативним втручанням була операція Паціори, яку хворим 1-ї групи доповнювали венозною деваскуляризацією шлунка. Для цього перетинали короткі вени шлунка шляхом мобілізації шлунково-селезінкової зв'язки, починаючи із середньої третини шлунка по його великій кривизні, включаючи фундальний відділ до езофагокардіального переходу. Потім відводили шлунок догори, виділяли і перев'язували у шлунково-панкреатичній зв'язці основний стовбур лівої шлункової вени, після чого виконували ревізію заочеревинного простору вище за верхній край підшлункової залози у напрямку до задньої стінки шлунка, де перетинали гілки або основний стовбур задньої вени шлунка.

У хворих 2-ї групи обмежувалися частковою деваскуляризацією шлунка, але за таких умов намагалися обов'язково блокувати ліву вену шлунка. Гастротомічний отвір ушивали дворядним безперервним швом.

У 25 (86,2%) пацієнтів 1-ї групи під час операції перетинали ліву та коротку вени шлунка, а доступ до задньої вени шлунка був обмежений через ризик крововиливів. У решти пацієнтів цієї групи вдалося виконати деваскуляризацію задньої вени шлунка. З наведених причин у хворих 2-ї групи було проведено лише часткову деваскуляризацію вен шлунка (повний перетин короткої вени шлунка у 3 (15,8%) хворих, часткове перетинання короткої вени та додаткове лівої вени шлунка — у 16 (84,2%)).

Середня тривалість операцій статистично значущо не відрізнялася у групах (табл. 1), що викликало певне здивування, але ми пояснюємо це власним клінічним досвідом. Середній об'єм інтраопераційної крововтрати відрізнявся на 9—31%, але відмінність не була статистично значущою.

У ранній післяопераційний період лише у 2 (6,9%) хворих 1-ї групи виникли ускладнення у вигляді нагноєння післяопераційної рани та пневмонії, які усунули протягом перебування пацієнтів у стаціонарі. У решти хворих відзначено задовільний перебіг післяопераційного періоду із загоєнням ран первинним натягом. Летальних наслідків у цій групі не зареєстровано (табл. 2).

Т а б л и ц я 1

Інтраопераційні та післяопераційні особливості азиго-портального роз'єднання у хворих на цироз печінки з варикозно розширеними венами стравоходу та шлунка

Показник	1-ша (n = 29)	2-га (n = 17)	3-тя (n = 21)
Середня тривалість операції, хв	139 ± 21	151 ± 23	132 ± 20
Середній об'єм інтраопераційної крововтрати, мл	245 ± 32	368 ± 44	267 ± 36
Кількість ускладнень	2 (6,9%)	5 (29,4%)	7 (33,3%)
Кількість летальних наслідків	0	2	1

Т а б л и ц я 2

Ускладнення, які виникли у ранній післяопераційний період

Показник	1-ша (n = 29)	2-га (n = 17)	3-тя (n = 21)
Ускладнення	2	5	7
Шлунково-стравохідний крововилив	—	2	2
Нагноєння післяопераційної рани	1	1	1
Внутрішньоочеревинний крововилив	—	—	1
Піддіафрагмальний абсцес	—	—	1
Післяопераційна пневмонія	1	1	—
Печінкова недостатність	—	1	2
Летальний наслідок	—	2	1

У 5 (29,4%) хворих 2-ї групи виникли післяопераційні ускладнення (див. табл. 2), найнебезпечнішими з них були 2 випадки шлунково-стравохідних крововиливів та розвиток печінкової недостатності. Померли 2 хворих: 1 — унаслідок прогресу печінкової недостатності з анамнезом захворювання 9 років, 1 — унаслідок шлунково-стравохідного крововиливу з ознаками васкулопатії, гастропатії та коагулопатії, який не вдалося зупинити.

У 3-й групі ускладнення виникли у 7 (33,3%) пацієнтів (див. табл. 2). Один пацієнт помер унаслідок печінкової недостатності та вираженої декомпенсації захворювання.

