

УДК 616.33/342-005.1-072.1-089.819.7-084

АЛГОРИТМ ЗАСТОСУВАННЯ ЕНДОВАСКУЛЯРНИХ МЕТОДИК У ДІАГНОСТИЦІ, ЛІКУВАННІ І ПРОФІЛАКТИЦІ НЕВАРИКОЗНИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ КРОВОТЕЧ

Матвійчук Б.О.¹, Бубняк М.Р.^{1,2}, Король Я.А.¹, Тумак І.М.^{1,2}

¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра хірургії та ендоскопії ФПДО, м. Львів, Україна,

²Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги м. Львова, м. Львів, Україна

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5495-2838>,

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5495-2838>,

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3664-3035>,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9908-5136>,

e-mail: myroslav.bubnyak@gmail.com,

Резюме. Гострі гастродуоденальні кровотечі – складна проблема сучасної хірургії, яка потребує мультидисциплінарного підходу.

Матеріали і методи. Проаналізовано досвід застосування ендоваскулярних втручань у 35 пацієнтів з неварикозними гастродуоденальними кровотечами за період 2009-2018рр.

Результати. У пацієнтів з кровоточивими виразками чи пухлинами шлунка ендоваскулярна емболізація дозволяє досягти постійного чи тимчасового гемостазу, у пацієнтів із кровотечами в псевдокісти підшлункової залози – зупинити кровотечу.

Висновок. Використання ендоваскулярних втручань дозволяє покращити результати лікування пацієнтів з гастродуоденальними кровотечами за рахунок ендоваскулярної зупинки кровотечі або/і профілактики рецидиву.

Ключові слова: гастродуоденальні кровотечі, ендоваскулярний гемостаз, емболізація.

Вступ. Частота шлунково-кишкових кровотеч (ШКК) із верхніх відділів травного каналу залишається сталою, складаючи 50-172 випадків на 100 тис. жителів на рік, і залежить від економічного розвитку регіону та вікового складу населення. В Україні щорічно госпіталізують у стаціонари близько 50 тис. хворих із ШКК. Найчастішими причинами кровотеч є пептична виразка (57,9%), ерозивно-геморагічний гастрит (14%), пухлини шлунка (7,5%), синдром Мелорі-Вейса (7%), варикозне розширення вен стравоходу і шлунка (6,4%) [1].

Обґрунтування дослідження. Широке впровадження езофагогастродуоденоскопії в клінічну практику дає змогу верифікувати джерело кровотечі при першому дослідженні у 71,2-98% хворих з більшою інформативністю та здійснити зупинку кровотечі чи попередити її рецидив. Термічні методи ендоскопічного гемостазу – електрокоагуляція, аргоно-плазмава і радіочастотна коагуляція, тепловий зонд ефективні у 96,6 – 100% хворих, а рецидив кровотечі після них виникає у 4,3-12% пацієнтів, і частота їх залежить від типу стигмат кровотечі [1].

Незважаючи на значні досягнення медикаментної терапії та ендоскопічної техніки, летальність при гострих гастродуоденальних кровотечах неварикозної етіології, зокрема при рецидивах кровотеч, залишається незмінною. Тому використання сучасних ендоваскулярних технологій для покращення результатів лікування цієї категорії пацієнтів в Україні стає дедалі актуальнішим [2, 3].

У загальній структурі кровотечі з верхніх відділів травного каналу геморагії в порожнину ППЗ і в просвіт шлунково-кишкового тракту належать до рідкісних і становлять не більше 0,8%, проте летальність перевищує 40% (від 40-90% при невчасно діагностованих спонтанних кровотечах). Крововиливи у псевдокісту зустрічаються в 1,4-8,4% випадків, причому найчастішими джерелами кровотечі є селезінкова (30-50%), гастродуоденальна (17%) та панкре-

атодуоденальна артерії (11%), значно рідше – печінкова та ліва шлункова артерії, а також аорта [4].

У клінічному перебігу виникає кровотеча в порожнину псевдокісти, яка сполучається з протокою ПЗ із вірсунгорагією або з ШКК при наявності панкреатодуоденальної нориці. «Золотим стандартом» у діагностиці таких ускладнень є ангиографія, яка показує екстравазацію контрастної речовини, псевдоаневризмичне розширення парапанкреатичних судин та дає можливість одночасного проведення емболізації судини – джерела кровотечі. Ефективність рентгенендоваскулярних втручань із селективною емболізацією судин досягає 80-100% [5,6]. Вирішальний вплив на результат лікування має досягнення максимально стійкого гемостазу і запобігання рецидиву кровотечі, адже летальність при цьому сягає 53% [7].

