

УДК 616.37–006.2–089.12:616.381–001.5

ПРИМЕНЕНИЕ РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ПО ПОВОДУ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ ВНУТРИБРЮШНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Абидов Эльмур Айдын оглы

Институт общей и неотложной хирургии имени В. Т. Зайцева НАМН Украины, г. Харьков

APPLICATION OF ROENTGENSURGICAL METHODS IN THE TREATMENT OF PATIENTS, SUFFERING PANCREATIC CYSTS, COMPLICATED BY INTRAABDOMINAL HEMORRHAGE

Abidov Eblmur Aydin ogli

РЕФЕРАТ

За период с 2009 по 2013 г. рентгенохирургические вмешательства (РХВ) в целях гемостаза выполнены у 26 пациентов по поводу кист поджелудочной железы (ПЖ), осложненных внутрибрюшным кровотечением. Рецидив кровотечения в разные сроки после эндоваскулярного гемостаза возник у 6 (23,1%) больных, что потребовало выполнения полостной операции (у 2) и повторного РХВ (у 4). Неудовлетворительный результат после применения РХВ отмечен в 11,5% наблюдений.

Ключевые слова: киста поджелудочной железы; внутрибрюшное кровотечение; хирургическое лечение; эндоваскулярный гемостаз.

SUMMARY

In 2009 – 2013 yrs roentgensurgical interventions (RSI) were performed for pancreatic cysts, complicated by intraabdominal hemorrhage, in 26 patients to achieve the hemostasis objective.

The hemorrhage recurrence in various terms after endovascular hemostasis have occurred in 6 (23.1%) patients, what have had demanded the intracavity operation performance (in 2) as well as a repeated RSI (in 4). Poor result after application of RSI was noted in 11.5% of observations.

Key words: pancreatic cyst; intraabdominal hemorrhage; surgical treatment; endovascular hemostasis.

Кисты (псевдокисты) являются осложнением деструктивного процесса в ПЖ и окружающих тканях при остром и хроническом панкреатите. Нередко они сопровождаются опасными осложнениями, чреватými летальным исходом. Таким осложнением, в первую очередь, является кровотечение, частота которого составляет 5 – 25%, летальность – достигает 50% [1, 2]. В зависимости от таких факторов, как величина внутрипротокового давления, давления в полости кисты, дренирующего протока, контакта стенки кисты с близлежащими сосудами, возможно возникновение аррозии мелких или более крупных сосудов в стенке кисты или прилежащих органов [2].

При наличии кисты ПЖ выявляют различные варианты кровотечения: в просвет кисты без нарушения ее капсулы, с прорывом кисты в брюшную полость, с прорывом в полый орган или проток [2, 3]. Нередко кисты ПЖ могут быть причиной профузного кровотечения из варикозно–измененных вен (ВИВ) пищевода вследствие сдавления воротной вены и формирования допеченочной портальной гипертензии [3].

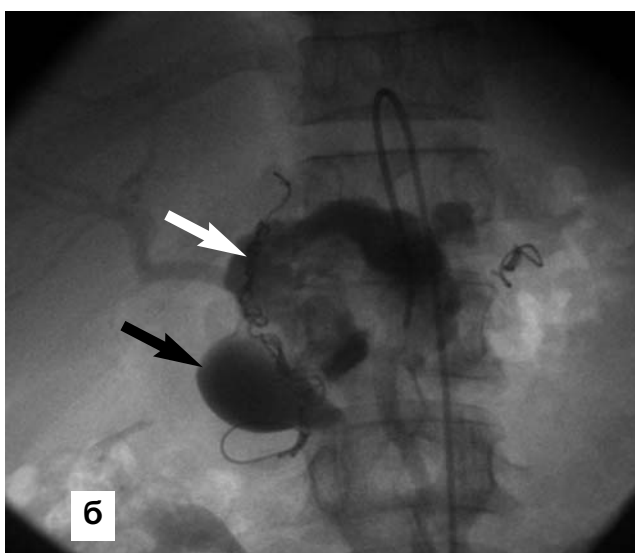
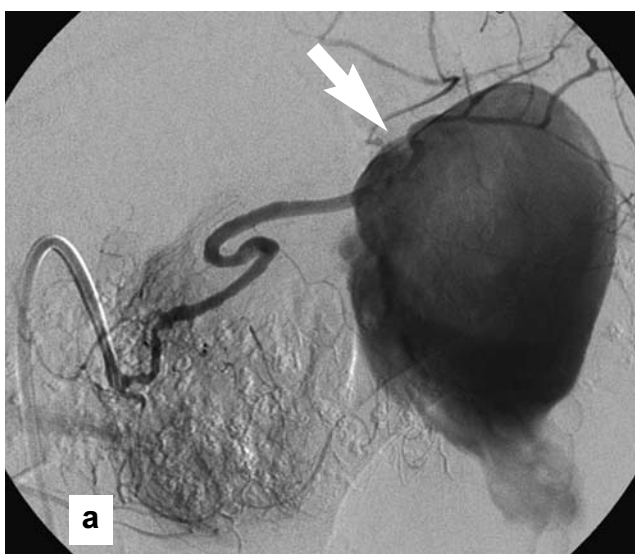
Лечение пациентов по поводу постнекротических кист ПЖ, осложненных профузным внутрибрюшным кровотечением, как правило, хирургическое. Частота послеоперационных осложнений после полостных операций составляет 45%, летальность – от 20 до 30% [3 – 5].