На нашу думку, тяжкість клінічного стану хворих із суттєвим зниженням функціональної активності печінки, дисфункцією органів гастропанкреатодуоденальної ділянки та поліорганною недостатністю є основними причинами розвитку ускладнень і летальних наслідків у ранній післяопераційний період. Відзначено відсутність випадків критичних крововиливів протягом післяопераційного періоду, що є непрямим доказом ефективності хірургічного лікування, яке застосовували хворим на ЦП.

Протягом 3 років спостереження всі пацієнти 1-ї групи були живі. У 2-й групі померли 4 особи, у 3-й — 3. Причиною смерті 2 хворих у 2-й групі були повторні кровотечі на тлі печінкової (1 випадок) та поліорганної (1 випадок) недостатності,

які прогресували. Один хворий у 3-й групі також помер унаслідок повторних шлунково-кишкових кровотеч (відомо, що він продовжував споживати алкоголь).

Таким чином, аналіз отриманих результатів свідчить про ефективність операцій АПР при хірургічному лікуванні хворих на ЦП із варикозно розширеними венами стравоходу та шлунка. За умов максимально повної деваскуляризації шлунка можливо суттєво зменшити кількість ускладнень протягом післяопераційного періоду, летальних наслідків та епізодів післяопераційних кровотеч. Інтерес викликає місце операцій АПР при лікуванні хворих з тяжким захворюванням печінки. Ми розглядаємо такі операції як паліативне хірургічне втручання, метою якого не є лікування ЦП. Фахівці, котрі обирають як хірургічну тактику виконання операцій із судинного роз'єднання, повинні мати великий клінічний досвід для якнайшвидшого їх виконання та мінімізації травмування внутрішніх органів при їх виконанні.

Зазначені особливості виконання операцій АПР мають бути враховані при розробці тактики хірургічного лікування хворих на ЦП у разі вираженого ризику кровотечі за наявності варикозно розширених вен стравоходу та шлунка. На користь виконання операцій АПР у таких хворих свідчать показники післяопераційного періоду, а саме незначна кількість післяопераційних ускладнень, мінімальна

кількість летальних наслідків, а також значна виживаність прооперованих пацієнтів.

ВИСНОВКИ

Проведення повної деваскуляризації шлунка разом із операцією Паціори є принципово кращим методологічним прийомом при хірургічному ліку-

Конфлікту інтересів немає.

ванні хворих на цирроз печінки із ризиком кровотечі із варикозно розширених вен стравоходу та шлунка. Порівняння вивчених показників у хворих 1-ї та 2-ї групи переконують у цьому. Результати раннього і віддаленого післяопераційного періоду також свідчать на користь виконання повної деваскуляризації шлунка.

Література

1. Алексеева О. П., Курьшева М. А. Цирроз печени и его осложнения. — Н. Новгород: Изд-во Нижегород. гос. акад., 2004. — 96 с.
2. Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей / Под ред. В. Т. Ивашкина. — М.: М-Вести, 2005. — С. 476—478.
3. Дзыгал О. Ф., Грубнік Ю. В. Критерії ефективності виконання порто-кавального шунтування у хворих з портальною гіпертензією // Одес. мед. журн. — 2017. — № 2. — С. 43—47.
4. Ерамишанцев А. К., Шерцингер А. Г., Киценко Е. А. Портальная гипертензия. Клиническая хирургия: Национальное руководство. — М.: Гэотар-Медиа, 2008. — С. 626—665.
5. Ибадьдин А. С., Андреев Г. Н., Борисов А. Е. Полисиндромность цирроза печени. — Н. Новгород: Изд-во Нижегород. гос. акад., 1999. — 196 с.
6. 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. — Vol. 100, N 3. — P. 449—464.
7. Šilkauskaitė V., Pranculis A., Mitraitė D. et al. Hepatic venous pressure gradient measurement in patients with liver cirrhosis: a correlation with disease severity and variceal bleeding // Medicina (Kau-nas). — 2009. — Vol. 45, N 1. — P. 8—13.
8. Soehendra N., Binmoeller K. F. Is sclerotherapy out? // Endoscopy. — 1997. — Vol. 29, N 4. — P. 283—284.

