МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГЕМОБІЛІЇ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

С.В. ПЛЕМ'ЯНИК, А.Д. ДЕМБИК,
С.В. ВЕРЕЩАГІН, Б.Г. БОНДАРЧУК

Київська обласна клінічна лікарня

***Conflict of Interest Statement (We declare that we have no conflict of interest).**

*Заява про конфлікт інтересів (Ми заявляємо, що у нас немає ніякого конфлікту інтересів).

*Заявление о конфликте интересов (Мы заявляем, что у нас нет никакого конфликта интересов).

***No human/animal subjects policy requirements or funding disclosures.**

*Жодний із об'єктів дослідження (людина/тварина) не підпадає під вимоги політики щодо розкриття інформації фінансування.

*Ни один из объектов исследования не подпадает под политику раскрытия информации финансирования.

***Date of submission — 10.09.21**

*Дата подачі рукопису — 10.09.21

*Дата подачі рукописи — 10.09.21

***Date of acceptance — 15.09.21**

*Дата ухвалення — 15.09.21

*Дата одобрения к печати — 15.09.21

Нині завдяки розвитку та впровадженню у повсякденну практику лікарів нових інструментальних методів дослідження, таких як комп'ютерна томографія з ангіографією, мультиспіральна комп'ютерна томографія, ультразвукове дослідження судин із дуплексним скануванням, целіакографія, верхня та нижня мезентерикографія тощо, збільшується кількість обстежень. Щороку інформативність зазначених методів обстеження зростає, що спричиняє збільшення частоти виявлення рідкісних судинних патологій, зокрема тих, які призводять до появи гемобілії. Методом лікування цих судинних патологій є ендovasкулярна емболізація з використанням відповідних спіралей та речовин. Представлено клінічний випадок мультидисциплінарного підходу до діагностики та ендovasкулярного лікування *a. gastroduodenalis* із формуванням несправжньої аневризми (40 × 20 мм) з антеградним кровотоком по *a. pancreaticoduodenalis superior* і *a. gastroepiploica dextra* дистальніше аневризми у пацієнта віком 28 років, якого ургентно було госпіталізовано до хірургічного відділення Київської обласної клінічної лікарні. Після оперативного лікування на тлі консервативної терапії загальний стан пацієнта поліпшився, а рівень гемоглобіну підвищився. Мультидисциплінарний підхід допомагає обрати правильну тактику ведення пацієнта навіть з рідкісною судинною патологією, що призвела до гемобілії. Золотим стандартом діагностики гемобілії є ангіографія, а лікування – ендovasкулярна емболізація, що може бути альтернативою відкритому оперативному втручанню, мінімізує ризик післяопераційних ускладнень і зменшує період реабілітації. У разі неможливості використання зазначеної методики або її неефективності подальше лікування є хірургічним.

Ключові слова: гемобілія; відеогастродуоденоскопія; целіакографія; трансартеріальна емболізація.

Гемобілія – це патологічний стан, за якого кров надходить через жовчовивідні шляхи у просвіт кишечника. Ця патологія трапляється рідко, але становить небезпеку для життя пацієнта через складність діагностики та лікування [1]. За даними ретроспективного огляду [2], дві третини випадків гемобілії є ятрогенними, решта – мають інші причини. До основних ятрогенних чинників належать ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія, лапароскопічна холецистектомія, біопсія печінки і транскутанеальне дренування жовчовивідних шляхів, до інших – судинні мальформації жовчовивідних шляхів, травми, пухлини печінки та підшлункової залози. Основними виявами цієї патології є мелена, гематемезис і біль у правому підребер'ї [3]. Діагностику розпочинають з пальцевого дослідження прямої кишки (мелена) і загального аналізу крові (зниження рівня гемоглобіну та еритроцитів). З інструментальних методів обстеження спершу проводять відеогастродуоденоскопію для виявлення виділення крові з жовчю через фатерів сосочок [4]. Золотим стандартом діагностики є ангіографія, а лікування – трансартеріальна емболізація [4]. Якщо малоінвазивним втручанням зупинити кровотечу неможливо, то подальше лікування є хірургічним [5].

Мета публікації – представити клінічний випадок успішної діагностики та лікування гемобілії за допомогою сучасних малоінвазивних методик. Наведений випадок є яскравим прикладом сучасних можливостей надання допомоги пацієнтам з клінічною картиною гемобілії, яку найчастіше виявляють при проведенні відеогастроскопії та підтверджують методом целиакографії і верхньої мезентерикографії. Для тривалої зупинки кровотечі застосовують ендоваскулярну емболізацію.

