

Обсуждение

Вопрос о тактике ведения больных с массивным ЖКК, при невозможности проведения у них оперативного лечения из-за тяжелой сопутствующей патологии, до сих пор остается открытым. В данном случае, в виду инкурабельности больного, мы были вынуждены отказаться от оперативного лечения. В подобной ситуации иногда могут оказаться хирурги. О благоприятном исходе лечения данной категории больных говорить не приходится. Но и не делать попытки лечения их нельзя. Поэтому основная роль отводится врачам-интенсиivistам и эндоскопистам. В этой ситуации, перед врачом эндоскопистом стоит сложная задача выбора рационального метода эндоскопического гемостаза. Учитывая данные экспериментальных исследований (о малой эффективности термических методов воздействия на крупные сосуды) и невозможность выполнения механических методов гемостаза (клипирование и лигирование) в таких язвах, решено было проводить эндоскопический мониторинг с использованием комбинированных методов гемостаза. В частности, регулярное проведение ЭИТ в больших объемах (которая обеспечивает механическое сжатие сосудов) в сочетании с монополярной электрокоагуляцией. На фоне проводимой интенсивной терапии и комбинации вышеописанных методов гемостаза, удалось не только вести мониторинг течения основного заболевания (ЖКК), но и достигнуть кратковременной остановки кровотечения. О чем свидетельствует патологоанатомическое заключение, что смерть наступила по причине острой сердечно-легочной недостаточности, а в просвете желудочно-кишечного тракта, крови обнаружено не было. Такой вывод кажется обоснованным. Однако необходимо учитывать тот факт, что в течение всего времени нахождения в больнице у больного отмечалась гипотензия, которая говорит о том, что больного не удалось вывести из шока из-за тяжелой сопутствующей патологии и значительной кровопотери. Считаем, более правомочным вывод: кровотечение остановилось спонтанно, а сочетание эндоскопических

методов гемостаза, только частично способствовали этому. При нормализации гемодинамики наиболее вероятно наступил бы рецидив кровотечения.

Данный случай представлен вниманию с целью, показать с какой сложной ситуацией могут столкнуться врачи при лечении ЖКК. Описание кровотечений из язв в основании которых располагается сосуд диаметром 4,5 мм. в литературе нами не было найдено.

Литература

1. Нікішаєв В.І. (2003) Ендоскопічна діагностика та мініінвазивна ендохірургія при кровотечах з гастроуденальних виразок та варикозно-розширених вен стравоходу і шлунку. Автореф... дис. док. мед. наук. (Київ). 38 с.
2. Нікішаєв В.І., Гичка С.Г., Бойко В.В. (2005) Експериментальне дослідження ефективності різних методів ендоскопічного гемостазу. Укр. ж. малінвазивної ендоск. хір. Vol. 9; 1-2: 6-11.
3. Herpworth C.C., Kadirkamanathan S.S., Gong F., Swain C.P. (1998) A randomised controlled comparison of injection, thermal, and mechanical endoscopic methods of haemostasis on mesenteric vessels. Gut. 42; 4: 462-469
4. Kalabakas A.A., Porter A.J., Mule L. et al. (1993) Design of a microwave system for endoscopy: an experimental study of energy, tissue contact, and hemostatic efficacy. Gastroenterology. 104; 4: 680-689
5. Rutgeerts P., Geboes K., Vantrappen G. (1989) Experimental studies of injection therapy for severe nonvariceal bleeding in dogs. Gastroenterology. 97; 3: 610-621
6. Swain C.P., Storey D., Bown S. et al. (1986) Nature of the bleeding vessel in recurrently bleeding gastric ulcers. Gastroenterology. 90; 3: 595-608
7. Lai K.C., Swain C.P. (1993) The size of vessel in patients dying from bleeding gastric ulcer. Gastroenterology. 104; A202
8. Lau J.Y., Sung J.J., Lam Y.H. et al. (1999) Endoscopic retreatment compared with surgery in patients with recurrent bleeding after initial endoscopic control of bleeding ulcers. N. Engl. J. Med. 340; 3: 751-756
9. Swain C.P., Storey D., Bown S. et al. (1986) Nature of the bleeding vessel in recurrently bleeding gastric ulcers. Gastroenterology. 90; 3: 595-608

ЕНДОСКОПІЧНЕ ТРАНСМУРАЛЬНЕ ТА ТРАНСПАПІЛЯРНЕ ДРЕНУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Ничитайло М.Е., Огородник П.В., Кондратюк О.П., Литвиненко О.М., Дейниченко А.Г., Біляєв В.В., Хілько Ю.О.

