

© Коллектив авторов, 2017  
УДК 616.37-002.191-005.1-036.12-089

Н. А. Баженова<sup>1</sup>, Д. И. Василевский<sup>2</sup>, **В. М. Седов**<sup>2</sup>, А. И. Фетюков<sup>3</sup>

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, ОСЛОЖНЁННОГО КРОВОТЕЧЕНИЕМ В ПОЛОСТЬ КИСТЫ

<sup>1</sup> ГБУЗ РК «Больница скорой медицинской помощи» (главврач — А. И. Хейфец), г. Петрозаводск;

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России (ректор — академик РАН проф. С. Ф. Багненко);

<sup>3</sup> ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В. А. Баранова» (руковод. — Э. В. Шандалович), г. Петрозаводск

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Изучение частоты развития кровотечений из полости кисты поджелудочной железы и анализ проведённого лечения. **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Представлен опыт лечения 155 больных с хроническим кистозным панкреатитом, включая 8 пациентов, у которых псевдокисты, осложнились кровотечением в её полость. 5 пациентов поступили с картиной гастродуоденального кровотечения, внутрибрюшного кровотечения. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** 5 больных оперированы в срочном порядке: прошивание кровоточащих сосудов, экстирпация желудка, наружное дренирование кист поджелудочной железы, гастроцистоанастомоз. Диагностическая ангиография выполнена у 3 пациентов с целью локализации источника кровотечения с последующей попыткой эндоваскулярной окклюзии кровоточащего сосуда. У двух из них эндоваскулярная окклюзия привела к остановке кровотечения, у одного — осложнилось миграцией спирали и летальным исходом. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Кровотечения из кист поджелудочной железы представля- ют сложность в диагностике. В большинстве случаев при данном патологическом состоянии единственным методом спасения пациента является хирургический.

**Ключевые слова:** киста поджелудочной железы, аррозивное кровотечение, эндоваскулярная эмболизация

*N. A. Bazhenova<sup>1</sup>, D. I. Vasilevskiy<sup>2</sup>, **V. M. Sedov**<sup>2</sup>, A. I. Fetyukov<sup>3</sup>*

**Surgical treatment of chronic pancreatitis complicated by bleeding in cystic cavity**

<sup>1</sup> Hospital of Emergency Care, Petrozavodsk; <sup>2</sup> I. P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University;

<sup>3</sup> V. A. Baranov Republican Hospital, Petrozavodsk

**OBJECTIVE.** The authors studied the rate of bleeding from cystic cavity of the pancreas and analyzed the completed treatment. **MATERIAL AND METHODS.** The article presented an experience of treatment of 155 patients with chronic cystic pancreatitis. Pseudocysts complicated by hemorrhage into their cavity in 8 patients. The signs of gastroduodenal and intraabdominal bleeding had 5 patients. **RESULTS.** Suturing of bleeding vessels, extirpation of the stomach, external drainage of pancreatic cysts and gastrocystoanastomosis were immediately performed in 5 patients. Diagnostic angiography was conducted in order to localize a source of bleeding with subsequent attempt of endovascular occlusion of this vessel in 3 patients. Endovascular occlusion stopped bleeding in 2 cases, though it caused a spiral migration and lethal outcome in one case. **CONCLUSIONS.** Bleeding from the pancreatic cysts was difficult to diagnose. This pathology left the only surgical method of saving patient in most cases.

**Key words:** *cyst of the pancreas, arrosive bleeding, endovascular embolization*

**Введение.** В настоящее время острый панкреатит занимает одно из первых мест в структуре острых хирургических заболеваний в России. Частым его исходом является формирование кист (ложных) поджелудочной железы [1, 3, 4].