Мега дослідження. На підставі аналізу результатів лікування хворих з неварикозними гастродуоденальними кровотечами, яким в лікуванні застосовувалися рентгенендоваскулярні втручання, розробити власний алгоритм лікування з поєднанням різних методик.

Матеріали і методи. За ходом проведення роботи проаналізовано результати лікування 35 пацієнтів з неварикозними кровотечами віком від 16 до 89 років (середній вік 55,2р.) за період 2009-2018рр. Сюди включено пацієнтів з ендоскопічно верифікованим джерелом кровотечі і високим ризиком рецидиву, а також хворих з кровотечами нез'ясованої ендоскопічно етіології. У 13 пацієнтів причиною ШКК була кровотеча в псевдокісту підшлункової залози з вірсунгорагією, чи формуванням цисто-гастро чи цисто-дуоденальної нориці. У 11 пацієнтів діагностовано кровотечу з виразки шлунка, у 5 – з пухлини шлунка, у 3 – причиною шлункової кровотечі були судинні аномалії (ангіома, множинні аневрими, додаткові патологічні судини). В одного пацієнта розрив аневрими селезінкової артерії спричинив гематому сальникової сумки з перфорацією в шлунок. Після ангиографії проводили емболізацію судини-мішені: лівої шлункової, селезінкової, шлунково-сальникової, верхньої чи нижньої панкреато-дуоденальної артерій.

Результати дослідження. Серед пацієнтів з кровотечами в псевдокісту підшлункової залози одному через 14 днів після емболізації проведено ендоскопічне черезвірсунгове дренирування, в решти вміст спонтанно дрениувався через вірсунгову протоку або норицю з прогресивним зменшенням чи повним зникненням псевдокісти.

Після проведеної емболізації рецидиви кровотеч виникли в 6 пацієнтів (18,8%) у період від 4 днів до 3 місяців. У двох з них період після емболізації дав змогу стабілізувати стан для проведення відкритої радикальної операції, чотирьом проведено повторну емболізацію тієї ж чи колатеральної артерії з позитивним кінцевим результатом. Двоє пацієнтів з пухлинами шлунка прооперовано радикально в плановому порядку без рецидиву кровотечі, у третьої про-

тягом двох років спостереження рецидивів кровотеч не було, у четвертої через запущеність пухлинного процесу емболізація носила паліативний характер. Четверо пацієнтів померли в проміжку від 4 до 21 дня від емболізації без рецидиву кровотечі (двоє від ГПМК за ішемічним типом, один від поліорганної недостатності, один через критичне виснаження).

Обговорення. На наш погляд, до ендovasкулярних втручань слід кваліфікувати пацієнтів з відомим джерелом кровотечі, у яких не вдається досягти стабільного гемостазу ендоскопічно, а також пацієнтів з невстановленим ендоскопічно джерелом кровотечі. Останнім, при можливості, слід проводити додаткові обстеження (УСГ, КТ, МРТ) для виявлення потенційної причини кровотечі (псевдокіста підшлункової залози, аневризма висцеральної артерії, пухлинний процес і т.д.) і відповідного планування ендovasкулярного втручання.

За результатами аналізу отриманих даних розроблено і впроваджено в клінічну практику алгоритм лікування пацієнтів з гастродуоденальними кровотечами (Рис.1).

Висновки:

1. У пацієнтів із кровоточивими виразками чи пухлинами шлунка ендovasкулярна емболізація дозволяє досягти постійного чи тимчасового гемостазу і уникнути відкритого операційного втручання, або відтермінувати його і провести після стабілізації стану пацієнта.

2. У пацієнтів із кровотечами в псевдокісту підшлункової залози ангіографія дозволяє встановити судинно-джерело кровотечі і провести її емболізацію, досягнувши стабільного гемостазу і в більшості випадків уникнути відкритого операційного втручання.

3. Вдале поєднання ендоскопічних, ендovasкулярних і консервативних методів лікування хворих з гастродуоденальними кровотечами дозволяє суттєво покращити результати лікування.