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова АМН України, Київ

Summary

The results of endoscopic treatment of 62 patients with pancreatic pseudocysts have been studied. There were 25 (40.3%) women and 37 (59.7%) men. In 32 (51.6%) cases of cyst localization in the head of the pancreas we performed endoscopic cystoduodenostomy. Endoscopic cystogastrostomy we performed in 15 (24.2%) cases of cysts of the body of the pancreas adjacent to the wall of the stomach. Endoscopic transpapillary endopancratic stenting was performed in 15 (24.2%) cases of the cysts which have communication with main pancreatic duct. Complications occurred in 9 (14.5%) cases. Recurrent pancreatic pseudocyst after endoscopic treatment have been occurred in 4 (6.5%) patients.

Key word: pseudocysts, cystogastrostomy, cystoduodenostomy, stenting.

Вступ

Псевдокісти підшлункової залози виникають як результат порушення цілісності головної панкреатичної протоки або ж її бокових гілок [1,5,6]. Пошкодження протокової системи підшлункової залози виникає внаслідок запалення або некрозу тканини залози, підвищення внутрішньопотокового тиску (обструктивний панкреатит) та травми (хірургічні операції, вогнепальні поранення, тупа травма живота) [7]. Хронічні псевдокісти виникають як результат довготривалої обструкції головної панкреатичної протоки внаслідок фіброзних стриктур та віруснолілітазу, що призводить до екстравазації панкреатичного соку та формування рідинного утворення [8]. Показаннями для дренивання псевдокіста є больовий синдром, інфікування кісти, обструкція шлунково-кишкового та біліарного тракту, формування нориці та прогресивне збільшення кісти. На сьогоднішній день застосовуються різні підходи до дренивання псевдокіста підшлункової залози, що включають традиційні хірургічні операції, ендоскопічне дренивання та черезшкірне дренивання під контролем УЗД чи рентгеноскопії. Летальність при традиційних оперативних втручаннях сягає 5%, рецидиви спостерігають у 10-30%, ускладнення (кровотечі, неспроможність анастомозів, утворення зовнішніх панкреатичних нориць) — у 15-30% [1]. Очевидно, що летальність та виникнення ускладнень залежать від правильності вибору лікувальної тактики в кожному конкретному випадку та зростають при використанні травматичних хірургічних втручань [2,4]. Основним недоліком черезшкірного дренивання є висока частота утворення зовнішніх панкреатичних нориць, які мають місце у 40% випадків [4]. Успішне ендоскопічне дренивання псевдокіста підшлункової залози досягається у 55-76% хворих, при кількості ускладнень 5-10% і частоті виникнення рецидива кісти 5-20% [3].

Матеріали та методи

Нами вивчені результати ендоскопічного лікування 62 хворих з псевдокістами підшлункової залози, як ускладненням гострого панкреатиту — 46 (74,2%) спостережень, хронічного панкреатиту — 14 (22,6%) випадків та тупої травми живота — у 2 (3,2%) хворих. Серед досліджуваних пацієнтів було 25 (40,3%) жінок та 37 (59,7%) чоловіків. Середній вік пацієнтів склав 48,1±3,3 роки. В комплексному обстеженні пацієнтів використовували клінічні, лабораторні та інструментальні методи, що включали: ультразвукове обстеження черевної порожнини, езофагогастродуоденоскопію, комп'ютерну томографію, ендоскопічну ретроградну панкреатикохолангіографію, магнітно-резонансну панкреатикохолангіографію та ендосонарне дослідження. Ендоскопічні втручання виконували дуоденофіброскопами JF-1-T20, JF-1-T-40 та TJF, з використанням папілотомів KD-10-Q1, KD-11-Q1 (Olympus), аспіраційних голок та провідників (Boston Scientific, Wilson-Cook), назопанкреатичних дренажів та ендопанкреатичних пластикових стентів (Olympus).

