ZU_2013_Hirurg_3_fuLL.qxd 13.11.2013 14:19 Page 30

В.П. Перепелиця, головний хірург Управління охорони здоров'я,
В.В. Сможаник, М.П. Суслик, В.С. Хоменко, Л.В. Хоменко, КУ «Центральна міська лікарня № 1», м. Житомир

Виразка Дьєлафуа

В.П. Перепелиця

В.В. Сможаник

В.С. Хоменко

Кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту залишаються значною проблемою невідкладної хірургії. Причиною гострої масивної кровотечі в структурі шлунково-кишкових кровотеч майже в 5% випадків є виразка Дьєлафуа, смертність від якої за відсутності адекватної терапії може досягати 80%. Сучасні алгоритми лікування масивних кровотеч із шлунково-кишкового тракту рекомендують агресивну терапевтичну тактику із проведенням ендоскопічних втручань. Застосування методів лікувальної ендоскопії дає змогу досягти тимчасового й остаточного гемостазу, скоротити кількість невідкладних операцій та ускладнень, пов'язаних з ними.

Діагностика та лікування гострих шлунково-кишкових кровотеч залишаються актуальними з огляду на стабільно високу їх частоту за останні роки. У більшості країн частота шлунково-кишкових кровотеч становить 50-172 випадки на 100 тис. населення на рік. У США з приводу шлунково-кишкових кровотеч до лікувальних закладів потрапляють понад 300 тис. хворих на рік. Майже 10 тис. з них оперують, а близько 6 тис. пацієнтів помирають від різних ускладнень. За даними Центру медичної статистики МОЗ України, з 2002 року близько 21 тис. хворих щорічно проходять лікування в стаціонарах з приводу шлунково-кишкових кровотеч виразкової етіології, що становить 50-60% усіх причин кровотеч з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Приблизно в 5% випадків усіх масивних кровотеч не встановлюють їх чіткої причини.

Однією зі складних проблем у лікуванні кровотеч із верхніх відділів шлунково-кишкового тракту є виразка Дьєлафуа (синоніми: «кірзоїдна аневризма», «артерія шлунка з персистуючим просвітом»). Це ушкодження являє собою гостру виразку шлунка, що супроводжується масивною кровотечею з арозованих артерій значних розмірів. За даними різних авторів, виразки Дьєлафуа становлять від 0,4 до 5,8% у структурі гастродуоденальних кровотеч. Співвідношення осіб чоловічої та жіночої статі – 2:1. Два спостереження цієї патології на аутопсії вперше описав T. Gallard, проте широковідомим захворювання стало в 1898 році, коли G. Dieulafoy описав і виділив його як окрему нозологічну форму – «просте виразкування».

Етіологія та патогенез виразки Дьєлафуа на сьогодні остаточно не з'ясовані. Захворювання зареєстровано в усіх вікових групах, однак у більшості спостережень встановлено його переважну поширеність серед осіб похилого віку. Частина авторів вказують на застосування нестероїдних протизапальних засобів у 50% пацієнтів, інші виявляють зв'язок із супутньою патологією, зокрема серцево-судинними захворюваннями, цукровим діабетом, цирозом печінки, хронічною нирковою недостатністю, артеріальною гіпертензією (від 50 до 90% пацієнтів). У низці досліджень не встановлено зв'язку із супутніми захворюваннями та використанням медикаментів.

На сьогодні є дані, що ураження, подібні до виразок Дьєлафуа, можуть виникати у стравоході, дванадцятипалій, тонкій, ободовій і прямій кишці, у зоні гастроентероанастомозу після резекції за Більрот-II. Описано випадки таких уражень у бронхах. Зазвичай виразки Дьєлафуа розташовуються в тілі та дні шлунка і рідко зустрічаються по малій кривизні і в пілоричному відділі – ділянках переважної локалізації хронічних виразок. Виявлення великих судин у дні виразки Дьєлафуа раніше пов'язували з аневризмами судин підслизової основи. Однак якщо в дні хронічної виразки аневризми дійсно нерідко знаходять, то наявність їх у незміненій підслизовій малоймовірна. На сьогодні вірогідною причиною виразки Дьєлафуа вважають порушення ангіогенезу з вираженою судинною аномалією підслизової основи. Тобто причиною хвороби можна вважати ваду розвитку.

