

ПОВІДОМЛЕННЯ

УДК 616.33/34-005.1-036.87-02: [616.136.41+616.342]-007.64.

DOI 10.11603/2414-4533.2017.3.8164

©Л. С. БІЛЯНСЬКИЙ, М. С. СЛУШИНСЬКИЙ, А. Д. КАЛЬЧЕНКО

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Рецидивуюча хронічна шлунково-кишкова кровотеча, зумовлена псевдоаневризмою власної печінкової артерії та псевдодивертикулом цибулини дванадцятипалої кишки

У статті представлено клінічний випадок хірургічного лікування псевдоаневризми власної печінкової артерії, псевдодивертикулу дванадцятипалої кишки з рецидивуючою хронічною кровотечею. Хворому з рецидивуючою хронічною кровотечею протягом 2 років виконано КТ ОЧП з внутрішньовенним контрастуванням, 3D моделювання гілок truncus coeliacus, за результатами якого у пацієнта виявлено КТ-ознаки аневризми а. hepatica propria. Прийнято рішення про проведення верхньосередньої лапаротомії, інтраопераційно виявлено аневризму а. hepatica propria, від верхівки псевдоаневризми – відходження стовбура а. gastrica dextra з гілкою до псевдодивертикулу дванадцятипалої кишки. А. gastrica dextra перев'язана і пересічена. Псевдодивертикул дванадцятипалої кишки інвагінований в просвіт цибулини дванадцятипалої кишки серозно-м'язовими швами. Протягом 19 місяців післяопераційного спостереження рецидиву кровотечі не виявлено.

Ключові слова: хронічна рецидивуюча шлунково-кишкова кровотеча; псевдодивертикул дванадцятипалої кишки; псевдоаневризма а. hepatica propria.

Кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) частою є причиною екстреної госпіталізації та потенційно небезпечним для життя станом. Захворюваність сягає 40–150 випадків на 100 000 госпіталізацій в рік, а смертність внаслідок кровотечі з верхніх відділів ШКТ у всьому світі коливається від 0,9 до 26,5 %, залежно від рівня медичного забезпечення в тій чи іншій країні [1]. Незважаючи на те, що кровотеча є поширеним симптомом, причини шлунково-кишкової кровотечі істотно різняться. Кровотеча з верхніх відділів ШКТ може бути наслідком ерозивно-виразкових уражень стравоходу, шлунка, онкологічних захворювань, патологічних процесів сусідніх органів та систем. Визначення причини кровотечі, встановлення вірного діагнозу є запорукою вибору методів лікування [2]. Кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового найчастіше зумовлені виразкою шлунка або дванадцятипалої кишки, які складають 20 – 67 %, ерозивний гастрит або дуоденіт – 4 – 31 %, варикозно розширені вени стравоходу в 4 – 20 % випадків, ерозивний езофагіт – 3 – 12 %, новоутворення верхніх відділів ШКТ (поліпи, пухлини) – 2 – 8 %, синдром Меллорі-Вейса – 4 – 12 %, синдром Дьєлафуа-1 – 5,8 %. Менш поширеними причинами кровотечі в 3 – 19 % є портальна гіпертензивна гастропатія, ангіодисплазія, судинні ектазії антрального відділу шлунка, гемофілія, ураження Камерона, ектопічні судини [3, 4, 5].

Найбільш достовірним діагностичним та лікувальним методом є фіброгастроскопія, ендоскопічна зупинка кровотечі. Однак у клінічній прак-

тиці трапляються випадки, коли джерело кровотечі неможливо ідентифікувати під час ендоскопії [6]. Зазвичай, саме рідкісні причини шлунково-кишкової кровотечі потрапляють до цієї категорії, спонукаючи клініцистів до пошуку причини, використання додаткових методів діагностики, покладаючись на свій досвід.

Ми презентуємо клінічний випадок псевдоаневризми власної печінкової артерії, псевдодивертикулу дванадцятипалої кишки з рецидивуючою хронічною кровотечею.

