

**Гемобилия (греч. haima – кровь; лат. billis – желчь) – кровотечение в билиарную систему с последующим поступлением крови в желудочно-кишечный тракт. У взрослых гемобилия как осложнение травм печени встречается в 3% наблюдений.**

Понятие «гемобилия» впервые введено в медицинскую терминологию шведским хирургом Ph.Sandblom в 1948 г. Его работам принадлежит и объяснение патологической связи сосудистой системы печени с дуктальными структурами. Следует отметить, что первое упоминание о кровотечении в желчные пути принадлежит работам Glisson по данным аутопсии при изучении анатомии печени (1654), а первое прижизненное описание гемобилии находит своё отражение в трудах A.Portal столетие спустя. В 1848 г. K.Owens описал 22-летнего больного после дорожной аварии с явлениями лёгкой желтушности кожных покровов и клиникой желудочно-кишечного кровотечения (гематомезис и мелена) и указал на редкое сочетание этих состояний. На 11-е сутки наступил летальный исход, при этом на секции имелся разрыв печени, что автор и предположил как причину подобного симптомокомплекса. Систематизация имеющихся знаний и характерных особенностей клинической картины позволили H.Quinke в 1871 г. выделить триаду признаков гемобилии: желудочно-кишечное кровотечение, механическая желтуха и боли в правом подреберье. Попытки оперативного лечения гемобилии длительное время не приносили желаемого результата. Одна из первых операций (1895) сводилась к гастрэктомии, что, однако, не привело к излечению и закончилось летальным исходом. Первое упоминание успешного хирургического лечения гемобилии принадлежит работам H.Kehr (1903): для устранения патологического артериобилиарного соустья автор применил лигирование правой печёночной артерии. До 1957 г. в мировой литературе не было ни одного описания попыток резекции печени по поводу гемобилии, и только к концу 60-х годов XX века резекция патологического сосудисто-дуктального соустья нашли своё отражение в практической деятельности хирургов.

К сожалению, наблюдения тех лет были редкостью, поэтому широкой огласки гемобилия как «серьёзная» проблема не получила. Однако неуклонный рост травматизма (и травм печени, в частности) в последние десятилетия сказался на увеличении процента встречаемости гемобилии и, соответственно, роста случаев необходимости оперативного или интервенционного лечения последней.

### Этиопатогенез

Непосредственные причины возникновения и локализация гемобилии разнообразны. Принято выделять внутри- и внепечёночную формы гемобилии. К первой группе относятся все случаи повреждения печёночной паренхимы (травматического, ятрогенного генеза), а также воспалительные процессы в билиарном тракте (как предиктор гемобилии) и случаи разрыва аневризм печёночных сосудов. Вторая группа подразделяется на билиарную, панкреатическую и сосудистую гемобилию, согласно локализации патологического артерио-билиарного соустья и первопричине формирования патологической фистулы. Принято считать, что существует двойная природа возникновения гемобилии: механическое повреждение и аррозия стенок сосудов в гепатопанкреодуоденальной зоне.

Травматическая гемобилия справедливо занимает первое место по частоте встречаемости, составляя от 40 до 85% всех случаев диагностики данного патологического состояния и развивающаяся в 3-5,3% случаев травм печени. Важно отметить, что посттравмати-

ческая гемобилия может проявить себя через довольно длительный временной промежуток после предшествующей ей открытой или закрытой травмы паренхимы печени, причём имеются описания временной экспозиции от момента травмы до развития кровотечения в билиарную систему от 24-48 часов до нескольких месяцев и даже лет. Среди прочих причин следует особо указать на частоту ятрогенных случаев гемобилии, неуклонно возрастающих с внедрением малоинвазивных пункционно-дренирующих вмешательств в гепатобилиарной хирургии и составляющих 7-40%

большую частоту встречаемости последней в клинической практике. Рецидивное течение гемобилии во многом связано со способностью желчи лизировать образующийся фибриновый сгусток и потенцировать новое кровотечение.

Боли в правом подреберье являются вторым по значимости и частоте проявления симптомом гемобилии. Они обычно возникают после кровотечения как результат образования кровяного сгустка и обструкции им билиарных структур с растяжением гилсонской капсулы, желчных путей и желчного пузыря сгустками крови. Характерной

на заболевания органов гепатобилиарной системы и травм.

