

кровотока в венах. Нарастание асцита, потребовавшее лапароцентеза, отмечено у 6-ти больных (20,7%). Тромбоз шунта наблюдался у 7-ми пациентов (24,1%). Из них одному пациенту восстановлен просвет стента при помощи реолитической тромбэктомии и произведена ортотопическая трансплантация печени. Увеличение степени печеночной энцефалопатии выявлено у 4-х пациентов (13,8%).

Наши первые результаты показали, что TIPS является эффективным и относительно безопасным методом декомпрессии системы воротной вены особенно у пациентов с циррозом печени класса В и С (по классификации Child-Pugh). Применение данного метода позволяет сократить количество рецидивов кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода. Так же возможно применение TIPS в терапии асцита, резистентного к диуретической терапии.

Вопрос: какие стенты Вы использовали?

Ответ: на начальных этапах – матричные. Затем мы поняли, что нужно пользоваться практически только самораскрывающимися, т.к. последние по целому ряду критериев дают несравненно лучшие технические и клинические результаты.

Вопрос: какие показания Вы использовали к применению TIPS?

Ответ: мы не изобретали здесь ничего нового, четкие показания разработаны давно, и мы только их применили в своей работе. Это, прежде всего, постановка в лист ожидания пациента после остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода (методом баллонной тампонады,

эндоскопически) или печёночная недостаточность класса С по Child-Pugh.

Вопрос: использовали ли Вы выполнение TIPS на высоте кровотечения как способ его остановки?

Ответ: никогда, т.к. по данным литературы использование TIPS на высоте кровотечения сопровождается 30-40% интраоперационной летальностью. Купирование кровотечения мы успешно решали другими средствами (медикаментозная терапия, эндоскопическое клипирование, баллонная тампонада по Sengstaken-Blakemore).

Вопрос: Как Вы лечили энцефалопатию?

Ответ: в коррекции гепатопортальной энцефалопатии мы использовали ограничение потребления белка, остановку кровотечения, очищение кишечника при помощи слабительных средств и клизм, редукцию кишечной флоры (неомицин) и снижение интралюминального накопления аммиака (дюфалак, гепамерц).

Заключительное слово председателя: Безусловно, опыт, накопленный нашими коллегами из клиники проф. И.И. Затевахиной представляет огромный научно-практический интерес. Материал в своём роде уникален, т.к. учреждения, выполняющие TIPS в нашей стране единичны.

В России метод недостаточно изучен, ввиду его сложности и малого количества выполненных операций, но огромное количество больных в нашей стране (только в Москве – около 100 000 б-х с циррозом печени) и первые успехи наших коллег свидетельствуют о перспективности метода TIPS в нашей стране.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

ЭМБОЛИЗАЦИЯ ПЕЧЕНОЧНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ ЯТРОГЕННЫХ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ГЕМОМРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Б.И. Долгушин, Э.Р. Виршке, В.А. Черкасов, А.В. Кукушкин, Г.С. Мкртчян

*ГУ Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН
Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения*

Гемобилия была впервые описана Глиссоном более 3,5 веков назад, но и сегодня актуальность этой проблемы не уменьшилась. Это связано с широким внедрением в клиническую практику интервенционных вмешательств. Если в 1972 г. ятрогенные осложнения в структуре причин гемобилии составляли всего 17%, то к 2001 г. Их доля возросла до 65%. В настоящее время ятрогенная гемобилия может осложнить целый ряд вмешательств, основными из которых являются чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС), биопсия печени, радиочастотная термоабляция и т.д.

В РОНЦ с 1999 по 2006 г. отмечено 18 случаев массивной гемобилии, и лишь в одном наблюдении ее причиной была распадающаяся опухоль печени, все остальные случаи – осложнения чрескожной чреспеченочной холангиостомии. Классическая клиническая триада гемобилии включает в себя боль в верхних отделах живота, кровотечение, желтуху. Однако все эти признаки одновременно присутствовали только у 22% больных, у остальных было различное сочетание этих признаков.

Патологическое сообщение между просветом билиарного протока может возникнуть с любыми сосудами печени, чаще всего наблюдается артери-

обилиарное фистулирование. При артериобилиарных фистулах происходит сброс крови под высоким давлением в желчные протоки, что приводит к массивному кровотечению по транспеченочному каналу или развитию гемотампонады желчного дерева, нарушению оттока желчи. Обычно гемобилия встречалась первые две недели после манипуляций (50%).