Клінічний випадок. Хворий М., 53 р., госпіталізований у відділення хірургії КМКЛ № 18 зі скаргами на дьогтеподібні випорожнення, загальну слабкість. З анамнезу відомо, що у 2013 р. у хворого діагностовано кровотечу з виразки дванадцятипалої кишки та проведено ендоскопічний гемостаз. Унаслідок неефективності лікування та маніфестації кровотечі виконано операційне лікування в обсязі дуоденотомії з висіченням виразки передньої стінки дванадцятипалої кишки, дуоденопластики. Через місяць після перенесеного операційного втручання хворого госпіталізовано повторно з приводу рецидиву кровотечі, проведено ендоскопічний гемостаз. Враховуючи ризик рецидиву кровотечі та анамнестичні дані, виконана ендovasкулярна целіако-мезентерікографія з натупною емболізацією а. gastroduodenalis. Протягом наступних 2 років хворого неодноразово госпіталізували з клінічними ознаками кровотечі з виразки дванадцятипалої кишки в хірургічні стаціонари міста Києва, про що свідчили надані виписки, однак при обстеженні джерело

ПОВІДОМЛЕННЯ

кровотечі не було встановлено при жодній госпіталізації.

Під час чергової госпіталізації хворого було обстежено в умовах хірургічного відділення Київської міської клінічної лікарні № 18. При проведенні ЕГДС верифіковано рубцеву деформацію та дві зарубцьовані виразки дванадцятипалої кишки по передній стінці. Поблизу післяопераційного рубця виявлено невелику судину з цівкою кровотечі. Виконано ендоскопічний гемостаз – кліпування судини. За час спостереження в стаціонарі після проведення ендоскопічного гемостазу ознак рецидиву кровотечі не виявляли, однак, враховуючи анамнез, загрозу повторних кровотеч та дані ЕГДС, хворого обстежено повторно. Виконано КТ ОЧП з внутрішньовенним контрастуванням, 3D моделювання гілок *truncus coeliacus*, за результатами якого у пацієнта виявлено КТ-ознаки аневризми а. *hepatica propria*.

Прийнято рішення про проведення операційного лікування. Виконана верхньосередина лапаротомія. Виділено всі елементи *lig. hepatoduodenalis*. Під час ревізії елементів зв'язки виявлено дилатацію а. *hepatica propria* на всьому протязі, з псевдоаневризмою в ділянці розгалуження артерії на праву і ліву печінкові гілки. Виділено а. *gastrooduodenalis*, в просвіті якої виявлено емболи, при огляді встановлено, що устя артерії не емболізоване. Артерія

перев'язана і пересічена. Від верхівки псевдоаневризми відходження стовбура а. *gastrica dextra*, гілки якої підходили до верхньо-задньої стінки цибулини дванадцятипалої кишки. Остання деформована, на її верхньо-задній стінці виявлено псевдодивертикул, до якого підходила а. *gastrica dextra*, яка і була джерелом кровопостачання останнього. Артерія перев'язана і пересічена. Псевдодивертикул дванадцятипалої кишки інвагінований в просвіт цибулини дванадцятипалої кишки серозно-м'язовими швами. Перебіг післяопераційного періоду не ускладнений. Хворого виписали зі стаціонару на 9-ту післяопераційну добу. Протягом 19 місяців спостереження рецидиву кровотечі не виявлено.

Висновки. 1. Більшість випадків кровотечі з верхніх відділів ШКТ виникає внаслідок виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки (20–67 %), інші причини кровотечі є більш рідкісними, в тому числі судинні аномалії.

Не всі причини кровотечі з верхніх відділів ШКТ можуть бути візуалізовані за допомогою рутинних методів діагностики, враховуючи ендоскопічне дослідження.

При наявності кровотечі з верхніх відділів ШКТ без можливості візуалізувати його джерело за допомогою ендоскопії, доцільним є застосування інших методів діагностики, як КТ та ангіографія з 3D моделюванням магістральних судин.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Shah H. Endoscopic parameters of upper GI bleedings / H. Shah // *International Journal of Community Health and Medical Research*. – 2016. – Vol.2, Issue 1.
2. Wei Zhang. Unusual causes of upper gastrointestinal bleeding: Review of Chinese literature / Wei Zhang, Eliakim Manda, Ming Qiu // *Intractable Rare Dis. Res.* – 2012. – Vol. 1 (1). – P. 18–22.
3. Thomas Tielleman. Epidemiology and risk factors for upper gastrointestinal bleeding / Thomas Tielleman, Daniel Bujanda, Byron Cryer // *Gastrointest. Endoscopy Clin. N. Am.* – 2015. – Vol. 25. – P. 415–428.

REFERENCES

1. Shah, H. (2016). Endoscopic parameters of upper GI bleedings. *International Journal of Community Health and Medical Research*, 2 (1).
2. Wei Zhang, Eliakim Manda, Ming Qiu, & Wei Zhang (2012). Unusual causes of upper gastrointestinal bleeding: Review of Chinese literature. *Intractable Rare Dis. Res.*, 1 (1), 18-22.
3. Thomas Tielleman, Daniel Bujanda, & Byron Cryer (2015). Epidemiology and risk factors for upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointest. Endoscopy Clin. N. Am.*, 25, 415-428.

