

© Г.М. Барванян, А.В. Усов, 2011
УДК 616.37-006.2-005.1-089

Г.М. Барванян, А.В. Усов

ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГУ Коми республиканская больница (главврач — К.А. Ушаков), г. Сыктывкар

Ключевые слова: кистозные образования поджелудочной железы, кровотечение, эндоваскулярная окклюзия, хирургическое лечение

Введение. Кровотечение из кист поджелудочной железы (КПЖ) является редким, но серьезным осложнением хронического панкреатита. Предпосылкой для развития подобных кровотечений является обильное кровоснабжение КПЖ. Возникновение или продолжение протеолитических и некролитических процессов в тканях стенки кисты ведет к аррозии сосуда и кровотечению в просвет кисты [4]. Ранее существовавшая КПЖ при этом фактически трансформируется в псевдоаневризму [12]. Другим патогенетическим механизмом является формирование ложной аневризмы артерий в проекции ПЖ, чаще всего в период разрешения деструктивного панкреатита [3]. Возникающее сообщение псевдоаневризмы с просветом желудочно-кишечного тракта или свободной брюшной полостью проявляется клиникой кровотечения. Летальность при этом осложнении достигает 60% [2]. Для окончательной остановки кровотечения из КПЖ применяют эндоваскулярную окклюзию источника кровотечения [8, 12] и хирургическое вмешательство [13, 14]. Убедительных доказательств в пользу одного из указанных методов нет.

Цель настоящей работы — оптимизация хирургической тактики путем разработки алгоритма диагностики и лечения больных с кровотечениями из КПЖ.

Материалы и методы. Исследование основано на ретроспективном анализе наблюдений кровотечения из КПЖ. С 1998 г. по 2010 г. в Коми республиканской больнице и Сыктывкарской городской больнице № 1 находились на лечении 10 больных с кровотечением из КПЖ. Возраст пациентов был от 37 до 66 лет. Для диагностики КПЖ применяли ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерную томографию (КТ) брюшной полости с болюсным контрастным усилением. Кровотечение диагностировали при фиброгастродуоденоскопии (ФГДС), КТ, УЗИ с дуплексным сканированием и селективной ангиографии чревного ствола и верхней брыжеечной артерии. Для остановки кровотечения

выполняли эндоваскулярную окклюзию источника кровотечения и хирургическое вмешательство. Для эмболизации использовали спирали Gianturco MReye (COOK). Ангиографию выполняли пациентам со стабильной гемодинамикой и при технической доступности метода.

Результаты и обсуждение. Хронический рецидивирующий панкреатит в анамнезе отмечен у всех 10 больных. КПЖ в анамнезе отмечены у 4 из них, причем у одного — была выполнена панкреатоцистогастростомия. ФГДС выполнена всем больным, УЗИ и КТ брюшной полости — у 8. Двум пациентам с продолжающимся кровотечением УЗИ и КТ брюшной полости не проводили. Ангиографию с эмболизацией источника кровотечения выполнили 4 больным. В таблице приведены характеристики КПЖ и выполненные вмешательства.

В ближайшем послеоперационном периоде умерли 2 больных. Одна больная (№ 2) умерла от рецидива кровотечения, второй (№ 7) — умер от острого инфаркта миокарда. Осложнения развились у 2 больных. У одного (№ 5) трижды рецидивировало кровотечение, затем образовался панкреатический свищ, у второй больной (№ 4) возник желчный свищ. Оба свища закрылись самостоятельно. Отдаленные результаты изучены у 9 пациентов в сроки от 6 мес до 12 лет. Рецидивов кровотечения не отмечено. Одна больная (№ 3) после прошивания сосуда КПЖ и гастроеюностомии через 11 мес повторно оперирована по поводу перфорации пептической язвы гастроеюноанастомоза. Второй больной (№ 6) умер через 2 года от отравления суррогатом алкоголя.