Виявлення артеріальних судин значних розмірів у підслизовій основі певних відділів шлунка може, окрім аномалій, пояснюватися деякими особливостями їх кровопостачання (Voth D., 1962). На тлі утворення гострих виразок може відбутися арозія судини значного калібру з масивною кровотечею з неї. Водночас і саме виразкування може бути зумовлене тиском розширених судин на слизову.

Аруін Л.І. (1998) зазначає, що у дні майже половини гострих виразок виявляють молоду грануляційну тканину, що розміщується під судинами. Наявність грануляційної тканини під стінкою артерії можна розцінювати як ознаку того, що некроз спочатку сформувався в глибині стінки шлунка, який, імовірно, має гіпоксичне походження. На користь судинного ґенезу гострих виразкувань свідчать і значні порушення кровообігу в зоні ураження (стаз, тромбози, набряк і крововиливи).

Діаметр артерії на рівні lamina muscularis mucosae може становити від 1 до 3 мм, що до 10 разів перевищує розміри, характерні для артерій цього рівня. Ендосонографічні дослідження показали, що аномально велика судина (2-3 мм) проходить у вигляді дуги в підслизовому шарі на протязі від 2 до 4 см. Є дані про візуалізацію цих судин під час ангіографії.

З огляду на особливості виразок Дьєлафуа їх консервативне лікування є безперспективним.

На сьогодні загальноприйнятими гістологічними ознаками виразок Дьєлафуа є:

- наявність невеликого (до 5 мм) дефекту слизової оболонки з фібриноїдним некрозом;
- велика звивиста диспластично змінена артерія нижче lamina muscularis mucosae слизової оболонки в дні дефекту в супроводі товстостінної вени;
- потовщення власної пластинки слизової;
- субінтимний фіброз у звивистій артерії;
- втрата еластичних волокон в оточуючих некротизованих ділянках артерії;
- лімфоцитарна інфільтрація в краях дефекту та прилеглих відділах слизової.

Таким чином, виключаються ознаки васкуліту, атеросклерозу чи аневризми.

У виразок Дьєлафуа відсутні патогномонічні симптоми. Характерним є раптовий початок з відсутністю болю й ознаками кровотечі: гематемезіс (від 25 до 75% випадків), мелена (до 30% випадків), гематемезіс і мелена (до 50% випадків), гіпотонія. Масивне криваве блювання чи виділення великої кількості крові в кишковий тракт викликають загальну слабкість, сильне потовиділення, запаморочення, тахікардію, спастичний біль у животі, дефекацію рідким калом чорного кольору. При локалізації виразок Дьєлафуа в тонкому чи товстому кишечнику кровотечі частіше проявляються кривавим випорожненням. Кровотечі в більшості випадків виникають несподівано і мають профузний характер, іноді спонтанно зупиняються. Особливою ознакою є їх рецидивуючий характер. У разі незвернення за медичною допомогою помирають до 80% таких хворих. Інтервали між епізодами кровотечі можуть коливатися від кількох годин до кількох днів. Шок спостерігається в діапазоні від 33 до 75%. Клінічно ознаки шлунково-кишкових кровотеч залежать від швидкості й об'єму крововтрати. Швидка крововтрата 1/3-1/2 об'єму циркулюючої крові часто призводить до смерті.

Основним методом діагностики є ендоскопія, яка дозволяє визначити рівень кровотечі, локалізувати джерело, встановити характер і стадію кровотечі, оцінити можливості ендоскопічної зупинки. Ендоскопічна діагностика виразки Дьєлафуа утруднена, що пояснюється підвищеною кількістю крові та згустків у шлунку, а також малими розмірами ураження. Уміст шлунка може вказувати на кровотечу, що продовжується за наявності свіжої крові, або кровотечу, що виникла за наявності крові та згустків різного кольору, рідини типу «кавової гущі». Інтенсивність кровотечі, наявність великих щільних згустків не тільки заважає огляду її джерела, а й утруднює можливість визначення його локалізації. У таких випадках необхідно активно відмити шлунок, під час повторної езофагогастродуоденоскопії (ЕГДС) спробувати виявити ушкодження і за можливості зупинити кровотечу. У деяких клініках при стабільній гемодинаміці і великій кількості зміненої крові чи шлункового вмісту контрольний огляд проводять через 1-2 год після введення метоклопраміду.