В последние годы в комплексе хирургического лечения больных по поводу кист ПЖ, осложненных кровотечением, все чаще применяют малотравматичные методы эндоваскулярного катетерного гемостаза [5, 6].

Целью исследования явилась оценка эффективности эндоваскулярного гемостаза у больных с кистами ПЖ, осложненными внутрибрюшным кровотечением.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За период с 2009 по 2013 г. РХВ в целях гемостаза выполнены у 26 больных (17 мужчин, 9 женщин в возрасте от 35 до 86 лет) с кистами ПЖ, осложненными внутрибрюшным кровотечением. Из них 24 (92,3%) больных госпитализированы с признаками острого желудочно-кишечного кровотечения (ОЖКК), 2 (7,7%) — кровотечения в брюшную полость. Больных неоднократно лечили в разных стационарах по поводу обострения хронического панкреатита. У 8 больных панкреатит был алкогольной природы, у 6 — причиной возникновения панкреатита и кистообразования была тупая травма живота. Для диагностики кист ПЖ и источника кровотечения



Ангиограммы пациентов с кистой ПЖ, осложненной внутрибрюшным кровотечением. а - аррозия селезеночной артерии с экстравазацией контрастного вещества (стрелка) в полость кисты ПЖ; б - аневризма гастродуоденальной артерии (черная стрелка) с экстравазацией контрастного вещества в полость кисты (белая стрелка).

применяли ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерную томографию (КТ), эндоскопическое исследование, ангиографию. У всех больных в связи с тяжестью состояния и невозможностью выполнить полостную операцию осуществлен эндоваскулярный гемостаз.

Селективную ангиографию выполняли с использованием чрезбедренного доступа по Сельдингеру (1953). Учитывая обильное кровоснабжение ПЖ из ветвей чревного ствола и верхней брыжеечной артерии, для их катетеризации использовали катетеры с разной конфигурацией дистального конца типа "пастушьей клюшки" и "шляпы охотника" ("shepherd crook", "head hunter") фирмы "Cook" (США). В целях предупреждения вазоспазма перед началом манипуляции внутриартериально вводили спазмолитики или обезболивающие средства. По мнению большинства исследователей, для оптимального контрастирования всего бассейна чревного ствола или верхней брыжеечной артерии необходимо ввести 40 – 45 мл 76% водорастворимого контрастного вещества со скоростью 8 – 12 мл/с [5, 6]. В режиме реального времени ангиографическое изображение изучали для выявления сосудистых аномалий и участков экстравазации контрастного вещества (ангиографического признака кровотечения) с последующим выбором соответствующего метода эндоваскулярного гемостаза (см. рисунок).

После ангиографии у всех пациентов выполнены различные виды эндоваскулярного гемостаза (эмболизация кровоточащей артерии, внутриартериальная гемостатическая терапия). Для рентгеноэндоваскулярной окклюзии (РЭО) источника кровотечения использовали спирали Гиантурко и синтетические пенополиуретановые эмболы диаметром до 2 мм.

После остановки кровотечения и стабилизации состояния пациентов вторым этапом выполняли опе-

РХВ, выполненные у больных по поводу кист ПЖ, осложненных внутрибрюшным кровотечением

РХВ	Число вмешательств	
	абс.	%
Внутриартериальный гемостаз в чревной ствол	6	23,1
Внутриартериальный гемостаз в верхнюю брыжеечную артерию	4	15,4
Эмболизация селезеночной артерии и ее ветвей	18	69,2
Эмболизация левой желудочной артерии	6	23,1
Эмболизация гастродуоденальной артерии и ее ветвей	2	7,7
Эмболизация нижней панкреатодуоденальной артерии	2	7,7
Всего ...	38	100