При наличии сообщения КПЖ с просветом желудочно-кишечного тракта (протоки ПЖ, спонтанное или ранее наложенное искусственное соустье) проявлением деструкции стенки сосуда являлось желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) различной степени тяжести. В нашем исследовании 7 больных поступили с клиникой ЖКК. У 1 из них клиника ЖКК сочеталась с симптомами гемоперитонеума. Трое больных

Характеристика кист поджелудочной железы и выполненные вмешательства

№ п/п и пол больного (в скобках)	Локализация и размеры, мм	Источник кровотечения	Вмешательства
1 (м)	Тело, хвост, 220×110	СОА, ЖСА	Субтотальная резекция желудка с удалением кисты
2 (ж)	Тело, хвост, 205×90	СОА, ЖСА	Тампонада кисты (2 операции)
3 (ж)	Головка, тело, 110×80	СОА	Лапаротомия, прошивание ветви СОА
4 (ж)	Головка, 60×50	ГДА	Эндоваскулярная эмболизация сосуда; лапаротомия, перевязка ГДА
5 (м)	Головка, 65×50	ГДА	Тампонада кисты (4 операции)
6 (м)	Хвост, 30×20	СА	Эндоваскулярная эмболизация сосуда; дистальная резекция ПЖ
7 (м)	Головка, 45×35	ГДА	Панкреатодуоденальная резекция
8 (м)	Головка, 25×20	ГДА	Панкреатодуоденальная резекция
9 (м)	Головка, 15×15	ГДА	Эндоваскулярная эмболизация сосуда
10 (м)	Хвост, 45×35	СА	Эндоваскулярная эмболизация сосуда; диагностическая лапаротомия

Примечание. СА — селезеночная артерия; СОА — средняя ободочная артерия; ГДА — гастродуоденальная артерия, ЖСА — желудочно-сальниковые артерии.

поступили с анемией, которой предшествовало ЖКК. При ФГДС источник кровотечения визуализирован у 9 пациентов. Установить точный диагноз кровотечения из КПЖ при ФГДС трудно [15]. У 6 больных источником кровотечения считались «язвы» желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Причем у 2 из них отмечена нетипичная локализация «язвы желудка» по большой кривизне. Только у 3 пациентов с учетом анамнеза (хронический кистозный панкреатит) установлен предположительный диагноз кровотечения из КПЖ.



Ангиография больного с кистой поджелудочной железы (объяснение в тексте).

Есть данные о высокой информативности (до 57,1%) КТ с болюсным контрастным усилением и УЗИ с дуплексным сканированием в диагностике кровотечений из КПЖ [2, 5, 16]. Другие авторы [12] считают эти исследования в плане диагностики кровотечения из КПЖ, особенно небольших размеров, и идентификации сосуда малоинформативным. В нашем исследовании УЗИ с дуплексным сканированием (3 больных) и КТ выявили источник кровотечения в КПЖ только у одного. Тем не менее, УЗИ и КТ очень важны, прежде всего, для диагностики полостного образования в проекции ПЖ. В 7 наблюдениях из 8 были подтверждены или выявлены КПЖ. Нетипичная локализация «язв» желудка и ДПК, ЖКК «неясного» генеза, «панкреатический» анамнез, предшествующие операции на ПЖ, наличие КПЖ, по данным УЗИ и КТ, должны наводить на мысль о кровотечении из полости КПЖ в просвет желудочно-кишечного тракта. В этих ситуациях, а также при подтверждении кровотечения из КПЖ при КТ и УЗИ с дуплексным сканированием мы выполняем селективную ангиографию с эмболизацией источника кровотечения. Информативность ангиографии как метода диагностики в нашей работе равна 100%, что согласуется с данными литературы [6]. У всех 4 больных, которым была выполнена ангиография, источник кровотечения из КПЖ верифицирован и произведена эмболизация сосуда. Есть сообщения [8, 12] об эффективности этого метода остановки кровотечения до 79–100%. В нашем исследовании попытка эндоваскулярной остановки кровотечения оказалась успешной лишь у 2 пациентов. У 1 больного с анемией УЗИ и КТ выявили только признаки хронического панкреатита без полостных образований в про-

