

МОЖЛИВОСТІ РЕНТГЕНЕНДОВАСКУЛЯРНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ МАСИВНИХ АРОЗИВНИХ КРОВОТЕЧАХ НА ТЛІ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ

В.В. Грубник, О.М. Загороднюк, Є.А. Койчев, М.М.Чернов

Одеський національний медичний університет, кафедра хірургії № 1.

Вступ

Лікування хворих з гострим деструктивним панкреатитом (ГДП) є дуже складною проблемою, яка потребує мультидисциплінарного підходу та залучення спеціалістів різної кваліфікації. Розвиток сучасної фармації, інтенсивної терапії та анестезіології зумовлюють високий рівень виживання більшої частини хворих ГП в першій фазі захворювання. Однак, незважаючи на використання потужного арсеналу засобів сучасної інтенсивної терапії та досягнуті успіхи в хірургічних методах лікування ГП, зберігається висока летальність саме у другій фазі гострого панкреатиту та при розвитку ускладнень досягає 70% .

Найбільш драматичним, важким і потенційно летальним ускладненням у більш пізні строки є кровотеча з арозованих судин черевної порожнини. Частота розвитку даного ускладнення коливається від 2,4 – 10 % пацієнтів з ГДП. Незважаючи на відносно низький відсоток виникнення у порівнянні з іншими ускладненнями гострого деструктивного панкреатиту, летальність складає майже 70 %, а у випадку виникнення повторної кровотечі 90%.

Мета

КТ-ангіографія і в ряді випадків ультразвукове дослідження (УЗД) є неінвазивними методами, рекомендованими до застосування при ураженні судин черевної порожнини; роль магнітно-резонансної томографії (МРТ) в діагностиці даної групи патологій мінімальна і обмежується поодинокими спостереженнями. «Золотим стандартом» діагностики патологій артерій є пряма ангіографія, яка дозволяє візуалізувати всі деталі стану артерій, колатеральної циркуляції, виявити дрібні псевдоаневризми або арозії, Мета нашої роботи - оцінити ефективність рентгеноваскулярних втручань при масивних арозивних кровотечах у хворих з гострим деструктивним панкреатитом (ГДП).

Матеріали та методи дослідження. Рентгеноваскулярне втручання було використано в лікуванні 9 хворих на ГДП, у яких в післяопераційному періоді розвинулася арозивна кровотеча. Серед пацієнтів були 6 чоловіків та 3 жінки. Середній вік пацієнтів склав 52 роки (віковий діапазон 35-73 роки). Етіологічний фактор у виникненні ГДП: алкогольно-аліментарний – 5 хворих (55 %), біліарний – 4 (44 %). Хворі були доставлені в лікарню в строки від 3 діб до 1 неділі. Всім пацієнтам до та після операції проводилися стандартні лабораторні методи дослідження (загальноклінічні, біохімічні та коагулологічні аналізи) та інструментальні методи діагностики: ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної та спіральна комп'ютерна томографія (СКТ) з контрастним підсиленням (ультравіст внутрішньовенно та тріомбаст 76% per os).

Всі хворі отримували повний комплекс інфузійної та консервативної терапії в умовах відділення інтенсивної терапії. У 8 хворих (88%) кровотечу було виявлено виділенням крові по післяопераційним

дренажам. У одного хворого (12%) кровотеча відбулася у дванадцятипалу кишку та супроводжувалося клінікою шлунково – кишкової кровотечі. Всі хворі перенесли оперативні втручання в обсязі - панкреатонекрсеквестректомія, дренажування заочеревинного простору. У 2 хворих (22%) кровотеча відбулася у перші сутки післяопераційного періоду, у 7 (78%) на протязі наступних 2 тижнів. В зв'язку з нестабільною гемодинамікою хворим виконувалося «відкрите» хірургічне втручання, яке супроводжувалося значними технічними труднощами, насамперед неможливістю чітко знайти джерело кровотечі та виконати лігування потрібної судини в конгломераті некротичних мас в парапанкреатичній клітковині. У 2 (22%) випадках кровотеча мала дифузний характер, залишилось виконати тільки туге тампонування заочеревинного простору серветками.