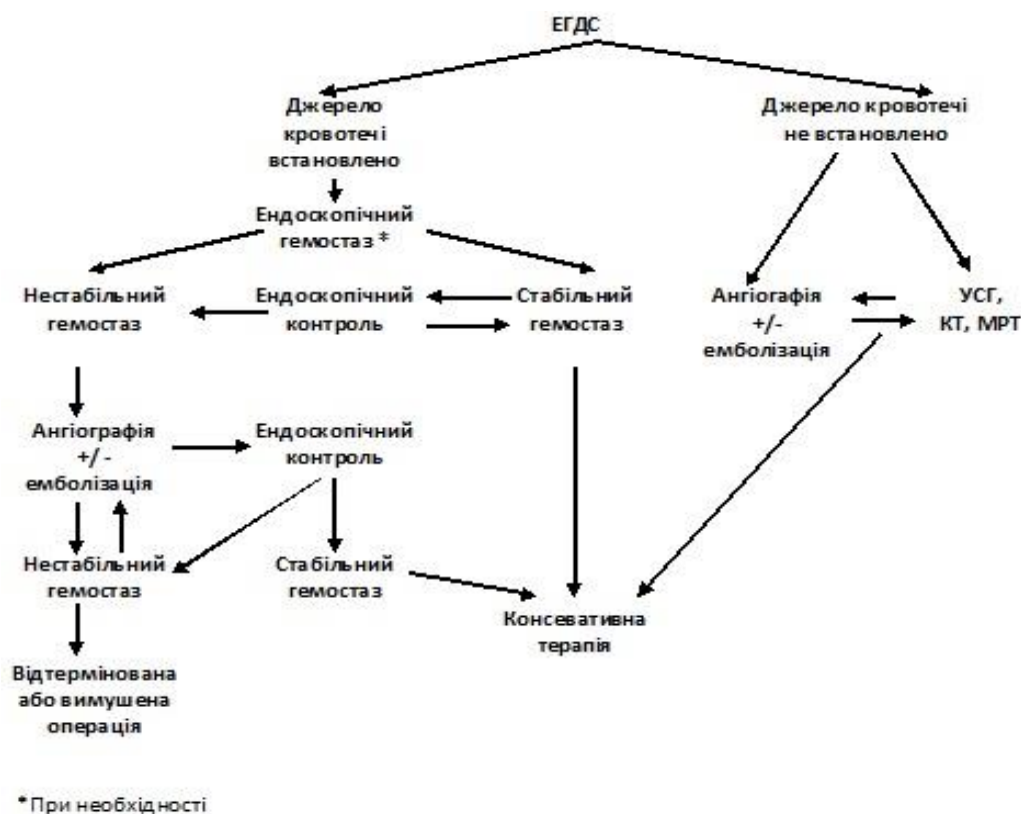


Рис.1. Алгоритм лікування пацієнтів з неварикозними гастродуоденальними кровотечами.

References:

1. Fomin P.D., Nikishajev V.I. Krovotечenija iz verhnih otделov zheludочно-kishechnого tracta: prichiny, factory riska, diagnostika, lechenije. Zdorovja Ukrajinu. 2010. Tematychnyj nomer.
2. Fomin P.D., Ivanchov P.V., Lemko I.I., Ignatov O.V. Endoskopichnyj gemostaz pry gostrokrovotochyvyx zlojakisnyx puchlynax shlunka. Naukovyj visnyk Uzhgorodskogo universytetu, serija "Medycyna". 2010; 39: 160-165.
3. Roultsides G.A., Kim C.J., Orlando R. et al Angiografichna embolizatsija pry gastroduodenalnij krovotechi. Bezpechnist, efektyvnist, ta predyktory uspihu. Medychnyj referatyvnyj zhurnal. 2009; 1-4: P.103.
4. Mokryk J.M., Skorejko S.M., Mokryk V.J. Vypadok diagnostyky psevdokisty pidshlunkovoji zalozy, uskladnenoji duodenalnoju krovotecheju. Materialy IV sympoziumu "Suchasna diagnostyka I likovalna endoskopija". 201. P.47-48.
5. Butyrskyj A.G., Starosek V.N., Grynesku A.E. Nejazvennyje pishchevodno-zheludochnye krovotечenija v neotlozhnoj hirurgii. Ukrajin'skyj zhurnal hirurgiji. 2012; 1(16): 44-47.
6. Polishchuk V.T., Nevmerzhytskyj I.M., Kostyna A.I. Dosvid likuvannia hvoryh iz psevdokistamy pidshlunkovoji zalozy, uskladnenymy krovotecheju. Shpytalna hirurgija. 2011; 2: 69-71.
7. Vorobej A.V., Klymovych V.V., Karpovich D.I. Nejazvennyje gastrointestynalnye krovotечenija (soobshchenije vtoroje). Hirurgija. Zhurnal im. N.I.Pyrogova. 2010; 11: 34-41.
8. Bidiuk D., Furtak A. Kliniko-epidemiologichni harakterystyky piznih uskladnen gostrogo pankreatytu. Pratsi NTSh, med. nauky. 2015. T. XLIII. P. 89-95.