екции ПЖ. Показанием к ангиографии у него был «панкреатический» анамнез, остановившееся ЖКК «язвенного» генеза и сохраняющийся выраженный болевой абдоминальный синдром, при ангиографии диагностирована псевдоаневризма ГДА и выполнена эмболизация сосуда (рисунок). Боли купировались в тот же день, и через 2 дня больной был выписан в удовлетворительном состоянии. По всей вероятности, сообщение выявленного полостного образования головки ПЖ с просветом ДПК было тромбировано на фоне предшествующей гемостатической терапии. Генез болевого синдрома был обусловлен напряженной гематомой в головке ПЖ.

При неуспехе рентгеноэндоваскулярного гемостаза или технической недоступности метода показана хирургическая операция. В нашем исследовании операции выполнены 9 больным. Спорным остается вопрос об объеме операции при кровотечениях из КПЖ. Ряд авторов [7, 11] считают оправданным только лигирование источника кровотечения и дренирование (наружное или внутреннее) кисты. Другие [10, 13], напротив, являются сторонниками радикальных операций с резекцией кисты. Мы согласны с авторами [9, 12], что тактика хирургического лечения в случаях кровотечения из КПЖ должна быть индивидуализирована. Одновременно с достижением гемостаза необходимо и устранить причины развития хронического панкреатита [1].

Радикальную операцию выполняют тогда, когда источник кровотечения в КПЖ верифицировать проблематично или невозможно осуществить гемостаз. Резецирующая операция позволяет остановить кровотечение и устранить симптомы хронического кистозного панкреатита. В нашем исследовании удаление кисты выполнено у 3 пациентов. У 1 больного стенка кисты тела и хвоста ПЖ была интимно сращена с задней стенкой желудка и брыжейкой поперечной ободочной кишки, при попытках удаления сгустков из полости кисты кровотечение возобновлялось, и локализовать источник кровотечения не представлялось возможным. У него была выполнена субтотальная дистальная резекция желудка с удалением КПЖ и селезенки. Двум пациентам с кровотечением из КПЖ небольших размеров головки и хвоста ПЖ осуществлены соответственно панкреатодуоденальная и дистальная резекции. При дистальной резекции ПЖ пациенту до операции была выполнена ангиография с эмболизацией СА. Хотя попытка эндоваскулярного гемостаза оказалась безуспешной, диагностика источника кровотечения позволила определить объем вмешательства до операции. В плане надежности гемостаза операция, резецирующая КПЖ, была

признана целесообразней, чем лигирование сосуда на протяжении. Рецидивов кровотечения после радикальных операций не было. Следует отметить, что такие вмешательства технически сложны и требуют высокой квалификации хирурга.

Тампонада полости КПЖ, осложненной кровотечением, при невозможности локализовать источник кровотечения в глубине кисты должна быть исключена из арсенала хирурга. В плане достижения окончательного гемостаза это полумера, заведомо обреченная на неуспех. У 1 пациентки безуспешные попытки остановки кровотечения прошиванием сосудов кисты были завершены тампонадой полости кисты. Достичь окончательного гемостаза не удалось. Больная погибла от рецидива кровотечения. Второму больному тампонаду полости кисты выполняли 4 раза. В итоге гемостаз был достигнут. Тем не менее, остановка кровотечения после тампонады — скорее счастливый случай, чем закономерный итог. Подобный объем вмешательства в нашем исследовании не зависел от состояния пациента, а определялся только возможностями оперирующего хирурга. Единственным показанием к тампонаде кровоточащей КПЖ может быть временный гемостаз до прибытия хирурга, владеющего вмешательствами на ПЖ.

