

УДК 616.37-006, 2-005.1-07-089

© В. Т. ПОЛІЩУК, І. М. НЕВМЕРЖИЦЬКИЙ, А. І. КОСТИНА, П. В. ПРИОР, **О. В. СЛОБОДЕНЮК**,
О. Г. ДИКИЙ, І. П. КУДІН, Р. В. ЗАБОЛОТНЮК, В. М. МЕЛЬНИК

Житомирська обласна клінічна лікарня ім. О. Ф. Гербачевського

Досвід лікування хворих із псевдокістами підшлункової залози, ускладненими кровотечею

V. T. POLISHCHUK, I. M. NEVMERZHITSKYI, A. I. KOSTYNA, P. V. PRIOR, **O. V. SLOBODENIUK**, O. H. DYKYI,
I. P. KUDIN, R. V. ZABOLOTNIUK, V. M. MELNYK

Zhytomyr Regional Clinical Hospital by O. F. Herbachevskyi

EXPERIENCE OF TREATMENT OF PATIENTS WITH PANCREAS PSEUDOCYSTS COMPLICATED WITH BLEEDING

За період з 2002 до 2010 р. на базі хірургічного центру Житомирської обласної клінічної лікарні було прооперовано 256 хворих із фіброзно-кістозним панкреатитом. Для дослідження взято 27 (10,5 %) хворих із псевдокістами підшлункової залози (ПкПЗ), ускладненими кровотечею. Ключовими в діагностичній програмі були: ендоскопічні, сонографічні та рентгенологічні дослідження (КТ). Лікування було спрямовано на ліквідацію протокової обструкції та гіпертензії, болювого синдрому, етіологічної причини кровотечі. За показаннями проводили резекційні втручання, прошивання кровоточивої судини, тампонування з метою damage control. Померли – 4 хворих, загальна післяопераційна летальність склала 14,8 %.

For period from 2002 to 2010 on the base of surgical center of Zhytomyr Regional Clinical Hospital there were operated 256 patients with fibrotic-cystophorous pancreatitis. For research there were taken 27 (10,5 %) of patients with pancreas pseudocysts (PcPc), complicated with bleeding. Endoscopic, sonografic and roentgenologic researches (KT) were the main in diagnostic program. Treatment was aimed to liquidation of ductus obstruction and hypertension, pain syndrome, etiologic reason of bleeding. According to indications there were conducted resection interferences, sewing of sanguifluous vessel, tamponing with the aim of damage control. 4 patients died, total postoperative lethality was 14,8 %.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Серед ускладнень псевдокіст підшлункової залози кровотеча становить лише 5–7,8 % в їх загальній структурі, проте летальність перевищує 40 % (від 40–90 % при пізньодіагностованих спонтанних кровотечах) [1–2].

Разом з анатомоморфологічними особливостями розташування ПЗ ключовими в етіопатогенезі кровотеч слід вважати: формування та розрив псевдоаневризми артерії стінок ПК басейнів селезінкової, гастродуоденальної, панкреатодуоденальних та середньої ободової артерій; розрив незмінених парапанкреатичних артерій та вен, інфарктної артерії, ерозію варикозно змінених парапанкреатичних вен; паренхіму селезінки та хірургічні втручання на стінці кісти (5–37 % при відкритих та 6–20 % – при мініінвазивних втручаннях на ПК) [3].

Клінічними проявами є: кровотеча в порожнину кісти, яка сполучається з протокою ПЗ із вірсунгорагією або без неї; шлунково-кишкова кровотеча; про-

рив у черевну, грудну порожнину, в кісти, ектопічно розміщені в інших органах. Це супроводжується анемічними, гемодинамічними та компресійними проявами. Небезпеку становлять атипові прояви кровотечі, що зумовлюють затримку в діагностиці та лікуванні.

Найбільш діагностично значущими можна вважати: ендоскопічні ознаки виділення крові з дуоденального сосочка чи нориці, при ультразвуковій доплерографії ознаки руху крові в порожнину кісти, за результатами комп'ютерної томографії з контрастуванням – наявність псевдоаневризми парапанкреатичних судин та ознак кровотечі. “Золотим стандартом” [4] в діагностиці є ангиографія, яка дає нам дані про екстравазацію контрастної речовини, псевдоаневризматичне розширення парапанкреатичних судин та можливість проведення емболізації судини – джерела кровотечі. При профузних кровотечах та явищах шоку лише відкрите операційне втручання чи патологоанатомічне дослідження мають найбільшу цінність.