ративное вмешательство: у 8 — наружное дренирование кисты с наложением панкреатикоэнтероанастомоза, у 12 — цистодуоденостомию, у 5 — панкреатодуоденальную резекцию.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По данным комплексного обследования больных, включающего ангиографическое исследование, у 6 — выявлено кровоизлияние в просвет кисты без нарушения целостности ее капсулы; у 4 — кровотечение в проток ПЖ (вирсунгоррагия); у 10 — прорыв кисты в просвет полого органа; у 4 — источником ОЖКК были ВИВ пищевода вследствие сдавления кистой селезеночной вены и возникновения допеченочной портальной гипертензии; у 2 — разрыв кисты в свободную брюшную полость. Источником внутрибрюшного кровотечения были: ВИВ пищевода — у 4, аррозия селезеночной артерии — у 6, аневризма селезеночной артерии — у 4, аррозия панкреатических ветвей селезеночной артерии — у 4, аневризма гастродуоденальной артерии — у 2, левой желудочной артерии — у 2, нижней панкреатодуоденальной артерии — у 2, аррозия селезеночной вены — у 2 больных.

По данным литературы, в последние годы в целях гемостаза у больных при наличии кист ПЖ, осложненных внутрибрюшным кровотечением, все чаще применяют РХВ. При этом, большинство авторов подчеркивают необходимость осуществления эндоваскулярного гемостаза как первого этапа комплексного хирургического лечения, что позволяет достичь лучших отдаленных результатов [5 — 7]. В зависимости от данных ангиографии, у 26 больных в целях гемостаза выполнены 38 разных РХВ (см. таблицу).

Технический успех РЭО достигнут у 25 (96,2%) пациентов. В ближайшем послеоперационном периоде рецидив кровотечения возник у 2 (7,7%) больных при кровотечении из ВИВ пищевода, устранен с помощью консервативной терапии. Из местных осложнений у 3 (11,5%) больных возникла небольшая подкож-

ная гематома в области пункции бедренной артерии, у 18 (69,2%) — выраженный ишемический синдром, устранен путем назначения анальгетиков. В сроки до 15 сут после РЭО у всех больных отмечено повышение температуры тела от 37° до 39° С.

Открытое оперативное вмешательство выполнено на 25 — 30-е сутки после эндоваскулярного гемостаза. В первые 30 сут после полостных операций умерли 3 (11,5%) больных, от острой сердечно-сосудистой недостаточности (2) и тромбоэмболии легочной артерии (1); в отдаленные (от 3 мес до 2 лет) сроки умерли 6 (23,1%) больных.

Таким образом, применение рентгеноэндоваскулярного гемостаза является эффективным и безопасным способом остановки кровотечения при кистах ПЖ, а также позволяет вторым этапом выполнить радикальное хирургическое вмешательство с небольшой частотой послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Gastrointestinal bleeding due to an erosion of the superior mesenteric artery: an exceptional fatal complication of pancreatic pseudocyst / M. Bouassida, M. Benali, H. Charrada [et al.] // Pan. Afr. Med. J. — 2012. — Vol. 12. — P. 62.
2. Patil P. V. Splenic parenchymal complications in pancreatitis / P. V. Patil, A. Khalil, M. A. Thaha // JOP. — 2011. — Vol. 12, N 3. — P. 287 — 291.
3. Гостищев В. К. Диагностика и лечение осложненных постпанкреатических кист поджелудочной железы / В. К. Гостищев, А. Н. Афанасьев, А. В. Устименко // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. — 2006. — № 7. — С. 10 — 15.
4. Pancreatitis-associated pseudoaneurysm of the splenic artery presenting as lower gastrointestinal bleeding: treatment with transcatheter embolisation / B. Taslakian, M. Khalife, W. Faraj [et al.] // Br. Med. J. — 2012. — Vol. 3. — P. 76 — 78.
5. Pseudoaneurysm of the inferior phrenic artery presenting as an upper gastrointestinal bleed by directly rupturing into the stomach in a patient with chronic pancreatitis / A. Arora, P. Tyagi, A. Gupta [et al.] // Ann. Vasc. Surg. — 2012. — Vol. 26, N 6. — P. 860.
6. Transcatheter embolization of a giant pancreatic pseudoaneurysm: a tale of two bleeds and one thrombus / G. Jain, S. Kathuria, A. Nigam, V. K. Trehan // Ind. Heart J. — 2013. — Vol. 65, N 1. — P. 91 — 94.
7. Tarnowski W. Gastroduodenal artery selective endovascular embolization in pancreatic pseudo-cyst hemorrhage / W. Tarnowski, M. Gregorczyk, K. Brzozowski // Pol. Merkur. Lek. — 2012. — Vol. 32, N 191. — P. 306 — 308.