Кровотечение в полость кисты поджелудочной железы или в просвет желудочно-кишечного тракта относится к возможным осложнениям заболевания. Причиной кровотечения является аррозия стенки артериального сосуда в результате воздействия ферментов сока поджелудочной

железы. Кровотечения при хроническом кистозном панкреатите могут происходить в полость кисты, желудок, двенадцатиперстную кишку, сальниковую сумку, протоки поджелудочной железы. Самыми распространёнными источниками кровотечения являются селезёночная, гастродуоденальная и панкреатодуоденальная артерии и их ветви, несколько реже — печёночная и левая желудочная артерии, а также аорта. В структуре всех кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта данный вариант (по

разным источникам) составляет от 0,04 до 7,5%. Своевременная и правильная диагностика кровотечений, источником которых является аррозия сосуда в кисте поджелудочной железы, представляет серьезные трудности. Летальность при данном осложнении панкреатита достигает 60% [2, 4–6].

Цель исследования — изучение частоты развития кровотечения из кист поджелудочной железы, анализ отдалённых результатов хирургических вмешательств и разработка оптимальной диагностической и лечебной стратегии.

**Материал и методы.** Для достижения поставленной цели был проведен ретроспективный анализ 155 историй болезни пациентов с хроническим панкреатитом, протекавшим с развитием кисты (кист) поджелудочной железы.

Все пациенты были госпитализированы в стационар по экстренным показаниям в сроки от 2 ч до 1 сут от момента начала заболевания. Мужчин было 114 (73,5%), женщин — 41 (26,5%). Возраст пациентов варьировал от 17 до 72 лет.

У всех больных выполняли необходимые диагностические исследования: ЭКГ, клинический и биохимический анализы крови, ФГДС, эхосонаграфия органов брюшной полости. У 47 (30,3%) пациентов киста располагалась в головке поджелудочной железы, у 26 (16,7%) — в теле, у 51 (32,9%) — в хвосте. В 31 (20,1%) наблюдении киста занимала две и более анатомических области поджелудочной железы. Размеры кист варьировали от 0,5 до 28 см. Среди этих пациентов у 8 (5,2%) течение заболевания осложнилось кровотечением.

**Результаты.** Клинические признаки кровотечения на момент госпитализации отмечены у 8 человек (5,1% всех пациентов), все они были мужчинами. Возраст варьировал от 26 до 57 лет.

У 5 (62,5%) больных имелись симптомы кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта, у 3 (37,5%) — внутрибрюшного кровотечения. У 7 из них (87,5%) наличие кисты поджелудочной железы было диагностировано ранее. У 4 (50%) пациентов киста располагалась в области головки поджелудочной железы, у 3 (37,5%) — в хвосте и у 1 (12,5%) — в теле. Размер кистозных образований варьировал от 3 до 15 см.

Во всех наблюдениях кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта при ФГДС выявлялась, как правило, изменённая кровь в желудке и двенадцатиперстной кишке, однако отсутствовал явный источник кровотечения. Лишь у одного была выявлена фистула между желудком и кистой поджелудочной железы. У всех пациентов с симптомами внутрибрюшного кровотечения при УЗИ отмечено наличие свободной жидкости в брюшной полости.

Все больные с клиническими проявлениями внутрибрюшного кровотечения были оперированы в экстренном порядке. При ревизии органов брюшной полости у всех было диагностировано продолжающееся кровотечение из разорвавшейся кисты поджелудочной железы. Источниками кровотечения у одного пациента являлась печёночная, у второго — селезёночная, и у третьего — панкреатодуоденальная артерии.

Объём хирургического вмешательства ограничивался остановкой кровотечения (путём лигирования сосуда) и наружным дренированием кисты.