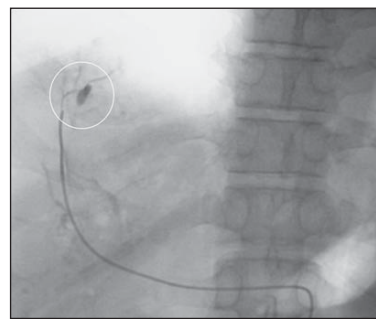
Несмотря на то, что традиционные методы исследования желудочно-кишечного тракта при диагностике гемобилии малоэффективны, инструментальное обследование следует начинать именно с них. При обзорной рентгенографии в ряде случаев удаётся выявить косвенные признаки гемобилии, а именно: высокое стояние и неподвижность правого купола диафрагмы, застойное увеличение тени желчного пузыря, тень обызвествлённой аневризмы печёночной артерии.

только подтвердить и топически локализовать источник гемобилии (рис. 1), но и рационально выбрать хирургический доступ в случае оперативного вмешательства, а также добиться гемостаза с помощью транскатетерной эмболизации (рис. 2). Точность ангиографической диагностики составляет порядка 90-95%. Высокая эффективность рентгеноэндоваскулярных селективных окклюзий печёночной артерии или её ветвей, достигающая 80-100%, позволяет рекомендовать эндоваскулярные вмешательства в качестве первоочередных в диагностике и лечении гемобилии.

### Новые подходы

# Гемобилия как проблема гепатобилиарной хирургии

## Долгое время врачи не знали, как к ней подступиться



**Рис. 1. Аневризма субсегментарной артерии VIII сегмента печени со слабым контрастированием билиарного тракта**

случаев диагностированной гемобилии.

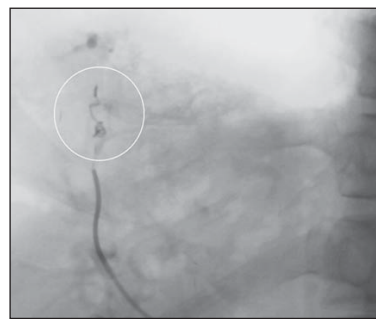
Аневризмы висцеральных сосудов являются крайне редкой патологией и в настоящее время насчитывают чуть более 3 тыс. клинических описаний в мировой литературе. Аневризмы внутрипечёночных сосудов составляют до 16-20% всех висцеральных аневризм с наибольшей частотой встречаемости в мужской популяции в средних и старших возрастных группах. Разрыв аневризм печёночных сосудов как причина гемобилии составляет не более 3-10% от общего числа пациентов с сосудисто-билиарной фистулой.

Несмотря на редкую встречаемость, высокий процент летальных исходов в данной группе больных, достигающий до 35-50%, а по данным ряда авторов, – до 70%, указывает на необходимость более тщательного и глубокого изучения данной патологии и купирования рецидивирующего течения гемобилии.

### Клиническая картина

Клиническая картина включает триаду признаков (триада Quinke): боли в правом подреберье по типу печёночной колики (30-70%), транзиторную желтуху (52-60%) и признаки желудочно-кишечного кровотечения – гематомезис (72%), мелена (90%) (M.V. Forlee et al., 2004; D. Siablis et al., 2005). Классическая клиническая картина триады – мелена, желтуха и альбидный синдром – встречается с частотой до 22-40%.

Картина желудочно-кишечного кровотечения является наиболее постоянным признаком гемобилии. Важным дифференциально-диагностическим критерием гемобилии как источника кровотечения следует считать наличие в рвотных массах прожилков крови в виде длинных узких полосок: данный феномен является результатом формирования тромбов в желчных протоках. По мнению А.Пономарёва (1999), до 2% криптогенных кровотечений желудочно-кишечного тракта следует относить к гемобилии, что указывает на вероятно



**Рис. 2. Эмболизация аневризмы с постановкой обтурирующей спирали.**

особенностью болевого синдрома является его чёткая взаимосвязь с кровотечением в потоковую систему: возникает при прекращении гемобилии и стихает при рецидиве геморрагий.

Возникновение механической желтухи вполне логично, принимая во внимание малый диаметр внутрипечёночных протоков и их быструю обструкцию кровяными сгустками. Транзиторный характер желтухи и рецидивирующее течение гемобилии объясняется высокой фибринолитической активностью желчи, обуславливающей лизис тромба и высвобождение просвета протока с потенцированием кровотечения. В свою очередь, обструкция желчных протоков приводит к К-витаминовой недостаточности в той или иной мере выраженной и, как следствие, снижению синтеза ряда К-зависимых факторов свёртывания, усугублению геморрагического синдрома. Длительно существующее внутреннее кровотечение в желчные протоки способствует также развитию литогенеза и инфицированию с присоединением холангита, панкреатита, образованию вторичных стриктур, в том числе в зоне большого дуоденального сосочка и т.д.

Руководствуясь мнением А.Борисова и соавт. (2005), спонтанное закрытие артериобилиарных фистул наступает крайне редко, что диктует необходимость ранней диагностики и выбора патогенетически обоснованных методов лечения. Однако даже в случае спонтанного закрытия артериобилиарной фистулы крайне высок риск рецидива в последующем, что сопровождается летальностью до 43%.