А. Ф. Дзыгал

Одесский национальный медицинский университет

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫМИ ВЕНАМИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ АЗИГО-ПОРТАЛЬНОГО РАЗОБЩЕНИЯ

Цель работы — исследовать течение послеоперационного периода у больных циррозом печени (ЦП) с варикозно расширенными венами пищевода и желудка после выполнения операций азиго-портального разобщения (АПР).

Материалы и методы. Проанализирована эффективность выполнения и течение послеоперационного периода при лечении 67 больных ЦП с варикозно-расширенными венами пищевода и желудка путем выполнения операций АПР. Больных разделили на три группы: 1-ю, в которой пациентам выполняли традиционную операцию АПР Пациоры с дополнительной полной деваскуляризацией вен желудка, 2-ю, в которой операцию Пациоры дополняли частичной деваскуляризацией вен желудка, 3-ю, в которой пациентам проводили только операцию прошивания вен пищевода и желудка (без дополнительной деваскуляризации).

Результаты и обсуждение. Средняя продолжительность операций и средний объем интраоперационной кровопотери статистически значимо не отличались в группах. В ранний послеоперационный период у 2 больных 1-й группы, 5 — 2-й группы и 7 — 3-й группы возникли осложнения, умерли 2 больных во 2-й группе и 1 — в 3-й группе, в отдаленный период — умерли соответственно 4 и 3 больных.

Выводы. По количеству осложнений и летальных исходов в ранний и отдаленный послеоперационный период выраженное преимущество проведенных оперативных вмешательств зафиксировано в 1-й группе. Отмечена эффективность операций АПР при хирургическом лечении больных ЦП с варикозно расширенными венами пищевода и желудка. При максимально полной деваскуляризации желудка можно существенно уменьшить количество осложнений в течение послеоперационного периода, количество летальных случаев и эпизодов послеоперационных кровотечений.

Ключевые слова: цирроз печени, варикозно расширенные вены пищевода и желудка, азиго-портальное разобщение, деваскуляризация, послеоперационные осложнения.

O. F. Dzygal

Odesa National Medical University

AZYGO-PORTAL DISSOCIATION FOR LIVER CIRRHOSIS AND VARICOSE ESOPHAGEAL AND STOMACH VEINS TREATMENT

The aim — to study postoperative period survey in patients with liver cirrhosis with varicose oesophageal and stomach veins after azygo-portal dissociation.

Materials and methods. The comparative consequences of surgical azygo-portal separation have been analysed to determine the surgical tactics efficacy in treatment of 67 patients with liver cirrhosis and varicose oesophageal and stomach veins. The patients were randomized as follows: the 1st clinical group consisted of patients who underwent traditional azygo-portal separation — Patsiora's surgery with additional complete gastric veins devascularization, the 2nd group consisted of patients with the Patsiora's operation accompanied by partial gastric veins devascularization, 3rd group patients only underwent the surgery of oesophageal and gastric veins inserting (without additional devascularization).

Results and discussion. The average duration of operations and the average volume of intraoperative blood loss were comparative among all three groups. 2 patients from the 1st group, 5 from the 2nd and 7 complications in the 3rd had complications during the early postoperative period. 2 patients in the 2nd and 1 in the 3rd groups died. 4 patients in the 2nd group and 3 patients in the third group died during remote postoperative period.

Conclusions. According to the number of complications and lethal episodes during the early and late postoperative periods, a pronounced advantage achieved by surgical interventions was found in the 1st clinical group. The efficacy of azygo-portal separation operations was shown in the surgical treatment of patients with liver cirrhosis with varicose veins of the oesophagus and stomach. Attention is accentuated by the fact that in the conditions of complete gastric devascularization it is possible to significantly reduce the number of complications during the postoperative period, the number of lethal outcomes and postoperative bleeding episodes.

Key words: liver cirrhosis, varicose oesophageal and stomach veins, azygo-portal dissociation, devascularization, postoperative complications.