Таблиця 1. Характер ендоскопічних втручань при псевдокістах підшлункової залози

Групи хворих	Характер ендоскопічних втручань	Кількість пацієнтів	
		п	%
1	Цистодуоденостомія	3	4,8
2	Цистодуоденостомія + трансмуральне стентування	14	22,6
	Цистогастротомія + трансмуральне стентування	7	11,3
3	Цистодуоденостомія + цисто-назальне дренивання + трансмуральне стентування	15	24,2
	Цистогастротомія + цисто-назальне дренивання + трансмуральне стентування	8	12,9
4	Ендопанкреатичне транспаплярне стентування	10	16,1
5	Ендопанкреатичне транспаплярне стентування + зовнішнє дренивання під контролем УЗД	5	8,1
Всього		62	100

Результати та їх обговорення

У 60% пацієнтів основною скаргою були болі в животі, у 17% — гіпертермія та озноби, у 21% — симптоми непрохідності шлунково-кишкового тракту, та у 22% хворих — обтураційна жовтяниця.

При детальному обстеженні хворих аналізували топографічне розміщення кісти, її розмір, зрілість, вміст порожнини, стан стінок, поряд з цим проводили оцінку стану протокової системи та паренхіми підшлункової залози. Рідинні утворення підшлункової залози класифікували згідно Симпозіуму Атланти: гостре скопичення рідини, некроз, гостра псевдокіста, абсцес підшлункової залози та хронічна псевдокіста [6].

Основною умовою успішного ендоскопічного дренивання псевдокіста підшлункової залози є відсутність в порожнині кісти значної кількості щільного некротичного вмісту. Всім пацієнтам в передопераційному періоді обов'язково призначали антибіотики широкого спектру дії. Характер ендоскопічних втручань в залежності від способів дренивання та локалізації кіст наведених в таблиці 1.

Ендоскопічну цистодуоденостомію виконували у 32 (51,6%) хворих, в тих випадках коли псевдокіста локалізувалась у голівці підшлункової залози та інтимно прилягала до стінки низхідного відділу дванадцятипалої кишки шаровидно вибухаючи у її просвіт. При локалізації псевдокісти в тілі підшлункової залози у 15 (24,2%) пацієнтів виконували ендоскопічну цистогастротомію, розсікаючи вибухаючу поверхню задньої стінки шлунка і капсулу кісти. У 15 (24,2%) хворих, в яких мала місце кіста тіла чи хвоста підшлункової залози сполучена з головною панкреатичною протокою та недостатня для трансмурального дренивання, виконували ендоскопічну дуальну папілофінктеротомію з транспаплярним ендопанкреатичним стентуванням.

Методика

В рентгеноопераційній під контролем дуоденофіброскопу, в ділянці найбільшого вибухання стінки шлунка чи задньо-медіальної стінки низхідного відділу дванадцятипалої кишки, за допомогою голчастих папілотомів чи аспіраційної голки виконували пункцію кісти. Ретельно проводили максимальну аспірацію вмісту кісти з її санацією розчинами антисептиків. Після контрастування порожнини кісти у 30 (63,8) хворих розріз доповнювали на 1-2 см в режимі коагуляції електрохірургічного блоку. У 17 (36,2%) пацієнтів виконували балонну дилатацію сформованого пункційного отвору з наступним трансмуральним введенням пластикового стенту "double pigtail" діаметром 10 F чи цистоназального дренажу (рис. 1-2).

При прозорому вмісті кісти та широкому цистодигестивному співв'язі у 3 (4,8%) хворих дренивання порожнини кісти стентами не виконували. Щоденно проводили оцінку стану залишкової порожнини за допомогою УЗД, при необхідності доповнюючи дуоденофіброскопією. У випадках виконання балонної дилатації пункційного отвору після аспірації вмісту кісти голкою, та при вузькому (0,5-1 см) сформованому співв'язі у 21 хворого застосовували трансмуральне стентування пластиковими ендопротезами "double pigtail" діаметром 10F (рис. 3).