УДК 616.33/342-005.1-072.1-089.819.7-084

АЛГОРИТМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДИК В ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ НЕВАРИКОЗНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Матвийчук Б.О.¹, Бубняк М.Р.^{1,2}, Король Я.А.¹,
Тумак И.Н.^{1,2}

¹Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, кафедра хирургии и эндоскопии ФПДО, г. Львов, Украина,

²Коммунальная городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Львова, г. Львов, Украина

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5495-2838>,

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5495-2838>,

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3664-3035>,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9908-5136>,

e-mail: myroslav.bubnyak@gmail.com,

Резюме. Вступление. Острые гастроудоденальные кровотечения – сложная проблема современной хирургии, которая требует мультидисциплинарного подхода.

Материалы и методы. Проанализировано опыт использования эндоваскулярных вмешательств у 35 пациентов с неварикозными гастроудоденальными кровотечениями за период 2009-2018гг.

Результаты. У пациентов с кровоточащими язвами или опухолями желудка эндоваскулярная эмболизация позволяет достичь постоянного или временного гемостаза, у пациентов с кровотечениями в псевдокисты поджелудочной железы – остановить кровотечение.

Выводы. Использование эндоваскулярных вмешательств позволяет улучшить результаты лечения пациентов с гастроудоденальными кровотечениями за счет эндоваскулярной остановки кровотечения или/и профилактики рецидива.

Ключевые слова: гастроудоденальные кровотечения, эндоваскулярный гемостаз, эмболизация.

UDC 616.33/342-005.1-072.1-089.819.7-084

USE ALGORITHM OF ENDOVASCULAR INTERVENTIONS IN DIAGNOSIS, TREATMENT AND PREVENTION OF NONVARICEAL GASTROINTESTINAL BLEEDINGS

B.O. Matviychuk¹, M.R.Bubnyak^{1,2}, J.A.Korol¹, I.M.Tumak^{1,2}

¹Danylo Halytsky Lviv national medical university, department of surgery and endoscopy of FPGE, Lviv, Ukraine,

²Lviv city municipal clinic emergency hospital, Lviv, Ukraine

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5495-2838>,

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5495-2838>,

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3664-3035>,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9908-5136>,

e-mail: myroslav.bubnyak@gmail.com,

Abstract. Introduction. Acute gastrointestinal bleedings is a complex problem of modern surgery, requiring multidisciplinary approach.

Materials and methods. The experience of using endovascular interventions in 35 patients with nonvariceal gastrointestinal bleedings for the period of 2009-2018 has been analyzed. 13 patients had bleeding into pancreatic pseudocyst with wirsung duct bleeding or cysto-gastric or cysto-duodenal fistula formation. 11 patients had bleeding gastric ulcer, 5 – gastric tumor, 3 – vascular anomalies. Following angiography, we performed embolization of target vessel. One of the pancreatic pseudocyst patients 14 days after embolization underwent endoscopic pseudocyst drainage, the rest had spontaneous drainage through the duct or fistula, accompanying with reducing the size or disappearing of the pseudocyst. Recurrence of bleeding appeared in 6 patients (17,1%) within 4 days – 3 months. In 2 of them embolization allowed us to stabilize patient for surgical intervention, 4 – underwent remobilization. 4 patients died within 4-21 days without bleeding recurrence.

Results. Endovascular embolization in patients with gastrointestinal bleedings due to ulcer or tumor allows achieving temporary or permanent hemostasis, in patients with bleeding due to pancreatic pseudocyst – to stop bleeding.

Conclusion. Using endovascular interventions allows improving the treatment results in patients with gastrointestinal bleedings at the expense of endovascular bleeding stop and/or its recurrence prophylactic.

Keywords: gastrointestinal bleeding, endovascular homeostasis, embolization.

Стаття надійшла в редакцію 07.09. 2018 р.