У ситуаціях, коли розвивається кровотеча з-під пухкого чи фіксованого згустка, який неможливо видалити, необхідно застосовувати аплікаційну терапію (5% розчин амінокапронової кислоти, 10% розчин хлористого кальцію, капрофер) або ендоскопічну ін'єкційну терапію (ЕІТ) з 0,9% розчином хлористого натрію з наступним оглядом через 2 год.

Ендоскопічно виразку Дьєлафуа діагностують під час першої ЕГДС у 50-90% випадків. Іноді потрібно виконати кілька обстежень, перш ніж вдасться виявити джерело. Особливістю кровотеч з виразок Дьєлафуа є велика кількість крові у просвіті шлунка й тяжкий стан хворих.

Ендоскопічними критеріями діагнозу виразки Дьєлафуа є:

- активна артеріальна пульсуюча, струменева чи підтікаюча кровотеча з невеликого (діаметром до 5 мм) поверхневого дефекту з незміненою слизовою оболонкою навколо;
- тромбована судина в невеликому (діаметром до 5 мм) поверхневому дефекті з незміненою слизовою оболонкою навколо;
- щільний фіксований згусток у невеликому (діаметром до 5 мм) поверхневому дефекті з незміненою слизовою оболонкою навколо.

Визначення ендоскопічних ознак кровотечі важливе для чіткості формулювання ендоскопічного діагнозу та розуміння лікарями ендоскопічних висновків. З цією метою використовують класифікацію Forrest, що виокремлює такі групи:

- FI-A – струменева кровотеча;
- FI-B – кровотеча, що триває у вигляді просочування з-під фіксованого згустка крові. Згусток може повністю закривати кровоточивий субстрат, що не дозволяє його верифікувати;
- FII-A – видима тромбована судина;
- FII-B – фіксований згусток без підтікання крові.

Розмежування тромбованих судин і фіксованих згустків має суб'єктивний характер, однак це дає змогу стандартизувати результати обстеження й визначити раціональну тактику ведення пацієнтів. До фіксованих згустків належать ті, розміри яких перевищують 2 мм і які не видаляються активною водною іригацією. Згустки розміром менше 2 мм відносять до «тромбованих судин».

Нерідко через невеликі розміри ураження виявити джерело кровотечі не вдається під час першого огляду навіть у міжрецидивний період. Кровотечі з невизначеним унаслідок застосування традиційних методів (ЕГДС, колоноскопії) джерелом становлять до 5% усіх випадків шлунково-кишкових кровотеч.

Під поняттям «кровотеча з невизначеним джерелом» розуміють персистуючі та/або рецидивуючі кровотечі, джерело яких може локалізуватися в тонкій кишці. Діагностика тонкокишкових кровотеч завжди була складною через недосяжність для неоперативних ендоскопічних методів обстеження.

Проривом у вирішенні цієї проблеми стало використання відеокапсульної ендоскопії як скринінгового методу діагностики, одно- та двобалонної ентероскопії, що дозволяє зупинити кровотечу чи попередити її рецидив. За наявності клінічних ознак кровотечі і неможливості встановити її джерело під час перших обстежень необхідно повторити діагностичні дослідження.

Слід зазначити, що під маскою виразки Дьєлафуа можуть перебігати кровотечі при васкулітах, ангіодисплазіях, ранніх стадіях пухлин, аневризмах аорти та її вісцеральних гілок, кістах підшлункової залози й печінки, абсцесах черевної порожнини, дивертикульозі.

Невизначене джерело кровотечі є показанням для проведення ультразвукового дослідження (УЗД), комп'ютерної томографії (КТ), магнітно-резонансної томографії, ангіографії.

У випадках, коли діагноз виразки Дьєлафуа встановлюють тільки за результатами ендоскопічного обстеження (без гістологічного висновку, ендоУЗД, ангіографії), коректніше говорити про подібні до виразок Дьєлафуа ураження.

Не так давно основною тактикою в лікуванні виразок Дьєлафуа було хірургічне втручання з післяопераційною летальністю від 20 до 80%. Нерідко виконувалася резекція шлунка чи навіть гастректомія.

Ендоскопічні методики зупинки кровотечі, доповнені фармакологічною підтримкою, в більшості випадків перейшли з розряду тимчасового гемостазу в остаточний, що дозволило знизити летальність у 2-4 рази, у тому числі в осіб старшої вікової групи з високим ризиком оперативного втручання. Застосування ендоскопічних методів зупинки кровотечі дає змогу досягти остаточного гемостазу у близько 72-98% випадків.