Рис. 1. Трансмуральне стентування кісти підшлункової залози після цистодуоденостомії.



Рис. 2. Цистоназальне дренивання.

Ендопротез залишали в порожнині кісти на термін від 2 до 4 тижнів з метою проведення програмованої санації для мінімізації ризику виникнення таких ускладнень як інфікування кісти, шлунково-кишкові кровотечі, рубцювання співусть.

Цистоназальне дренування з одномоментним дренуванням порожнини кісти пластиковим стентом виконували за наявності гнійного та некротичного вмісту кісти, а також при неможливості адекватно санувати порожнину кісти у 23 (16,7%) хворих. Програмований ендоскопічний контроль з санацією порожнини кісти проводили двічі на добу до чистої рідини в перші три дні, скорочуючи терміни контролю в залежності від клінічних проявів та характеру і кількості виділень з дренажу. Цистоназальний дренаж видаляли на 7-9 добу.

У 13 пацієнтів мала місце кіста хвоста підшлункової залози, та у 2 хворих — кіста тіла залози, сполучені з головною панкреатичною протокою та недоступні для трансмурального дренування. При розмірах кісти менше 6 см та за наявності обструкції головної панкреатичної протоки стриктурою чи конкрементом у 10 (16,1%) хворих виконували ендоскопічну дуальну папіллотомію з транспапільярним ендопанкреатичним стентуванням використовуючи один чи кілька пластикових стентів 7F (рис. 4-5). Обов'язковою умовою транспапільярного дренування псевдокіст є сполучення кісти з головною протокою підшлункової залози. При великих кістах (>6см), що спостерігались у 5 пацієнтів, виконували ендопанкреатичне стентування поєднане з пункцією кісти під ультразвуковим контролем.

Більшість хворих вказували на покращення загального стану, зменшення больового синдрому вже на 1-2 добу після втручання, а на 7-9 добу їх виписували додому під нагляд лікаря-хірурга поліклініки за місцем проживання та подальшим контролем в клініці через 3, 6, 12 місяців.

Кровотечі після ендоскопічних операцій спостерігали у 9 (14,5%) хворих. У 3 пацієнтів застосовували ендокліпінг судин що кровили, у 3 — аргон-плазмову коагуляцію, у 2 — електрокоагуляцію та у 1 — рентгендоваскулярну оклюзію. Випадків перфорації порожнистих органів та летальності серед досліджуваної групи хворих не відмічено. Рецидив кісти мав місце у 2 хворих через 6 місяців, та ще у 2 через 10 місяців після ендоскопічного втручання. В одному випадку це стало показом до проведення цистостомії з виключенням кишки по Ру з лапароскопічного, та у 3 випадках — з лапаротомного доступу.

Висновки

1. Ендоскопічне трансмуральне та транспапільярне дренування псевдокіст підшлункової залози є ефективною альтернативою традиційному хірургічному та транскутанному лікуванню цієї патології, з частотою ускладнень 14,5% та розвитком рецидиву кісти у 6,5% випадках.

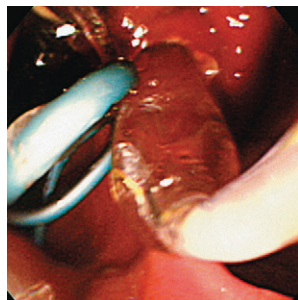


Рис. 3
Балонна дилатація цистогастрального вічка та трансмуральне стентування.



Рис. 4
Дуальна папілосфінктеротомія.

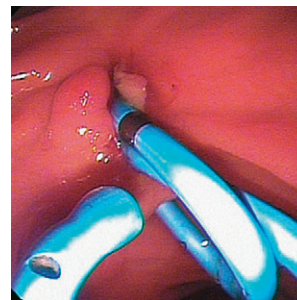


Рис. 5
Ендоскопічне транспапільярне ендопанкреатичне стентування.