Сучасна хірургічна тактика визначається інтенсивністю кровотечі, об'ємом крововтрати, тяжкістю стану хворого, локалізацією кісти: від якнайменшої за обсягом операції (розкриття кісти, ідентифікації і прошивання джерела в стінці кісти чи тугої тампонади) до радикальних (дистальної резекції, економної резекції головки підшлункової залози, ПДР). Використовуються малоінвазивні рентгенендоваскулярні втручання із селективною емболізацією судин, ефективність якої сягає 80–100 % [4].

Мета роботи: проаналізувати результати лікування 27 хворих із ПкПЗ, ускладненими кровотечею. Визначитись з оптимальними операційними втручаннями при конкретних клінічних ситуаціях.

Матеріали і методи. За період з 2002 до 2010 року в ХЦ ЖОКЛ проліковано 256 хворих та хронічний панкреатит, ускладнений кістами ПЗ. Кровотеча виникла у 27 пацієнтів, що склало 10,5 %: чоловіки – 19 (70 %), жінки – 8 (30 %), середній вік хворих – 43 роки (від 19 до 61 року). Локалізація кіст: 7 (26 %) хворих – тіло; 6 (22 %) – хвіст; 14 (52 %) – головка підшлункової залози. Померли 4 пацієнти, післяопераційна летальність склала 14,8 %.

Всіх хворих ми умовно поділили на чотири групи. Перша група: 8 (29,6 %) хворих прооперовано в терміновому порядку з явищами внутрішньочеревної кровотечі та шоку. Всім пацієнтам проведено паліативне лікування: розкриття кісти, прошивання кровоточивої судини (6), по можливості туго тампонада джерела з метою damage control (2). На 3–5-ту добу після стабілізації стану хворого та корекції показників крові шести хворим було виконано радикальне операційне втручання: дистальну резекцію підшлункової залози – 2 пацієнтам; панкреатодуоденальну резекцію – 3, ангиографію та емболізацію гілки селезінкової артерії в ділянці хвоста підшлункової залози, що стало кінцевим етапом лікування, – у 1-му хворому. Один пацієнт помер після першої лапаротомії з приводу тромбозу печінкової артерії та субтотального некрозу печінки. Інший хворий – на 7-му добу від явищ СПОН. Летальність у групі склала 25 %.

До другої групи ввійшли 8 хворих (29,6 %), в яких кровотеча в просвіт кісти проявлялася явищами шлунково-кишкової кровотечі, у 2 пацієнтів – кровотечі через патологічні фістули з шлунком та у 6 хворих – кровотечі через штучно сформовані анастомози (4 – цистодуодено- та 2 – цистоеюностомії з країв анастомозу) в ранньому післяопераційному періоді до одного місяця. Дані кровотечі, як правило, не супроводжувалися великими крововтратами та явищами шоку. Після консервативної підготовки хворим були виконані радикальні опера-

тивні втручання (ПДР – 2 пацієнтам, резекція головки підшлункової залози за Бегером – 2 хворим, субтотальна дистальна резекція, спленектомія – 1 пацієнту, дистальна резекція підшлункової залози, спленектомія – 1 хворому, прошивання країв анастомозу – 2 пацієнтам. Помер один хворий (3,7 %), причиною смерті став гострий панкреатит кукси.

У третій групі у 6 (22,2 %) хворих були клінічні дані про анемію та гемодинамічні зміни суміжно із сонографічними та доплерографічними ознаками кровотечі з аневризми стінки кісти в її просвіт. Після консервативної корекції було проведено оперативне втручання (резекція головки підшлункової залози за Бегером – 2 пацієнтам, дистальна резекція – 2 хворим, субтотальна дистальна – 2 пацієнтам). Помер 1 хворий (16,6 %) від недостатності швів панкреатоеюноанастомозу та перитоніту.

В останній, четвертій групі, у 5-ти (18,5 %) пацієнтів діагноз кровотечі в просвіт кісти було верифіковано лише інтраопераційно, всі клініко-інструментальні методи не давали чіткої картини (відсутність анемічних, гемодинамічних, ендоскопічних та УЗ-ознак). Всім хворим проведено радикальне операційне лікування (ПДР – 3 пацієнтам; дистальну резекцію – 1 хворому; субтотальну дистальну – 1 пацієнту). Летальних випадків не було.