Продовження на стор. 34.

ZU_2013_Hirurg_3_fuLL.qxd 13.11.2013 14:20 Page 34

В.П. Перепелиця, головний хірург Управління охорони здоров'я, **В.В. Сможаник**, **М.П. Суслик**, **В.С. Хоменко**, **Л.В. Хоменко**, КУ «Центральна міська лікарня № 1», м. Житомир

Виразка Дьєлафуа

Продовження. Початок на стор. 30.

З метою ендоскопічної зупинки кровотечі використовують:

• аплікації з розчинами амінокапронової кислоти, хлористого кальцію, нітрату срібла, капроферу, гемоспрею;

• ЕІТ з інфільтрацією та склерозуванням із застосуванням етанолу, полідоканолу, гіпертонічного розчину, розчину глюкози, розчину адреналіну, натрію тетрадецилсульфату, розчину етаноламіну олеату, перекису водню;

• термічний вплив, лазерну фотокоагуляцію, біполярну та монополярну коагуляцію, аргоноплазмову коагуляцію, кріодеструкцію;

• накладання лігатур і гемостатичних кліпс.

Кожен метод впливу на джерело кровотечі має і переваги, і недоліки, пов'язані з гемостатичним механізмом і безпосередньо з технікою виконання.

Використання аплікаційних методів, клейових засобів не дозволяє досягти стабільного ендоскопічного гемостазу.

Ендоскопічна склерозуюча терапія дає змогу зупинити кровотечу, але рецидиви виникають із частотою до 50% випадків. Серед ускладнень можливим є утворення виразок великих розмірів, а в комбінації з високоенергетичними методами – перфорація.

Методи високоенергетичної дії на сьогодні є основою практично для всіх ендоскопічних операцій і маніпуляцій. Згідно з міжнародним консенсусом та даними метааналізу, виконаного Bardou і співавт. (20 досліджень), жодної статистично достовірної різниці в ефективності термокоагуляції, мультиполярної електрокоагуляції та лазерної коагуляції щодо досягнення гемостазу немає. Їх ефективність становить до 86%. Останнім часом перевага надається аргоноплазмовій коагуляції, при якій енергія струму високої частоти передається на тканини безконтактно за допомогою плазми. Дослідження показали, що ця методика більш безпечна, ефективна і проста в застосуванні. Ефективність лікування досягає 98,5%.

При використанні високоенергетичних технік параметри струму, форму прикладення, ендохірургічний інструмент, тривалість дії обирає сам ендоскопіст. Для кращої візуалізації дефекту рекомендується попередньо провести ЕІТ з розчином адреналіну з метою досягнення тимчасового гемостазу. Комбінація ЕІТ з методами високоенергетичного впливу дозволяє досягти зупинки кровотечі майже в усіх випадках. Цю комбінацію застосовують найчастіше через доступність і простоту.

Накладення гумових кілець є безпечним і простим і може виконуватися швидко. При правильному використанні ускладнення розвиваються рідко. Ефективність досягає 96%.

Надійним механічним методом ендоскопічного гемостазу є кліпування. Слід зазначити, що під час накладення кліпс на задню стінку тіла, кардію та антральний відділ шлунка можливе виникнення технічних труднощів. Це пов'язано з необхідністю розміщення кліпатора під потрібним кутом до тканини. Для вирішення цієї проблеми у край дефекту вводять певну кількість стерильного фізіологічного розчину для підняття тканини і виведення патологічного вогнища в площину, необхідну (зручну) для накладання ендокліпси. Кількість кліпс, потрібна для проведення гемостазу, залежить від активності кровотечі, ендоскопічної доступності та характеристики судини. Іноді для полегшення цієї маніпуляції використовують спеціальні дистальні ковпачки. Можлива комбінація ЕІТ і теплових методів з кліпуванням. Остаточний гемостаз при застосуванні механічних методів досягається в 95-100% випадків.

Якщо кровотеча триває, і немає можливості виконати ендоскопічний гемостаз (відсутність технічних можливостей, неможливість локалізувати джерело), або під час маніпуляції не вдається досягти надійного гемостазу, вирішується питання про проведення невідкладної хірургічної операції. На сьогодні основним принципом у хірургічній тактиці при виразці Дьєлафуа є мінімальність обсягу втручання через тяжкий стан хворих. Як правило, це висічення, або клиновидна резекція.