4. Unusual causes of upper gastrointestinal bleeding / Keyur Parikh, Meer Akbar Ali, C. K. Richard, M. D. Wong // *Gastrointest. Endoscopy Clin. N. Am.*
5. Don Rockey C. Causes of upper gastrointestinal bleeding in adults / Don C. Rockey, Mark Feldman, Anne C. Travis // *AGAF*. – 2016. – Vol. 12.
6. Usefulness of the Forrest classification to predict artificial ulcer rebleeding during second-look endoscopy after endoscopic submucosal dissection / Duk Su Kim, Yunho Jung, Ho Sung Rhee [et al.] // *Clin. Endosc.* – 2016. – Vol. 49 (3). – P. 273–281.

4. Keyur Parikh, Meer Akbar Ali, Richard, C.K., & Wong, M.D. Unusual causes of upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointest. Endoscopy Clin. N. Am.*
5. Don Rockey C., Mark Feldman, Anne C. Travis (2016). Causes of upper gastrointestinal bleeding in adults. *AGAF*, 12.
6. Duk Su Kim, Yunho Jung, Ho Sung Rhee, (2016). Usefulness of the Forrest classification to predict artificial ulcer rebleeding during second-look endoscopy after endoscopic submucosal dissection. *Clin. Endosc.*, 49 (3), 273-281.

Отримано 01.08.2017

ПОВІДОМЛЕННЯ

L. S. BILYANSKYI, M. S. SLUSHINSKIY, A. D. KALCHENKO

O. Bohomolets National Medical University

RECURRENT CHRONIC GASTROINTESTINAL BLEEDING, CONDITIONED BY PSEUDOANEURYSM OF PROPER HEPATIC ARTERY AND PSEUDO-DIVERTICULUM OF DUODENUM

The clinical case of surgical treatment of pseudoaneurysm of a.hepatica propria, duodenal pseudodiverticul with relapsing chronic bleeding is presented. A patient with relapsing chronic bleeding for 2 years has been performed CT with intravenous contrast, 3-D simulation of the branches of truncus coeliacus, which resulted in the CT-signs of pseudoaneurysm a.hepatica propria. It was decided to carry out upper-middle laparotomy, intraoperatively detected pseudoaneurysm a.hepatica propria, from the top of the pseudoaneurysm, marked departure of the trunk a. gastrica dextra with a branch to the duodenal pseudodiverticul. A. gastrica dextra is tied and crossed. The duodenal pseudodiverticul is invaginated into the lumen of the duodenal bulb by serous-muscular sutures. For 19 months post-operative monitoring relapse of bleeding was not detected.

Key words: chronic recurrent gastrointestinal bleeding; duodenal pseudodiverticulum, pseudoaneurysm of proper hepatic artery.

Л. С. БЕЛЯНСКИЙ, Н. С. СЛУШИНСКИЙ, А. Д. КАЛЬЧЕНКО

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца

РЕЦИДИВИРУЮЩЕЕ ХРОНИЧЕСКОЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ПСЕВДОАНЕВРИЗМОЙ СОБСТВЕННОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ И ПСЕВДОДИВЕРТИКУЛОМ ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

В статье представлен клинический случай хирургического лечения псевдоаневризмы собственной печеночной артерии, псевдодивертикула двенадцатиперстной кишки с рецидивирующим хроническим кровотечением. Больному с рецидивирующим хроническим кровотечением в течение 2 лет выполнено КТ ОБП с внутривенным контрастированием, 3D моделирование ветвей truncus coeliacus, по результатам которого у пациента выявлено КТ-признаки аневризмы a.hepatica propria. Принято решение о проведении верхней срединной лапаротомии, интраоперационно обнаружены аневризма a.hepatica propria, от верхушки псевдоаневризмы отмечено отхождение ствола a. gastrica dextra с веткой к псевдодивертикулу двенадцатиперстной кишки. A. gastrica dextra перевязана и пересечена. Псевдодивертикул двенадцатиперстной кишки инвагинирован в просвет луковицы двенадцатиперстной кишки серозно-мышечными швами. В течение 19 месяцев послеоперационного наблюдения рецидива кровотечения не обнаружено.

Ключевые слова: хроническое рецидивирующее желудочно-кишечное кровотечение; псевдодивертикул двенадцатиперстной кишки; псевдоаневризма a.hepatica propria.