Если источник кровотечения верифицирован (при ангиографии или на операции), то достаточно надежно остановить кровотечение можно лигированием аррозированного сосуда на протяжении или прошиванием непосредственно в полости кисты. При этом существующее спонтанное или ранее наложенное соустье при технической возможности следует расширить с целью адекватного внутреннего дренирования полости кисты. В нашем исследовании подобная тактика применена в 2 наблюдениях. Одна больная с псевдоаневризмой ГДА оперирована после безуспешной попытки эндоваскулярной окклюзии сосуда, ей выполнены перевязка ГДА, расширение спонтанного цистодуоденального соустья до 3 см и подпривратниковое выключение ДПК по А.Г.Земляному. Следует отметить, что диагностика псевдоаневризмы ГДА при ангиографии исключила необходимость интраоперационного поиска источника кровотечения, что в таких ситуациях нередко является достаточно сложной задачей. У второй — с клиникой рецидива ЖКК и гемоперитонеума на операции при ревизии кисты удалось визуализировать и прошить аррозированный сосуд стенки кисты. Ранее наложенное внутреннее соустье кисты с желудком было расширено до 5 см. Из-за вскрытия просвета и десерозирования ДПК на большом протяжении дополнительно был сформирован передний

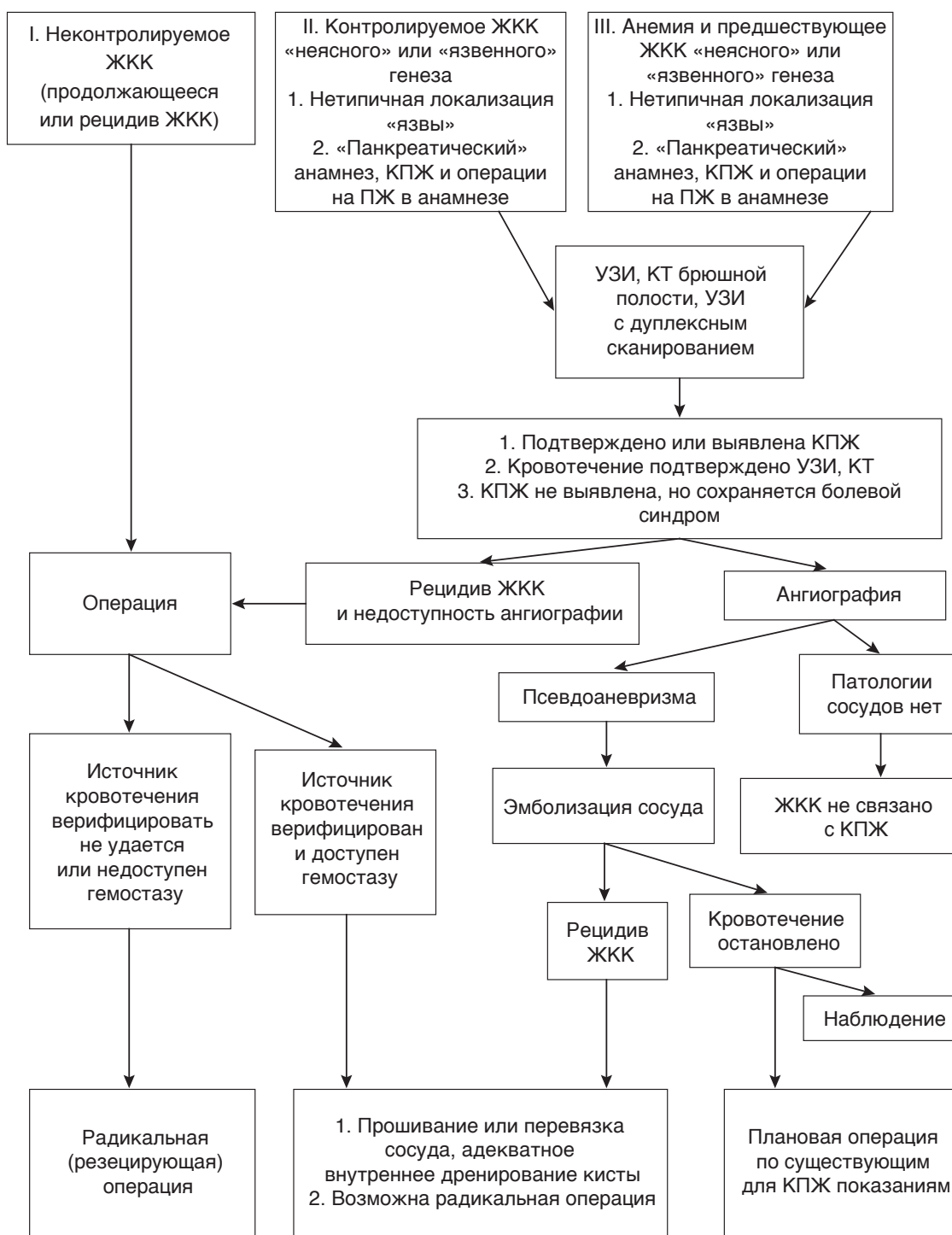


Схема алгоритма диагностики и лечения кровотечений из КПЖ.

гастроэнтероанастомоз с брауновским соустьем. Выключение дуоденального пассажа у обоих пациентов выполняли из-за опасности несостоятельности швов на ДПК и возможного сужения просвета кишки.

Больных без признаков рецидива ЖКК после коррекции анемии оперируют в плановом порядке, если имеются соответствующие для КПЖ