БЕРЕЩАГІН Сергій Віталійович

к. мед. н., серцево-судинний хірург

Київська обласна клінічна лікарня,

Центр судинної та

кардіоендоваскулярної хірургії

Адреса: 04107, м. Київ, вул. Багговутівська, 1

Тел.: (050) 331-49-54

E-mail: doctor-sv@i.ua

ORCID ID: 0000-0001-9302-6653

Клінічний випадок

Пацієнт Н., 28 років, 03.10.2021 р. доставлений каретою швидкої допомоги до приймального відділення Київської обласної клінічної лікарні зі скаргами на загальну слабкість та появу випорожнення чорного кольору протягом останніх 6 днів. При об'єктивному огляді загальний стан пацієнта тяжкий, що зумовлено шлунково-кишковою кровотечею. Свідомість ясна. Колір шкіри та видимих слизових оболонок – бліді. Пульс – 140 уд./хв, артеріальний тиск – 80/50 мм рт. ст. Індекс Альговера – 1,75. Живіт м'який, безболісний. При пальцевому огляді прямої кишки виявлено мелену.

Загальний аналіз крові (03.10.2021): гемоглобін – 28 г/л, еритроцити – 1,68, гематокрит – 9,7.

Під час відеогастродуоденоскопії у просвіті зацибулинного відділу дванадцятипалої кишки виявлено світлу кров, при динамічному спостереженні фатерова сосочка підтікання крові з нього остаточно встановити було неможливо, оскільки при нагнітанні повітря у просвіт дванадцятипалої кишки підтікання крові було відсутнє, а при відсмоктуванні повітря та повторному нагнітанні в ділянці фатерова сосочка візуалізувалася світла кров із жовчю.

Пацієнта госпіталізовано до хірургічного відділення із клінічним діагнозом гемобілії та розпочато консервативну гемостатичну терапію. Після проведення гемотрансфузій рівень гемоглобіну становив 80 г/л (06.10.2021), але зберігалися мелена і загальна слабкість. При повторному проведенні відеогастродуоденоскопії (04.10.2021 та 06.10.2021) виявлено періодичне підтікання крові із фатерова сосочка (рис. 1). Проведено консилиум щодо подальшої тактики лікування пацієнта за участю хірурга, інтервенційного радіолога та ендоскопіста. Прийнято рішення провести целиакографію і верхню мезентерикографію. Під час целиакографії в проекції головки підшлункової залози через проксимальний відділ *a. gastroduodenalis* спостерігали заповнення великої (40 × 20 мм) несправжньої аневризми із турбулентним кровотоком, а дистальніше аневризми – антеградний кровотік по *a. pancreaticoduodenalis superior* і *a. gastroepiploica dextra*. Виконано ендовас-

кулярну оклюзію зазначених артерій емболізаційними спіралями (рис. 2). Після лікування стан пацієнта поліпшився, рівень гемоглобіну на момент виписки становив 89 г/л (13.10.2021). Пацієнта виписано під нагляд сімейного лікаря.

Аналіз ретроспективних оглядів та клінічних спостережень з приводу виникнення гемобілії виявив, що найчастіше джерелом кровотечі є печінкові протоки. Це пов'язано із судинними мальформаціями, формуванням псевдоаневризм, травмами печінки, пухлинними утвореннями печінки або жовчовивідних шляхів, а також із проведенням оперативних втручань, таких як ендоскопічна ретроградна холангіопанкре-

атографія, лапароскопічна холецистектомія тощо. У літературі описано невелику кількість випадків, в яких джерелом кровотечі були судини підшлункової залози.

Протягом останніх років через збільшення кількості обстежень зросла частота діагностування рідкісних судинних патологій, що дає змогу запобігти виникненню гемобілії за допомогою малоінвазивних втручань.

Таким чином, гемобілія є рідкісною патологією, яку складно діагностувати та лікувати. Часто гемобілія розпочинається приховано і перебігає без видимих симптомів у середньому від 4 до 6 міс. Потім пацієнта починають турбувати загальна слабкість, біль

Рис. 1. Відеогастродуоденоскопія: А – фатерів сосочок; Б – просвіт дванадцятипалої кишки

Рис. 2. Целіакографія: А – стрілкою показана несправжня аневризма в проекції головки підшлункової залози; Б – стан після ендоваскулярної оклюзії. Стрілкою показано розташування емболізаційних спіралей в а. gastroduodenalis

у правому підребер'ї чи мелена. Складність діагностики полягає в тому, що, по-перше, не завжди вдається візуалізувати фатерів сосочок і провести динамічне спостереження для виявлення підтікання крові, по-друге, не всі медичні заклади мають потрібне обладнання та інтервенційних радіологів, які володіють сучасними малоінвазивними методиками (зокрема трансартеріальною емболізацією). Наведений клінічний ви-

падок є яскравим прикладом мультидисциплінарного підходу до ведення пацієнтів із гемобілією. Завдяки сучасним методикам обстеження та лікування вдається запобігти повноцінним оперативним втручанням і можливим ускладненням. Поява технологічніших малоінвазивних методик для діагностики та лікування захворювань органів черевної порожнини дасть змогу зменшити летальність і частоту виникнення гемобілії.

