

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

А.М. Тибилов – зав. отделением РХМДЛ,
М.С. Байматов – врач отделения РХМДЛ

*Отделение рентгенохирургии республиканской клинической больницы МЗ РСО-Алания,
Владикавказ, Россия*

Цель – определение эффективности эндоваскулярных вмешательств в лечении ГДК при заболеваниях панкреатодуоденальной зоны у тяжелой группы больных.

Материалы и методы. В 2004–2008 гг. 10 больным с ГДК (из них 6 женщин и 4 мужчин от 43 до 85 лет) выполнено 10 эндоваскулярных вмешательств. Все пациенты были исходно в тяжелом состоянии. В 2 случаях источником кровотечения была язва двенадцатиперстной кишки, в 2 наблюдениях – панкреонекроз в фазе гнойного расплавления парапанкреатического инфильтрата. В одном случае кровотечение возникло в послеоперационном периоде после операции, выполненной по поводу холедохолитиаза, в 3 наблюдениях – из раковой опухоли большого дуоденального сосочка. В 3 случаях источником кровотечения была распадающаяся раковая опухоль головки поджелудочной железы, в одном наблюдении – рак желчного пузыря, прорастающий в двенадцатиперстную кишку, в одном случае – варикозно-расширенные вены желудка при левосторонней портальной гипертензии, развившейся после перенесенного ранее панкреонекроза.

Результаты. Было выполнено 10 эмболизаций гастродуоденальной артерии (ГДА), в 2 случаях – в сочетании с эмболизацией общей печеночной артерии, в одном – с эмболизацией нижней панкреатодуоденальной артерии (ПКДА). В одном наблюдении выполнена изолированная инфузия гемостатиков в ГДА, в одном случае – эмболизация нижней ПКДА, в одном наблюдении – стволовая эмболизация селезеночной артерии.

Гемостаз достигнут у всех больных. Рецидивов кровотечений за весь период наблюдения не отмечено.

Выводы. Артериальная эмболизация – эффективный метод лечения кровотечений при заболеваниях панкреатодуоденальной зоны, позволяющий достичь стойкого гемостаза.

Ключевые слова: гастро- и панкреатодуоденальная артерии, артериальная эмболизация, рецидив гастродуоденального кровотечения.

Введение

Летальность после операций, выполненных по поводу рецидива гастродуоденального кровотечения (ГДК), у тяжелых пациентов с язвенной болезнью, панкреонекрозами и онкологическими больными превышает 80%.

В настоящее время в арсенале клиницистов нет минимально инвазивных методов достижения надежного гемостаза у больных с ГДК. При язвенной болезни ГДК остается в числе частых ее осложнений (до 15–20%), сопровождается высокой общей (10,8–13,5%) и послеоперационной (14,7–19,3%) летальностью и поэтому продолжает оставаться одной из наиболее актуальных проблем неотложной хирургии [1, 2].

По данным ряда авторов за последние 20 лет

отмечено увеличение в 2,5 раза абсолютного и относительного числа больных с кровоточащими язвами [3].

Аррозивные кровотечения при остром деструктивном панкреатите возникают на ранних и особенно часто – на поздних стадиях этого заболевания. Самые опасные и трудно поддающиеся лечению те, которые развиваются при расплавлении очагов гнойно-некротического поражения в поджелудочной железе (ПЖ) и забрюшинной клетчатке. Так как массивные кровопотери приводят к быстрому ухудшению состояния больного и сочетаются с другими тяжелыми осложнениями основного заболевания, летальность составляет 55–70% [4, 5].

Кровотечения из раковых опухолей большого дуоденального сосочка и головки ПЖ в зоне прорастания в желудок или двенадцатиперстную кишку (ДПК) в группе пациентов с выраженной раковой интоксикацией и механической желтухой прогрессивно ухудшают их состояние и, как правило, носят фатальный характер.

Главным в основе неотложной диагностики ГДК считается эндоскопический метод. Его чувствительность в определении источника кровотечения – 98,8%, специфичность – 80,6% [1, 6]. Примерно у 20% больных с язвенной болезнью эндоскопический гемостаз носит временный характер. В 35% наблюдений рецидив кровотечения наступает в сроки 24–72 часа [6].

Эндоскопический гемостаз при ГДК у пациентов с деструктивным панкреатитом и раком малоэффективен [7]. Летальность после операций, выполненных по поводу рецидива язвенного ГДК, достигает 34–73%, у пожилых при язвенной болезни и онкологических больных этот показатель больше 80% [8, 9].

В настоящее время в арсенале клиницистов нет мини-инвазивных методов достижения надежного гемостаза у тяжелой группы пациентов с ГДК и нет адекватной системы прогнозирования динамики его развития (возможности рецидива), следовательно, нет методологии выбора объективно обоснованной тактики лечения таких больных [8, 9].

Некоторые авторы считают эффективной процедурой транскатетерную артериальную эмболизацию, в том числе у пациентов с рецидивом ГДК после эндоскопического гемостаза или операции [10], но организация такой помощи требует наличия круглосуточно работающей лаборатории неотложной ангиографии [11]. Видимо, в связи с этим в литературе данный метод гемостаза освещен недостаточно.