### Диагностика

Диагностика источника гемобилии крайне затруднительна и требует мобилизации всех имеющихся ресурсов и средств, хотя редко когда диагноз ставится до операции, а порою лишь post mortem. Особые трудности возникают при сочетании у одного и того же больного гастро-дуоденальной язвы и гемобилии при отсутствии анамнестических данных

Установлению правильного диагноза помогают обнаружение билиарной гипертензии и наличие неоднородной массы без акустической тени в просвете желчного пузыря при протока при сонографическом исследовании. При наличии крупного сосуда как компонента артериобилиарной фистулы весьма информативно доплеровское сканирование для выявления кровотока, сохраняющегося в просвете желчного протока. При подозрении на травматическое повреждение органов гепатопанкреодуоденальной зоны весьма информативно компьютерное сканирование, позволяющее выявить участки инфильтрации, гематомы и т.д. Использование методик компьютерного сканирования, по мнению S.Nijhawan et al. (2003), должно являться обязательным этапом обследования при подозрении на травму печени как при поступлении больного в стационар, так и в динамике.

Фиброгастроуденоскопия позволяет не только исключить патологию верхних отделов желудочно-кишечного тракта, но и поставить диагноз при обнаружении выделения крови из области большого дуоденального сосочка. Весьма полезной в качестве дополнительной диагностической процедуры является эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, позволяющая выявить расширение супрадуоденальной части холедоха, тени сгустков в протоках (дефекты наполнения), деформацию внутрипечёночных протоков. Похожие результаты достигаются при проведении интраоперационной фистулохолангиографии. При этом следует обращать внимание, что сгустки крови, в отличие от конкрементов, имеют ряд отличительных признаков: они обычно повторяют контуры просвета протоков, хорошо фиксированы к слизистой оболочке.

В диагностике причин гемобилии помогает лапароскопия, позволяющая выявить повреждение печени. Прямым свидетельством кровотечения в билиарную систему следует считать наполненный кровью, напряжённый, увеличенный желчный пузырь бурого цвета с блестящей серозной и неутолщённой стенкой. Заподозрив гемобилию и повреждение элементов гепатодуоденальной связки позволяет наличие гематомы в проекции lig. hepatoduodenalis.

Разумеется, определённая и порою весьма весомая диагностическая ценность присуща вышеупомянутым методам инструментальной диагностики. Однако, по мнению большинства авторов, наиболее достоверным методом выявления источника гемобилии является ангиография. С помощью селективной ангиографии печёночной артерии можно не

### Лечение

В настоящее время нет единой точки зрения о выборе способа и тактики лечения гемобилии. Так, рядом авторов активно пропагандируется консервативный подход в лечение данного осложнения, что вполне оправдано при незначительной по интенсивности гемобилии на фоне воспалительных заболеваний печени и желчных путей. При консервативном лечении летальность достигает 40%, а по данным T.Lockwood et al. (1977), частота успешного выздоровления после консервативной терапии составляет до 80%. В свою очередь, очевидна противоречивость взглядов на консервативную терапию при травматической гемобилии. Подчёркивается необходимость и целесообразность раннего оперативного вмешательства, тем более при гемобилии средней и высокой интенсивности, что, в сравнении с консервативным ведением пациентов, позволяет снизить летальность в данных группах больных.

Применяемые методики перевязки печёночной артерии, резекции печени в пределах анатомических границ в настоящее время являются хорошо разработанными методами лечения гемобилии. Резекцию печени следует выполнять у пациентов с обширными повреждениями или нерезким паренхимы, при внутрипечёночных обширных гематомах, периферически расположенной ложной аневризме печёночной артерии либо при неэффективности иных способов достижения гемостаза. На сегодня вопрос выбора между оперативным вмешательством и хирургическим пособием в лечении гемобилии решается в пользу малоинвазивных эндоваскулярных вмешательств, позволяющих не только визуализировать и чётко локализовать патологическую артериобилиарную фистулу, но и произвести окклюзию последней, используя селективную и суперселективную эмболизацию зоны сосудисто-дуктальной фистулы (рис. 2).

### Прогноз

Использование передовых технологий позволило снизить летальность при гемобилии с 40-47 до 20% и, как следствие, улучшить прогноз на выздоровление у пациентов с этим редким и грозным осложнением хирургии печени.

**Владимир ФОМИН,**  
доцент,  
кандидат медицинских наук.

**Кафедра госпитальной хирургии  
лечебного факультета Московского  
государственного медико-  
стоматологического университета  
им. А.И.Евдокимова.**