2. Методом вибору ендоскопічного лікування псевдокіст є трансмуральний в поєднанні з корекцією патології протокової системи підшлункової залози.
3. За наявності гнійного та некротичного вмісту псевдокіст підшлункової залози у випадках проведення цистогастро-цистодуоденостомії доцільним є поєднання цистоназального дренування та трансмурального стентування з метою більш ефективної санації порожнини кісти.
4. У випадках сполучення порожнини кісти підшлункової залози з розширеною головною панкреатичною протокою, та неможливості виконання трансмурального дренування показано виконання транспапільярного стентування протоки доповненого при необхідності зовнішнім дренуванням кісти під ультразвуковим контролем.

Література

1. Акуленко С.В., Овчинников В.А., Соловьев В.А. и др. (2004) Посттравматический кист панкреатической железы с использованием малоинвазивных методик. *Анналы хир. гепатологии*. 9; 2: 168
2. Богданов В.Е., Корымазов Е.А. (2005) Выбор способа лечения панкреатических псевдокист. Тезисы докладов I конгресса московских хирургов "Неотложная и специализированная хирургическая помощь". (Москва). "Гео". с. 277-278
3. Baron T.H. (2003) Endoscopic drainage of pancreatic fluid collection and pancreatic necrosis. *Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am.* 13: 743-764
4. Dohmoto M., Akiyama K., Lioka Y. (2003) Endoscopic and endosonographic management of pancreatic pseudocyst: a long-term follow-up. *Rev. Gastroenterol. Peru.* 23: 269-275
5. Giovannini M. (2007) What is the best endoscopic treatment for pancreatic pseudocysts? *Gastrointest. Endosc.* 65: 620-623
6. Hookey L.C., DeBroux S., Delhaye M., Arvanitakis M., O'Deviere J. (2006) Endoscopic drainage of pancreatic fluid collections in 116 patients: a comparison of etiologies, drainage techniques, and outcomes. *Gastrointest. Endosc.* 63: 635-643
7. Weckman L., Kylanpaa M.L., Puolakkainen P., Halttunen J. (2006) Endoscopic treatment of pancreatic pseudocysts. *Surg. Endosc.* 20: 603-607
8. Yusuf T.E., Baron T.H. (2006) Endoscopic transmural drainage of pancreatic pseudocysts: results of a national and an international survey of ASGE members. *Gastrointest. Endosc.* 63: 223-227

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ КРОВОТЕЧІЗ ІЗ ВАРИКОЗНО РОЗШИРЕНИХ ВЕН СТРАВОХОДУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУБ- ТА ДЕКОМПЕНСОВАНИМ ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ

Русин В.І., Румянцев К.С., Кравчук І.Б., Кополовець І.І.

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб, Україна

Summary

In study the results of complex treatment of 56 patients with acute bleeding from the esophageal varices on a background of liver cirrhosis are represented. Hemostasis attained in all patients, 8 (19%) of them died because of progress of hepatic insufficiency. Tactics of treatment were selected according to the positions of the Baveno IV Consensus in diagnostics, treatment and directions of subsequent scientific researches in the field of portal hypertension, elaborated during the series of meetings of leading European scientists. Among 56 patients according to Child-Turcotte-Pugh classification 18 patients were of B-class of liver cirrhosis, 38 were of C-class. Endoscopic sclerotherapy stipulated bleeding stop at 75% patients with 23% lethality, where death occurred not from hemorrhage and hypoxia, but from hepatic insufficiency progress. Bleeding relapses took place in patients with decompensated liver function.

Application of Blakemore tube stopped bleeding in all patients where sclerotherapy was insufficient. Relapse of bleeding occurred in 2 (50%) patients of B-class of liver cirrhosis in a term to 5 days, 1 (25%) of them died. In patients with a C-class the relapse of bleeding took place in 6 (60%) of them, lethality was 50%. General lethality in all patients was 43% It is set, that the Consensus implementation in Ukrainian medical practice is possible in full extent.

Key words: portal hypertension, diagnostics, treatment, prognostic criteria.