Целью исследования стало определение эффективности эндоваскулярных вмешательств в лечении ГДК при заболеваниях панкреатодуоденальной зоны у тяжелой группы больных.

Материалы и методы

В 2004–2007 гг. 10 пациентам с ГДК (из них 6 женщин и 4 мужчин от 43 до 85 лет) проведено 10 эндоваскулярных вмешательств.

Все пациенты исходно были в тяжелом состоянии, обусловленном патологией и осложнениями основного диагноза – механическая

желтуха, интоксикационный синдром, выраженная сердечно-сосудистая недостаточность и др. Кровотечение усугубляло состояние пациентов, переводя их в группу крайне тяжелых с неблагоприятным прогнозом.

Источником кровотечения в 2 случаях была язва ДПК, в 2 наблюдениях – панкреонекроз в фазе гнойного расплавления парапанкреатического инфильтрата, в 2 случаях – кровотечения в послеоперационном периоде после операций, выполненных по поводу холедохолитиаза и рака большого дуоденального сосочка, в 3 наблюдениях – распадающаяся раковая опухоль головки ПЖ, в одном случае – рак желчного пузыря, прорастающий в ДПК.

Выполнено 8 эмболизаций гастродуоденальной артерии (ГДА). При этом в 2 наблюдениях – в сочетании с эмболизацией общей печеночной артерии, в одном случае – с эмболизацией нижней панкреатодуоденальной артерии (ПКДА), одна пролонгированная инфузия в ГДА и одна эмболизация нижней ПКДА.

Способ эмболизации и выбор подлежащей ей артерии проводили по результатам целиакографии, печеночной артериографии и верхней мезентерикографии. При выявлении источника кровотечения в ГДА делали ее эмболизацию дистальнее и проксимальнее поврежденного участка крупными фрагментами гемостатической губки и спиральями типа Гиантурко. В 2 случаях в патологический процесс была вовлечена и общая печеночная артерия. В одном наблюдении опухоль головки ПЖ проросла в ДПК, ГДА и в общую печеночную артерию, в другом случае при гнойном расплавлении парапанкреатического инфильтрата был выявлен обширный дефект в общей печеночной артерии у устья ГДА, что потребовало ее эмболизации спиральями типа Гиантурко.

Если источником кровотечения были панкреатодуоденальные аркады с контрастированием патологического участка со стороны как ГДА, так и нижней ПКДА, проводили эмболизацию ГДА по выше описанной методике и эмболизацию нижней ПКДА артерии фрагментами гемостатической губки. При отсутствии контрастирования патологического участка со стороны ГДА делали эмболизацию только нижней ПКДА.

В одном случае у пациента с раком головки ПЖ, холестатическим гепатитом и состоявшимся кровотечением легкой степени из участка прорастания опухоли в ДПК проведена

продолженная внутриартериальная инфузия гепатопротекторов в печеночную артерию и 3 гр – 5-ФУ в ГДА.

Результаты

Гемостаз достигнут у всех больных. Рецидивов кровотечений за весь период наблюдения не отмечено.

Эффективность и безопасность эндоваскулярных вмешательств оценивали по этиологическому фактору и методам внутрисосудистых лечебных манипуляций.

По этиологическому фактору

Из 5 онкологических больных умерли 2 пациента через 2 и 7 месяцев после эндоваскулярного вмешательства от прогрессирования основного заболевания, а 3 больных живы и наблюдаются на протяжении 2, 5 и 40 месяцев.

Три пациента с язвенной болезнью и желчно-каменной болезнью живы. 2 больных наблюдают в течение полугода, а один пациент – 25 месяцев. У одной больной с язвенной болезнью после эмболизации ГДА были сомнения в отношении достижения гемостаза, в связи с чем она была прооперирована. При дуоденотомии выявлена язва с признаками состоявшегося кровотечения. Послеоперационный период осложнился несостоятельностью швов на ДПК, что может быть связано с выраженной ишемизацией панкреатодуоденальной зоны после эмболизации.

Из 2 пациентов с панкреонекрозом один больной умер после эмболизации ГДА и общей печеночной артерии от прогрессирования основного заболевания и ишемического поражения желчных протоков и печени. Другой пациент жив на протяжении 24 месяцев.

По методам внутрисосудистых лечебных манипуляций

Эмболизация ГДА выполнена 5 больным. Каких-либо последствий, связанных с самой манипуляцией, не отмечено. Один пациент умер через месяц после эндоваскулярного вмешательства от прогрессирования основного заболевания, остальные 4 больных живы на протяжении 2–25 месяцев.

Сочетанные эмболизации ГДА и общей печеночной артерии выполнены 2 пациентам. Один больной умер от прогрессирования основного заболевания и нарастания признаков ишемии печени.

У другого пациента клинически значимых проявлений этой патологии не выявлено. Скорее всего это связано с тем, что правая печеночная артерия у этого больного была ветвью верхней брыжеечной артерии и после стволовой эмболизации общей печеночной артерии развились внутриорганные артериальные коллатерали.