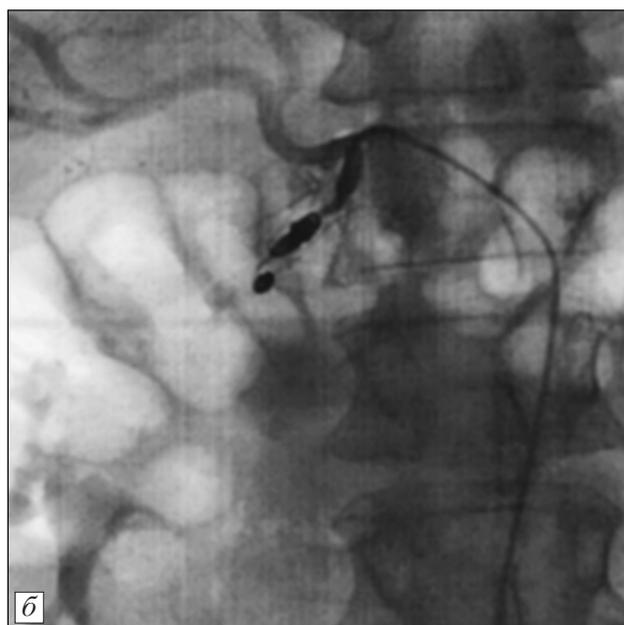
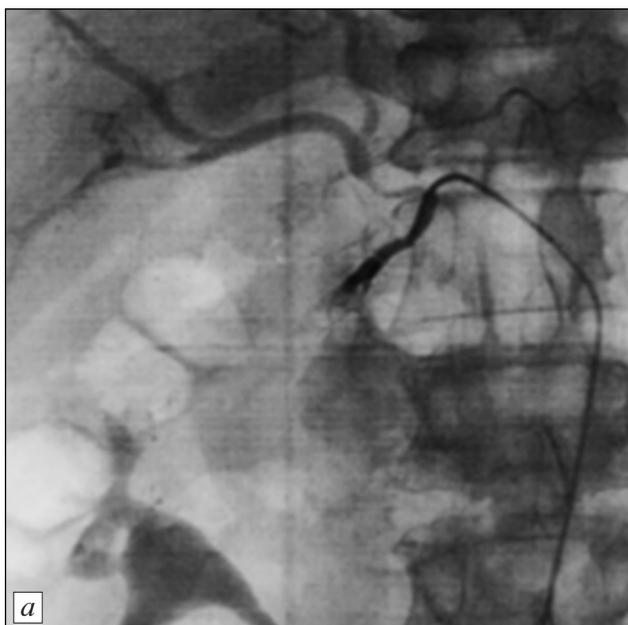
Трем пациентам с клиническими признаками кровотечения в просвет верхних отделов пищеварительного тракта из неустановленного источника для его определения выполняли ангиографию. При исследовании по одному разу было выявлено нарушение целостности гастродуоденальной, селезёночной и панкреатодуоденальной артерий.

В двух из трех указанных наблюдениях диагностическая процедура была успешно трансформирована в лечебную. Пациентам была выполнена рентгеноэндоваскулярная окклюзия сосуда, являвшегося источником кровотечения (гастродуоденальной и селезёночной артерий). Для этого применяли спирали AZUR (Terumo) (рисунок).

В одном наблюдении при эмболизации панкреатодуоденальной артерии произошла миграция спирали в верхнюю брыжеечную артерию. Осложнение потребовало лапаротомии, тромбэктомии с удалением спирали из верхней брыжеечной артерии, хирургической остановки кровотечения и наружного дренирования кисты. В дальнейшем у пациента развился тромбоз мезентериальных сосудов с летальным исходом.

Один пациент с выявленным кровотечением из желудочно-кистозной фистулы был оперирован в экстренном порядке. Выраженный спаечный процесс и фиброзные изменения тканей потребовали экстирпации желудка и резекции стенок кисты поджелудочной железы. Источником кровотечения у него являлась общая печёночная артерия.

Ещё в одном наблюдении у пациента с клиническими проявлениями состоявшегося кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта и неустановленным его источником удалось добиться успешного гемостаза консервативными мероприятиями. После дополнительного обследования (КТ органов брюшной полости) и диагностической пункции кисты (с эхосона-



Ангиограммы больного с кистой поджелудочной железы.