Під час ендovasкулярного втручання артеріальний доступ виконувався з правої стегнової артерії за Сельдінгером під місцевою анестезією 0,5% розчином новокаїну. Наступним етапом катетеризувався черевний стовбур і виконувалася целіакографія - селективна катетеризація. Далі проводилася селективна та суперселективна катетеризація артерій першого, другого та третього порядку . Для виконання селективної катетеризації гілок чревного стовбура використовувалися катетери типу «Cobra» і «Judkins right» розміром 6F. Емболізація проводилася методом «гострої»(10 % р-н глюкози) та «хронічної» (спиралі типа Гиантурко) оклюзії судини . Після виконання втручання катетер видаляли з артеріального русла, на місце пункції накладали тиснучу пов'язку, протягом доби пацієнти дотримувалися суворого постільного режиму і

отримували консервативну терапію в умовах відділення інтенсивної терапії.

Результати

Після стабілізації стану пацієнтів виконувалося ендоваскулярне втручання для попередження наступних епізодів кровотечі. В 4(44 %) випадках було діагностовано гостру кровотечу з а.pancreato-duodenalis, в 2 (22 %) випадках з а. lienalis, в 1(12%) випадку з гілок а.hepatica propria, в 2 випадках джерела кровотечі не виявлено (22%). В 1(12 %) випадку контраст вільно поступав у 12 – палу кишку, у 8(88%) випадках контраст виявлено у вільній черевній порожнині. Відповідно, в 4 випадках(44%) виконано емболізацію а.pancreato-duodenalis , в 1 (12%) випадку виконано емболізацію а.hepatica propria , в 2 (22 %) випадках виконано емболізацію а. lienalis в її початковому відділі, а у 2 інших хворих (22 %) емболізовано було початковий відділ загальної печінкової артерії, до відходження панкреато-дуоденальної артерії.

У найближчий час кровотеча зупинилась у 9 хворих (100 %). На другу добу у 2 (22%) хворих з емболізацією загальної печінкової артерії стався рецидив кровотечі. Повторна ангіографія та спроби емболізації були неефективні. При лапаротомії виявлено, що кровотеча мала дифузний характер, локалізувати джерело не вдалося, в таких випадках виконували туге тампонування заочеревинного простору серветками. Однак, у найближчий час ці хворі загинули. У хворих з емболізацією а.pancreato-duodenalis та а. lienalis кровотечі не відновлялися. Таким чином, ми отримали наступні результати - 7 з 9 хворих вижили (77.7%), не дивлячись на важкість стану та прогноз. Найбільш ефективною виявилася селективна емболізація а. lienalis та суперселективна

емболізація a.pancreatoduodenalis, після яких рецидиву кровотеч не відмічалось взагалі. Строки виникнення кровотеч - 6-8 тижднів захворювання від початку захворювання, але у одного пацієнта кровотеча виникла у дуже пізні терміни (до 80 діб від початку захворювання). Серед цих хворих необхідно окремо виділити пацієнтів з венозною кровотечею. В 2 випадках ми не виявили джерело кровотечі. Ми вважаємо, що в даних випадках кровотеча була венозною, яку неможливо виявити при стандартному трансартеріальному доступі. Щодо виникнення ішемії органів дистальніше місця емболізації, наприклад інфаркт селезінки або печінки, то у нашій практиці ми не спостерігали подібних ускладнень, за винятком виникнення випадків гематом в області пункції стегнової артерії.

Висновок

1. В разі виявлення ознак шлунково кишкової, внутрішньочеревної або заочеревинної кровотечі у пацієнтів після перенесеного оперативного втручання на підшлунковій залозі рекомендується виконати КТ-ангіографію або пряму селективну ангіографію судин черевної порожнини з метою виключення такого загрозливого ускладнення, як арозивна кровотеча з перипанкреатичних артерій.
2. При підтвердженні арозивної кровотечі у гемодинамічно нестабільних пацієнтів показано екстрене оперативне лікування з лігуванням пошкодженої судини, а у стабільних пацієнтів можливе виконання ендovasкулярного втручання.
3. Ми вважаємо потрібним подальше дослідження, з ціллю виділити конкретні критерії щодо високого ризику розвитку масивних арозивних

кровотеч у хворих з гострим деструктивним панкреатитом та попередити їх виникнення шляхом використання рентгенендоваскулярних втручань.