

УДК 616.12 – 008.331.1 – 089:621.386

ПЕРШИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ЕМБОЛІЗАЦІЇ ГІЛОК ЧЕРЕВНОГО СТОВБУРА В ЛІКУВАННІ КРОВОТЕЧ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕОНЕКРОЗІ

¹В.В.Грубник, ²О.М.Загороднюк, ²С.П. Дегтяренко, ²Р.Ю. Вододюк, ²В.В. Величко, ²В.В.Бойко

¹Одеський державний медичний університет, ²Одеська обласна клінічна лікарня.

Авторами в лікуванні 7 хворих з кровотечами, які були ускладненнями панкреонекрозу, було використано ендovasкулярну емболізацію гілок черевного стовбура. Отримано доволі неочікувані результати, які свідчать про ефективність емболізацій в лікуванні цієї важкої патології.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: Панкреонекроз, кровотеча, артеріальна емболізація.

Гострий панкреонекроз є надзвичайно важким захворюванням, яке характеризується високою летальністю як за рахунок важкості самого захворювання, так і його ускладнень. Найбільш загрозливим ускладненням є кровотеча з ерозивних судин підшлункової залози, яку надзвичайно важко локалізувати та зупинити при хірургічному втручанні за рахунок некротично-запальних змін тканин. В нашій клініці ми застосували артеріальну емболізацію в лікуванні ерозивних кровотеч при панкреонекрозі.

МЕТА РОБОТИ

Вивчити ефективність та можливості артеріальних емболізацій в лікуванні кровотеч при панкреонекрозі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Артеріальну емболізацію нами було використано в лікуванні 7 хворих на панкреонекроз, в яких у післяопераційному періоді розвинулися ШКК. Всі хворі до емболізації були прооперовані: виконано некрсеквестрэктомію з дрениванням. Всі хворі отримували повний комплекс інфузійної та консервативної терапії в умовах ОІТ. У всіх хворих кровотечу було виявлено виділенням крові по післяопераційних дренажах (у всіх з правого боку), а важкість стану не дозволяла виконати релапаротомію. Тобто, емболізації виконувались як «операції відчаю».

Артеріальний доступ виконувався з правої стегнової артерії за Сельдінгером, наступним етапом катетерізувався черевний стовбур і виконувалася ціліакографія. Жодного разу при ціліакографії джерела кровотечі виявлено не було. Далі проводилася селективна на суперсеплективна катетеризація печінкової артерії та її гілок. В 3 випадках було діагностовано гостру кровотечу з а.pancreato-duodenalis, в 1 випадку з

гілок а. hepatica propria. В 3 випадках джерела кровотечі не виявлено. Відповідно в 3 випадках виконано емболізацію а. pancreato-duodenalis, а ще у 4 хворих емболізовано було початковий відділ загальної печінкової артерії, до відходження панкреато-дуоденальної артерії. Емболізація виконувалася у всіх хворих спіраллю типу Гіантурко.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

У найближчий час кровотеча зупинилась у всіх 7 хворих. Через 2 та 3 доби відповідно кровотеча відновилась у хворих з емболізацією печінкової артерії. Повторна ангіографія та спроби емболізації були неефективні та хворі загинули. У хворих з суперселективною емболізацією та 2 хворих з емболізацією печінкової артерії кровотечі не відновлялися, вони вижили. Таким чином, ми отримали дещо неочікувані результати «операцій відчаю» - 5 з 7 хворих вижили, не дивлячись на важкість їх стану та прогноз. Найбільш ефективною виявилася суперселективна емболізація а. pancreatoduodenalis, після якої рецидивів кровотеч не відмічалось.

ВИСНОВКИ

Перший досвід використання емболізації гілок черевного стовбура в лікуванні кровотеч при гострому панкреонекрозі показав неочікуванню високу ефективність, особливо при суперселективній емболізації з виявленням джерела кровотечі. Ми вважаємо потрібним подальше дослідження та накопичення досвіду таких операцій, які дозволи врятувати життя майже інкурабельним хворим.