Вступ

Кровотеча із варикозно розширених вен стравоходу та шлунка (ВРВ) є проявом декомпенсації портальної гіпертензії. Портальна гіпертензія — стан, зумовлений змінами гемодинаміки у системі ворітної вени, який викликає такі патофізіологічні зрушення в людському організмі, які набагато небезпечніші для прогнозу життя, ніж основне захворювання, яке спричинило саму портальну гіпертензію. Наприклад, частота виявлення варикозно розширених вен (ВРВ) стравоходу у хворих на цироз печінки коливається від 25% до 80% у середньому 60% [1,2,4]. Щорічно ВРВ розвиваються у 10-15% хворих на цироз [3]. Збільшення розмірів вариксів відбувається у 10-20% хворих протягом року з моменту першого виявлення і у 67% пацієнтів протягом цього ж року відбувається кровотеча [1,2,5,6]. Летальність при першій кровотечі із ВРВ у пацієнтів із хронічними захворюваннями печінки становить близько 40%, що зумовлює половину всіх випадків смерті хворих на цироз, в той час, як смерть від хронічної печінкової недостатності, як закономірного фіналу цирозу настає без кровотечі протягом 5 і більше років [4,5]. Перший епізод кровотечі становить значний ризик повторної кровотечі. Приблизно у двох третин хворих розвивається рецидив [1,4].

Провідним завданням лікування цієї важкої патології безумовно є врятування життя пацієнта, яке може бути досягнуто тільки шляхом зупинки кровотечі. Але у вітчизняній медицині, не дивлячись на певні досягнення декількох хірургічних шкіл, єдина хірургічна тактика лікування й досі не розпрацьована. Ми застосовуємо тактику, запропоновану консенсусом провідних європейських вчених з проблеми портальної гіпертензії, відомим як *Baveno IV* [3]:

Застосування балонної тампонади

- балонна тампонада повинна застосовуватись виключно при масивній кровотечі як "міст" до того часу, поки визначене лікування може бути призначене фармакотерапією;
- при підозрі на варикозну кровотечу вазоактивні препарати повинні бути призначені якомога швидше — ще до діагностичної ендоскопії (1b; A);
- лікування вазоактивними препаратами (теріпресин, соматостатин, впрогред, октреотид) повинно застосовуватись у пацієнтів із кровотечею зі стравохідних вариксів протягом 2-5 діб (1a; A).

Ендоскопічне лікування:

- ендоскопічна терапія рекомендована всім пацієнтам із підтвердженою гастроентестинальною кровотечею з верхніх відділів, де джерелом кровотечі є езофагальні варикси (1a; A);
- лікування є рекомендованим способом ендоскопічної терапії гострої езофагальної варикозної кровотечі, хоча склеротерапія також може бути застосована в гострій ситуації, якщо лікування є технічно важким (1b; A);
- ендоскопічна терапія тканинними адгезивами (наприклад N-бутил-ціаноакрилат) рекомендована при гострій кровотечі із шлункових вариксів (1b; A);
- ендоскопічне лікування краще використовувати у поєднанні із фармакотерапією, яка, по можливості, повинна бути почата до ендоскопії (1a; A).

У первинній зупинці кровотечі, відповідно Консенсусу, провідне значення надають ендоскопічній склеротерапії та балонній тампонаді зондом Блейкмора. У зв'язку із відсутністю пристроїв для лікування варикозних вен, у клініці застосовуємо ендоскопічну склеротерапію (EC).

Метою роботи стала оцінка застосування ендоскопічної склеротерапії та балонної тампонади зондом Блейкмора у пацієнтів із кровотечею із ВРВ стравоходу на фоні суб- та декомпенсованого цирозу печінки.

Таблиця 1.
Результати екстренної ЕС у хворих на ЦП

Результат	Клас цирозу печінки	
	В, n=18	С, n=38
Зупинено	14	28
Продовження	4	10
Рецидив	2	12
Померли	—	10

Таблиця 2.
Результати балонної тампонади у хворих на ЦП

Результат	Клас цирозу печінки	
	В, n=4	С, n=10
Зупинено	4	10
Продовження	—	—
Рецидив	2	6
Померли	1	5