Із 2010 року у діагностиці та лікуванні псевдокіст підшлункової залози, ускладнених кровотечею, почали освоювати рентгенендоваскулярні методи, використані нами лише в одному випадку з першої групи.

Результати досліджень та їх обговорення.

Проаналізувавши результати лікування ПкПЗ, ускладнених кровотечею, встановлено: радикальні операції зводять до мінімуму ризик виникнення рецидиву кровотечі внаслідок усунення контакту агресивного панкреатичного соку та арозованої судини або псевдоаневризми, що є частиною стінки кісти. Крім того, радикальна операція спрямована на усунення причин кістоутворення й інших ускладнень, що виникають на тлі деструктивно-дегенеративних змін у ПЗ, передбачає корекцію порушень прохідності протокової системи і прогресуючого фіброзу ПЗ. Оскільки частина операцій виконувалась у невідкладному порядку на тлі тяжкого стану хворих, показання до радикальних операцій були обмежені. При кістах дистальної частини ПЗ, ускладнених кровотечею, радикальною операцією є дистальна резекція із спленектомією. При розташуванні кісти в проксимальному відділі підшлункової залози, де джерелом кровотечі є верхні брижові судини та їх гілки, ворітна вена тощо, радикальною операцією є резекція головки підшлунко-

вої залози або панкреатодуоденальна резекція. З позиції топографічної анатомії, резекція передбачає видалення панкреатодуоденального комплексу, що є досить травматичним втручанням у хворих із гострою крововтратою. Крім того, видалення дванадцятипалої кишки при відсутності її непрохідності фізіологічно нераціональне. Економна резекція паренхіми ПЗ із частиною стінки кісти, спрямована на звільнення магістральних кровоносних стовбурів, що проходять на рівні шийки ПЗ та є стінками кісти, найбільш патогенетично обґрунтована.

Висновки. 1. Ангіографія – найбільш точний метод діагностики, який дозволяє визначитися з

джерелом кровотечі та одночасно провести емболізацію ураженої судини.

2. При профузних кровотечах у просвіт псевдокіст підшлункової залози та явищах шоку лише негайне оперативне втручання має найбільшу діагностично-лікувальну цінність і повинно обмежуватися прошиванням кровоточивої судини або тугою тампонадою.

3. Радикальне операційне втручання проводиться тільки після стабілізації стану хворого – на 3–4-ту добу.

4. Виконання радикальних операційних втручань зі збереженням дванадцятипалої кишки з приводу псевдокіст головки ПЗ, ускладнених кровотечею, є оптимальним.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Balachanda S. Systematic appraisal of the management of the major vascular complications of pancreatitis / S. Balachanda, A. Siriwardena // *Am. J. Surg.* – 2005. – Vol. 190. – P. 489–495.
2. Bresler L. Major hemorrhage from pseudocysts and pseudoaneurysms caused by chronic pancreatitis: surgical therapy / L. Bresler, P. Boissel, J. Grodidier // *World J. Surg.* – 1991. – Vol. 15, (5) – P. 649–652.
3. A pancreatic pseudocyst associated with three simultaneous hemorrhagic complications / A. Brouquet, J. Lefevre, B. Terris [et al.] // *Paris.* – 2007. – Vol. 144, № 4. – P. 336–338.
4. Вибір хірургічної тактики при псевдокістах підшлункової залози, ускладнених кровотечею / О. І. Дронов, Е. А. Дрючина, А. І. Горлач, О. А. Скомаровський // *Клінічна хірургія.* – 2009. – № 7-8. – С. 25.
5. Ложные аневризмы артерий бассейна червевого ствола у больных хроническим панкреатитом / А. Г. Кригер, Л. С. Кокков, Г. Г. Кармазановский [и др.] // *Журнал хирургии имени Н. И. Пирогова.* – 2008. – № 12. – С. 17–23.
6. Ничитайло М. Ю. Псевдокісти підшлункової залози, ускладнені кровотечею: епідеміологія, патогенез, діагностика, лікування / М. Ю. Ничитайло, Ю. В. Снопок, Ю. О. Хілько // *Клінічна хірургія.* – 2009. – № 1. – С. 57–61.

Отримано 01.03.11