Рентгенологические симптомы артериобилиарного фистулирования можно разделить на ангиографические и холангиографические. Ангиографические – это одновременная визуализация внутрипеченочных артерий и желчных протоков, дефекты артерий в местах контакта с катетером и экстравазация контрастного вещества при артериографии. Холангиографические – одновременная визуализация желчных протоков и внутрипеченочных артерий, дефекты контрастирования в просвете желчных протоков.

В нашей клинике при артериобилиарном фистулировании (АБФ) ятрогенной этиологии проводились следующие виды остановки кровотечения: эмболизация – 15 случаев (83,3%), экстренная операция, эмболизация после экстренной операции и повторная пункция и установка катетера по новому транспеченочному каналу (по одному наблюдению, по 5,6%).

Больной К., 61 год, поступил в РОНЦ с диагнозом рак головки поджелудочной железы, механическая желтуха. 10.07.2006 года была выполнена чрескожная чреспеченочная холангиостомия справа. Через двое суток выявлено кровотечение по катетеру. При контрольной холангиографии были выявлены дефекты наполнения желчных протоков, которые подтвердили кровотечение. 13.07.2006 года была предпринята попытка эмболизации с целью остановки кровотечения. Во время процедуры отмечено осложнение – диссекция интимы ветви правой печеночной артерии. 04.08.2006 года с целью остановки и профилактики кровотечения выполнена чрескожная холангиостомия слева. Установленный ранее холангиостомический катетер слева удален. При контрольной ангиографии выявлена псевдоаневризма 7-й сегментарной ветви правой печеночной артерии 1,5 см в диаметре. 22.09.2006 года выполнена операция в объеме гастропанкреатодуоденальной резекции. Через неделю после операции у больного клинически наблюдалось массивное желудочно-кишечное кровотечение верхних отделов желудочно-кишечного тракта, которое было подтверждено эндоскопически. Консервативное лечение без эффекта. При повторной целиакографии наблюдалось одновременное контрастирование печеночных артерий и билиарного дерева. 17.10.2006 года выполнена суперселективная эм-

болизация металлическими спиралями 7-й сегментарной ветви правой печеночной артерии. После эмболизации, при контрольной ангиографии, контрастное вещество в билиарные протоки не поступает.

Выводы: эмболизация поврежденных в результате рентгенэндобилиарного дренирования внутрипеченочных артерий с образованием артериобилиарных фистул является высокоэффективным методом остановки кровотечения с частотой успешных исходов и отсутствием рецидивов 94,4%.

Вопрос: Какими основными методами возможно диагностирование артериобилиарных фистул?

Ответ: Если после интервенционных процедур возникало подозрение на наличие такого рода осложнения, проводились лабораторные и инструментальные исследования (УЗКТ с доплеровским картированием, КТ с внутривенным усилением, холангиография через ранее установленный катетер). При подтверждении осложнения и при неэффективности консервативной терапии, перед эмболизацией выполнялось ангиографическое исследование с целью уточнения анатомического варианта и планирование процедуры.

Вопрос: При каких, из указанных Вами, интервенционных вмешательствах, чаще всего встречались геморрагические осложнения в вашей клинике?

Ответ: Наша клиника обладает наибольшим опытом по ЧЧХС (около 1000 наблюдений), и частота геморрагических осложнений составила не более 2%. После выполнения радиочастотной термоабляции у 75 больных только в одном случае отмечалось кровотечение (1,3%), которое удалось купировать консервативно.

Вопрос: В одном случае Вам не удалось выполнить эмболизацию из-за повреждения интимы печеночной артерии. Каков: механизм повреждения?

Ответ: Вероятнее всего повреждение возникло из-за манипуляции комплексом проводник-катетер.

Заключительное слово председателя:

Представленная демонстрация показывает высокую эффективность малоинвазивного интервенционного подхода в лечении артериобилиарного фистулирования. Эта технология может являться методом выбора при лечении этих грозных осложнений. Но, к сожалению, внедрение этой технологии возможно только в тех клиниках, где развита интервенционная служба. ■