показания. По таким показаниям операции выполнены 2 больным. Одному больному с кистозным поражением головки ПЖ в плановом порядке сделана панкреатодуоденальная резекция. При исследовании макропрепарата полость кисты была заполнена плотным сгустком крови. В данном наблюдении кровотечение остановилось самостоятельно в результате спонтанного тромбоза

полости кисты. Второй пациент оперирован после успешной ангиографической эмболизации СА по поводу сохраняющегося болевого синдрома. Из-за высокой травматичности попыток разделения плотного инфильтрата в левом поддиафрагмальном пространстве вмешательство ограничилось ревизией брюшной полости. Отмечен хороший эффект последующего консервативного лечения. Следует отметить, что у данного пациента надежный гемостаз был достигнут эндоваскулярной окклюзией псевдоаневризмы СА, и операцию можно было не выполнять.

Анализируя собственный опыт и данные литературы, мы предлагаем диагностический и лечебный алгоритм при кровотечениях из КПЖ (схема).

Выводы. 1. Кровотечения «неясного» или «язвенного» генеза из верхних отделов желудочно-кишечного тракта при наличии «панкреатического анамнеза», болевом синдроме в верхних отделах живота могут быть обусловлены осложнением псевдоаневризм артерий в проекции ПЖ.

2. Для диагностики кровотечения из КПЖ показаны ФГДС, УЗИ с дуплексным сканированием, КТ с болюсным контрастным усилением и ангиография бассейнов чревного ствола и верхней брыжеечной артерии.

3. Ангиография позволяет верифицировать источник кровотечения и при успехе последующей эндоваскулярной окклюзии достичь окончательного гемостаза.

4. Хирургическое лечение выполняется при: а) продолжающемся или повторном кровотечении; б) безуспешной попытке эндоваскулярной окклюзии сосуда или технической недоступности ангиографии; в) по существующим для КПЖ показаниям при успешном эндоваскулярном гемостазе.

5. Верификация источника кровотечения при ангиографии существенно облегчает выполнение последующего хирургического гемостаза.