Можливе виконання лапароскопічної резекції, але з попереднім ендоскопічним маркуванням джерела. Якщо пацієнт має тяжку супутню патологію, за якої ризик введення наркозу перевищує ризик операції, неефективності ендоскопічних втручань, неможливості локалізувати джерело, застосовують КТ-ангіографію з наступною емболізацією. Селективна транскатетерна емболізація є успішною в 70-80% випадків. У міжрецидивний період для локалізації джерела використовують метод провокації кровотечі за допомогою поєднання антикоагулянтів, судинорозширювальних препаратів та фібринолітиків. Однак провокацію проводять рідко через імовірність виникнення потенційно неконтрольованої кровотечі. Емболізація в екстрених випадках має бути швидкою та ефективною. Успіх багато в чому залежить від досвіду інтервенційного радіолога. У хворих з тяжкою супутньою патологією здійснюють пролонгований ендоскопічний моніторинг з інтервалами оглядів 2-4 год з повторними неодноразовими мініінвазивними втручаннями на тлі коригуючої та гемостатичної терапії. Результати рандомізованих порівняльних досліджень свідчать, що за ефективністю повторне ендоскопічне лікування співставне з операцією, але супроводжується меншою кількістю ускладнень. У пацієнтів з ендоскопічно зупиненою активною кровотечею (FI-A) ухвалюється рішення про вибір способу лікування: відстрочена операція чи ендоскопічний моніторинг.

У разі кровотечі з-під фіксованого згустка без верифікації кровоточивого субстрату після досягнутого ендоскопічного гемостазу проводять повторні огляди через 2-4 год з наступним ухваленням рішення щодо подальшої тактики. Після профілактики рецидиву (FII-A, FII-B) контрольний огляд виконують через 4-6 год.

Основними цілями ендоскопічного моніторингу є:

• контроль ефективності проведеного ендоскопічного гемостазу;

• раннє виявлення рецидиву кровотечі (до появи клінічних ознак);

• активне неодноразове використання мініінвазивних ендоскопічних втручань для профілактики рецидиву та зупинки кровотечі у хворих із сумнівним прогнозом оперативного лікування й наркозу;

• остаточне виявлення джерела в тяжких діагностичних випадках.

Висновки

1. Виразка Дьєлафуа є відносно рідкісною патологією.

2. Особливості патогістологічної будови унеможливлюють консервативне лікування цієї патології.

3. Ендоскопічна діагностика, динамічний ендоскопічний моніторинг та методи ендоскопічного гемостазу є пріоритетними у веденні цієї категорії хворих.

4. Ендоскопічні методики гемостазу в поєднанні з фармакологічною підтримкою дають змогу в більшості випадків досягти остаточного гемостазу, що, у свою чергу, дозволяє знизити летальність у 2-4 рази.

Список літератури знаходиться в редакції.

Анкета читателя

Здоров'я України

Для получения тематического номера газеты заполните анкету и отправьте по адресу:

«Медична газета «Здоров'я України», ул. Народного Ополчения, 1, г. Киев, 03151.

Укажите сведения, необходимые для отправки тематического номера «Хірургія. Ортопедія. Травматологія»

Фамилия, имя, отчество .....

.....

.....

Специальность, место работы .....

.....

Индекс .....

город.....

село.....

район ..... область.....

улица ..... дом .....

корпус ..... квартира .....

Телефон: дом.....

раб. .....

моб. .....

E-mail: .....

Нам важно знать Ваше мнение!

Понравился ли вам тематический номер «Хірургія. Ортопедія. Травматологія»?

.....

Назовите три лучших материала номера .....

1. .....

2. .....

3. .....

Какие темы, на ваш взгляд, можно поднять в следующих номерах? .....

.....

.....

.....

Публикации каких авторов вам хотелось бы видеть? .....

.....

Хотели бы вы стать автором статьи для тематического номера «Хірургія. Ортопедія. Травматологія»? .....

На какую тему? .....

.....

Является ли для вас наше издание эффективным в повышении врачебной квалификации? .....

.....

* Я добровольно передаю указанные в анкете персональные данные ТОВ «Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя». Также даю согласие на их использование для получения от компаний (ее связанных лиц, коммерческих партнеров) изданий, информационных материалов, рекламных предложений, а также на помещение моих персональных данных в базу данных компании, неограниченное во времени хранение данных.

Подпись _____