

© Коллектив авторов, 2008

УДК 616.37-002.4-06:[616.136.4-007.649+616.342-007.251]-07-089

Е.М.Гоч, Ю.В.Коваленко, В.В.Красовский, О.А.Балацкий, А.В.Тяпкин

БЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД РЕДКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Кафедра хирургии ФПК и ППС (зав. — проф. А.С.Толстокоров) Саратовского государственного медицинского университета

Ключевые слова: поджелудочная железа, киста, аневризма, аррозивное кровотечение.

В настоящее время в Российской Федерации отмечается неуклонный рост заболеваемости острым панкреатитом, он составляет 38 случаев на 100 тыс. населения. В 15–25% случаев острый панкреатит имеет деструктивный характер и сопровождается различными осложнениями, которые могут быть основной причиной летальности. Одним из таких осложнений является аррозивное кровотечение, возникающее при распространении процесса деструкции на крупные сосуды — селезеночную артерию и вену, портальную вену, верхнюю мезентериальную артерию, желудочно-двенадцатиперстную артерию. 80% больных с аррозивным профузным кровотечением погибают в связи с невозможностью его остановки [1, 2].

В связи с этим представляет интерес больной П., 39 лет, доставленный в стационар 01.11.2007 г. Считает себя больным на протяжении 3 лет. Лечился по месту жительства консервативно.

В июле 2007 г. госпитализирован в связи с обострением панкреатита. При УЗИ обнаружена киста тела поджелудочной железы, которая эвакуирована пункционно-аспирационным методом без осложнений.

Ухудшение наступило спустя 2 мес, когда появились резкие боли и пульсирующее образование в эпигастриальной области. При поступлении в стационар состояние больного тяжелое, истощен. Вынужденное положение за счет болевого синдрома. В эпигастриальной области и левом подреберье пальпируется образование до 15 см, пульсирующее, резко болезненное. В анализе крови — лейкоцитоз ($10,8 \times 10^9/\text{л}$), увеличение СОЭ (38 мм/ч), умеренная анемия ($3,84 \times 10^{12}/\text{л}$).

При УЗИ от 02.11.2007 г. поджелудочная железа отдельно не визуализируется. В ее проекции определяется образование 96×80 мм с полостью и турбулентным движением внутри. Заключение УЗИ — аневризма.

При доплерографии обнаруженное образование 8,8×8,2 см связано с крупным артериальным сосудом, отхо-

дящим от чревного ствола. Заключение — ложная аневризма забрюшинного пространства.

Выполнена брюшная аортография с селективной артериографией чревного ствола. Заключение — ложная аневризма желудочно-двенадцатиперстной артерии.

Больного решено оперировать в плановом порядке. Назначена консервативная терапия и установлен эпидуральный блок.

Внезапно состояние больного ухудшилось, появились симптомы желудочно-кишечного кровотечения. Выполнена фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), при которой обнаружено, что всю заднюю стенку луковицы двенадцатиперстной кишки с переходом на постбульбарный отдел занимает фиксированный темный сгусток, прикрывающий большой изъязвленный дефект с тромбированными сосудами.

Больной экстренно оперирован. При ревизии в рану предлежит гигантское пульсирующее образование, на котором распластан желудок и поперечная ободочная кишка, все петли тонкой кишки заполнены кровью, резко увеличенный напряженный желчный пузырь. При мобилизации желудка вскрыта его задняя стенка (за счет интимного сращения желудка с образованием), установлено, что пульсирующее образование располагается в толще поджелудочной железы, подойти изолированно к поврежденному сосуду не представляется возможным. Решено вскрыть полость аневризмы и лигировать поврежденный сосуд со стороны полости. Аневризма вскрыта, эвакуировано около 1 л алой крови со сгустками. На медиальной стенке полости (на границе тела и головки поджелудочной железы) обнаружен сосуд, проходящий в ткани поджелудочной железы, с дефектом стенки до 1 см. Выделить изолированно сосуд невозможно, поэтому выполнено его лигирование вместе с прошиванием ткани поджелудочной железы. Полость дренирована активным дренажем, произведены холецистостомия и дренирование брюшной полости.

В послеоперационном периоде отделяемого по дренажам практически не было.

Проводились гемо- и плазматрансфузии, переливание белковых растворов, терапия антисекреторными препаратами.

Начиная с 11-х суток по дренажу, находящемуся в полости кисты, стало выделяться до 600 мл прозрачного отделяемого, а в последующие сутки более 1 л с примесью желчи. При рентгенологическом исследовании затека контрастного

вещества не определялось. При ФГДС обнаружена перфорация задней стенки двенадцатиперстной кишки в полость кисты. Больной переведен на парентеральное питание.

20.11.2007 г. больной в срочном порядке повторно оперирован. При релапаротомии весь верхний этаж брюшной полости занимал инфильтрат, состоящий из увеличенной поджелудочной железы, желудка, двенадцатиперстной кишки и поперечной ободочной кишки. В данных условиях выполнить отключение двенадцатиперстной кишки было невозможно, наложен впередиободочный гастроэнтероанастомоз с анастомозом Брауна на антральный отдел желудка, установлен зонд в отводящую петлю кишки для питания, выполнено дренирование брюшной полости.

В послеоперационном периоде больному проводилась медикаментозная терапия, парентеральное питание растворами «Хаймикс» и «Инфезол», энтеральное питания смесями «Унипит».

В ранний послеоперационный период по контрольному дренажу за сутки выделялось от 1 до 1,5 л дуоденального содержимого. К 20-м суткам количество отделяемого уменьшилось до 200 мл. Больному было разрешено питаться

энтерально — *per os*. Количество отделяемого не увеличилось. При КТ от 19.12.2007 г. диагностировано увеличение головки поджелудочной железы до 50 мм, множество кальцинатов. Полостных образований в проекции поджелудочной железы не выявлено.

Только активная хирургическая тактика и достаточно высокий уровень современной диагностики, присущий многопрофильному лечебному учреждению, позволяет избежать летального исхода при фатальном осложнении острого деструктивного панкреатита.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Филин В.И., Гидирим Г.П. Острый панкреатит и его осложнения. — Кишинев: Штиинца, 1982. — 146 с.
2. Кузин М.И., Данилов М.В., Благовидов Д.Ф. Хронический панкреатит. — М.: Медицина, 1985. — 361 с.

Поступила в редакцию 15.05.2008 г.