6. Операция позволяет надежно ликвидировать источник кровотечения и устранить причины хронического кистозного панкреатита.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. — М.: Медицина, 1995. — 512 с.
2. Корнилов Н.Г., Чикотеев С.П., Прокопьев М.В. и др. Хирургия хронического кистозного панкреатита, осложненного кровотечением в просвет кисты // Хирургия. — 2010. — № 5. — С. 25–32.
3. Федоров В.Д., Кригер А.Г., Цыганков В.Н. и др. Лечение больных с хроническим панкреатитом, осложненным ложными
- аневризмами артерий бассейна чревного ствола // Вестн. хир. — 2010. — № 1. — С. 44–52.
4. Филин В.И. Острые заболевания и повреждения поджелудочной железы. — Л.: Медицина, 1982. — 248 с.
5. Balthazar E., Fisher L. Hemorrhagic complications of pancreatitis: radiologic evaluation with emphasis on CT imaging // Pancreatology. — 2011. — № 1. — P. 306–313.
6. Beattie G., Hardman J., Redhead D. et al. Evidence for a central role for selective mesenteric angiography in the management of the major vascular complications of pancreatitis // Am. J. Surg. — 2003. — Vol. 185. — P. 96–102.
7. Bender J., Bouwman D., Levison M. et al. Pseudocysts and pseudoaneurysms: Surgical strategy // Pancreas. — 1995. — № 10. — P. 143–147.
8. Bose S., De Bakshi S., Banerjee A. et al. Three cases of massive bleeding from pancreatic pseudocysts // HPB. — 2003. — № 2. — P. 114–117.
9. Fujii Y., Shimada H., Endo I. Management of massive arterial hemorrhage after pancreatobiliary surgery: Does embolotherapy contribute to successful outcome? // J. Gastrointest. Surg. — 2007. — № 11. — P. 432–438.
10. Gambiez L., Ernst J., Merlier A. et al. Arterial embolization for bleeding pseudocysts complicating chronic pancreatitis // Arch. Surg. — 1997. — Vol. 132. — P. 1016–1021.
11. Hamel A., Parc R., Adda G. et al. Bleeding pseudocysts and pseudoaneurysms in chronic pancreatitis // Brit. J. Surg. — 1991. — Vol. 78. — P. 1059–1063.
12. Hsu J., Yeh C., Hung C. et al. Management and outcome of bleeding pseudoaneurysm associated with chronic pancreatitis // BMC Gastroenterology. — 2006. — № 6. — P. 1–7.
13. De Perrot M., Berney T., Buhler L. et al. Management of bleeding pseudoaneurysms in patients with pancreatitis // Brit. J. Surg. — 1999. — Vol. 86. — P. 29–32.
14. Reber P., Patel A., Baer H. et al. Acute hemorrhage in chronic pancreatitis: diagnosis and treatment options including superselective microcoil embolization // Pancreas. — 1999. — № 18. — P. 399–402.
15. Toyoki Y., Hakamada K., Narumi S. et al. Hemosuccus pancreaticus: Problems and pitfalls in diagnosis and treatment // World J. Gastroenterol. — 2008. — № 7. — P. 2776–2779.
16. Vimalraj V., Kannan D.G., Sukumar R. et al. Haemosuccus pancreaticus: diagnostic and therapeutic challenges // HPB. — 2009. — № 4. — P. 345–350.

Поступила в редакцию 12.07.2011 г.

G.M.Barvanyan, A.V.Usov

TREATMENT OF BLEEDINGS FROM CYSTIC FORMATIONS OF THE PANCREAS

Treatment of 10 patients with bleedings from the pancreatic cysts was analyzed. Angiography with endovascular occlusion of the source of bleeding was used in 4 patients. Hemostasis was achieved in 2 patients. Emergency operations were made on 7 patients with continuing and repeated bleedings, and unsuccessful attempts of roentgen-endovascular treatment. Two patients after correction of anemia were subjected to planned operations according to the indications accepted for chronic cystic pancreatitis. The operation allows reliable liquidation of the source of bleeding and the symptoms of chronic pancreatitis.