Сочетанная эмболизация ГДА и нижней ПКДА выполнена одному больному с панкреонекрозом в фазе гнойного расплавления парапанкреатического инфильтрата. Каких-либо последствий, связанных с самой манипуляцией, не отмечено. Пациент жив на протяжении около 24 месяцев.

Изолированная эмболизация нижней ПКДА проведена одному больному с кровотечением из раковой опухоли головки ПЖ. Каких-либо последствий, связанных с самой манипуляцией, не выявлено. Пациент жив на протяжении 7 месяцев и продолжает получать специальное лечение.

Селективная инфузия противоопухолевых препаратов в ГДА выполнена одному больному с раком головки ПЖ. В результате размер дефекта слизистой ДПК уменьшился, признаков кровотечения нет. Пациент жив на протяжении 40 месяцев и продолжает получать специальное лечение.

Выводы

Таким образом, артериальная эмболизация – эффективный метод лечения кровотечений при заболеваниях панкреатодуоденальной зоны, позволяющий достичь стойкого гемостаза. Эмболизация общей печеночной артерии у тяжелых больных представляется рискованной из-за возможного развития ишемического поражения печени и желчных протоков. ■

Список литературы

1. Агаев Б.А., Алиев В.М., Гараев Г.Ш. и др. Острые гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии. Методические рекомендации. Баку. 1997; 46.
2. Вербицкий В.Г., Багненко С.Ф., Курыгин А.А.

Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии. Патогенез, диагностика, лечение. Санкт-Петербург: Политехника. 2004; 242.

3. Борисов А.Е., Земляной В.П., Акимов В.П., Рыбкин А.К. Анализ хирургического лече-

- ния перфоративных и кровоточащих язв в Санкт-Петербурге за 20 лет. Материалы Всероссийской конференции хирургов, посвященной 75-летию проф. Б.С. Брискина. М. 2003; 10–13.
4. Филин В.И., Костюченко А.Л. Неотложная панкреатология. Справочник для врачей. Санкт-Петербург: Питер. 1994; 196.
 5. Нестеренко Ю.А., Лаптев В.В., Михайлулов С.В. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита. М.: Бином-Пресс. 2004; 83.
 6. Хаджибаев А.М., Маликов А.М., Холматов Р.М. и др. Роль эндоскопии в диагностике и лечении гастродуоденальных кровотечений. *Хирургия*. 2005; 4: 24–27.
 7. Казымов И.Л. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. *Хирургия*. 2007; 4: 22–27.
 8. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Рецидив острых гастродуоденальных кровотечений. *Хирургия*. 2003; 7: 42–43.
 9. Станулис А.И., Кузеев Р.Е., Гольдберг А.П. Хирургическая тактика и оперативное лечение при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. М.: Информедиа Паблишерз. 2005; 140.
 10. Ермолов А.С., Пахомова Г.В., Утешев Н.С. и др. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии как проблема современной хирургии. Организационные, диагностические и лечебные проблемы неотложных состояний. Т. 1. М. – Омск. 2000; 164–172.
 11. Ханевич М.Д., Хрупкий В.И., Жерлов Г.К. и др. Кровотечения из хронических гастродуоденальных язв у больных с внутрипеченочной портальной гипертензией. Новосибирск: Наука. 2003; 198.

ENDOVASCULAR INTERVENTION IN THE TREATMENT OF RECURRENT GASTRO-DUODENAL HEMORRHAGE

A.M. Tibilov, M.S. Baimatov

Some authors point out that transcatheter arterial embolization is an effective method of hemostasis. In medical literature this method of hemostasis is not covered sufficiently.

The period under analysis is 2004-2008. During this period 13 patients with gastro-duodenal hemorrhage underwent endovascular intervention. Among those patients there were 6 women and 7 men at 43 to 85.

All the patients were initially in bad condition.

In 2 cases the source of bleeding was duodenal ulcer, in 2 cases it was pancreatolysis in the phase of matter fusion of parapancreatic infiltrate, in 1 case it was hemorrhage in the postoperative period after the operation, performed in the case of choledocholithiasis, in 3 cases it was hemorrhage from the cancerous growth of the duodenal mamelon, in 3 cases the source of bleeding was putrescent cancer of the head of pancreas, in 1 case it was cancer of gall bladder, attaching dodecadactylon, in 1 case it was ventricular varicosity accompanied by left portal hypertension, which developed after previous pancreatolysis.

Actions performed: 10 gastro-duodenal artery embolizations, in 2 cases combined with embolization of the common hepatic artery, in 1 case combined with embolization of the lower pancreaticoduodenal artery; in 1 case isolated infusion of haemostatics into the gastroduodenal artery was performed, in 1 case it was embolization of the lower pancreaticoduodenal artery, in 1 case it was truncal embolization of the splenic artery.

All the patients had hemostasis achieved. No recurrent hemostasis was observed during the whole period of the patient care.

Key Terms: arterial embolization, recurrent gastroduodenal hemorrhage.

Адрес для корреспонденции:

Тиболов Александр Муратович

e-mail: alextilov@mail.ru