References

1. Izbicki JR, Bloechle C, Kühn R, Knoefel WT, Rogiers X, Broelsch CE. [Therapeutic approach to hemobilia]. Zentralbl Chir. 1995;120(6):455-60. PMID: 7639033. (in German).
2. Green MH, Duell RM, Johnson CD, Jamieson NV. Hemobilia. Br J Surg. 2001 Jun;88(6):773-86. doi: 10.1046/j.1365-2168.2001.01756.x. PMID: 11412246
3. Bloechle C, Izbicki JR, Rashed MY, et al. Hemobilia: presentation, diagnosis, and management. Am J Gastroenterol. 1994 Sep;89(9):1537-40. PMID: 8079933.
4. Galun D, Basarić D, Lekić N, et al. [Hemobilia]. Acta Chir Jugosl. 2007;54(1):41-5. doi: 10.2298/aci0701041g. PMID: 17633861 (in Serbian).
5. Navuluri R. Hemobilia. Semin Intervent Radiol. 2016 Dec;33(4):324-31. doi: 10.1055/s-0036-1592321. PMID: 27904252.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГЕМОБИЛИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

С.В. ПЛЕМЯНИК, А.Д. ДЕМБИК, С.В. ВЕРЕЩАГИН, Б.Г. БОНДАРЧУК

Киевская областная клиническая больница

На сегодняшний день благодаря развитию и внедрению в повседневную практику врачей новых инструментальных методов исследования, таких как компьютерная томография с ангиографией, мультиспиральная компьютерная томография, ультразвуковое исследование сосудов с дуплексным сканированием, целиакография, верхняя и нижняя мезентерикография и т. д., увеличивается количество обследований. Ежегодно информативность упомянутых методов обследования возрастает, что вызывает увеличение частоты выявления редких сосудистых патологий, в частности тех, которые приводят к появлению гемобилии. Методом лечения этих сосудистых патологий является эндоваскулярная эмболизация с использованием соответствующих спиралей и веществ. Представлен клинический случай мультидисциплинарного подхода к диагностике и эндоваскулярному лечению *a. gastroduodenalis* с формированием ложной аневризмы (40 × 20 мм) с антеградным кровотоком по *a. pancreaticoduodenalis superior* и *a. gastroepiploica dextra* дистальнее аневризмы у пациента в возрасте 28 лет, который urgently был госпитализирован в хирургическое отделение Киевской областной клинической больницы. После оперативного лечения на фоне консервативной терапии общее состояние пациента улучшилось, а уровень гемоглобина повысился. Мультидисциплинарный подход помогает выбрать правильную тактику ведения пациента даже с редкой сосудистой патологией, которая привела к гемобилии. Золотым стандартом диагностики гемобилии является ангиография, а лечения – эндоваскулярная эмболизация, что может быть альтернативой открытому оперативному вмешательству, минимизирует риск послеоперационных осложнений и уменьшает период реабилитации. В случае невозможности использования упомянутой методики или ее неэффективности дальнейшее лечение хирургическое.

Ключевые слова: гемобилия; видеогастродуоденоскопия; целиакография; трансартериальная эмболизация.

MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HEMOBILIA (CLINICAL CASE)

S.V. PLEMYANIK, A.D. DEMBYK, S.V. VERESCHAGIN, B.G. BONDARCHUK
Kyiv Regional Clinical Hospital

Today, thanks to the development and implementation of new modern instrumental research methods in the daily practice of doctors, such as computed tomography with angiography, multispiral computed tomography, ultrasound examination of vessels with duplex scanning, celiacography, upper and lower mesentericography, etc. Every year, the information content of the above examination methods is growing, which will certainly lead to an increase in the frequency of detecting rare vascular pathologies that cause hemobilia. The method of treatment for this vascular pathology is endovascular embolization using embolizing coils and substances. A clinical case of a multidisciplinary approach to diagnosis and endovascular treatment is presented. a. gastroduodenalis with the formation of a pseudo-aneurysm (40×20 mm) with antegrade blood flow along a.pancreaticoduodenalis superior and a.gastroepiploica dextra distal to the aneurysm of a 28-year-old patient who was urgently hospitalized in the surgical department of Kyiv Regional Clinical Hospital. After the surgical treatment against the background of conservative treatment, the patient's general condition improved and the hemoglobin level increased. A multidisciplinary approach helps to choose the right tactics for managing a patient, even with such a rare vascular pathology that has led to hemobilia. The gold standard for diagnosis and treatment hemobilia is angiography and endovascular embolization, which can be an alternative to open surgery, minimizes the risk of postoperative complications and reduces the rehabilitation period. If it is impossible to carry out the above technique or its ineffectiveness, further treatment is surgical.

Key words: hemobilia; video gastroduodenoscopy; celiacography; transarterial embolization.