*а — экстравазация контрастирующего вещества в полость кисты в проекции головки поджелудочной железы; б — окклюзия устья гастродуоденальной артерии эндоваскулярной спиралью; экстравазации контрастирующего вещества нет*

графической навигацией) было констатировано наличие крови в кисте поджелудочной железы. В ходе операции, выполненной в отсроченном порядке, в полости кистозного образования были обнаружены сгустки крови и геморрагическое пропитывание капсулы в зоне панкреатодуоденальной артерии без продолжающегося кровотечения. Хирургическое вмешательство было завершено прошиванием сосуда и наложением гастроцистоанастомоза.

**Выводы.** 1. При внутрибрюшном кровотечении из кисты поджелудочной железы, а также при кровотечении из цистодигестивного свища с аррозией внеорганных сосудов, единственным эффективным методом лечения является хирургический.

2. Эндоваскулярная остановка кровотечения позволяет избежать экстренного хирургического вмешательства на высоте кровотечения и создать благоприятные условия для дальнейшего хирургического лечения основного заболевания.

#### ЛИТЕРАТУРА [REFERENCE]

1. Агаев Б.А., Мамедова Н.А. Послеоперационное лечение острого панкреатита // Вестн. хир. 2009. № 8. С. 73–76 [Agaev B.A., Mamedova N.A. Posleoperatsionnoe lechenie ostrogo pankreatita // Vestnik khirurgii. 2009. № 8. P. 73–76].
2. Бороденко А.И. Желудочно-кишечное кровотечение при цисто-гастральном свище // Пробл., персп. соврем. науки. 2009. Т. 2, № 1. С. 14–16 [Borodenko A.I. Zheludochno-kishechnoe krvotечение pri tsisto-gastral'nom svishche // Problemy, perspektivy sovremennoi nauki. 2009. Vol. 2, № 1. P. 14–16].
3. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М.: Триада-Х, 2004. 640 с. [Savel'ev V.S. Rukovodstvo po neotlozhnoi khirurgii organov bryushnoi polosti. Moscow : Triada-X, 2004. 640 p.].
4. Яицкий Н.А., Седов В.М., Сопия Р.А. Острый панкреатит. М.: МЕД-Пресс-информ, 2003. 224 с. [Yaitskii N.A., Sedov V.M., Sopiya R.A. Ostryi pankreatit. Moscow : MED-Press-inform, 2003. 224 p.].
5. Chung H., Yu M. Hemorrhage pancreatitis from a traumatic gastroduodenal pseudoaneurysm : an unusual cause of upper gastrointestinal bleeding // Chang. Gung. Med. J. 2001. Vol. 91. P. 741–745.
6. King N.K., Siriwardena A.K. European survey of surgical strategies for the management of severe acute pancreatitis // Amer. J. Gastroenterol. 2004. Vol. 99. P. 719–728.

Поступила в редакцию 22.10.2016 г.

#### Сведения об авторах:

**Баженова Нина Александровна** (e-mail: [ninok17@yandex.ru](mailto:ninok17@yandex.ru)), врач-хирург; Больница скорой медицинской помощи, 185031, г. Петрозаводск, ул. Кирова, 40;

**Василевский Дмитрий Игоревич** (e-mail: [vasilevsky1969@gmail.com](mailto:vasilevsky1969@gmail.com)), д-р мед. наук, доц. кафедры факультетской хирургии; **Седов Валерий Михайлович**, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, 197022, Санкт-Петербург, ул. Л.Толстого, 6–8;

**Фетюков Алексей Иванович** (e-mail: [fetukov@petsu.ru](mailto:fetukov@petsu.ru)), д-р мед. наук, проф., зав. каф. госпитальной хирургии; Республиканская больница им. В.А. Баранова, 185019, г. Петрозаводск, ул. Пирогова, 3.