

ТРУДНОСТИ И ВОЗМОЖНОСТЬ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ОСТАНОВКИ АРРОЗИВНОГО
КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКОЙ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шапкин Ю.Г., Старчихина Д.В.*, Рябова А.В.

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ

им. В.И. Разумовского», Саратов

DOI: 10.25881/20728255_2025_20_1_156

Резюме. Аррозивное кровотечение при панкреонекрозе является редким, однако, жизнеугрожающим состоянием ввиду отсутствия четкой артериографической локализации источника. Большинство кровотечений возникает на фоне инфицированного панкреонекроза, а также псевдокисты поджелудочной железы, которые формируются вследствие деструкции протоковой системы. Наиболее частыми причинами геморрагических осложнений панкреонекроза являются псевдоаневризмы сосудов, участвующих в кровоснабжении поджелудочной железы, с их прорывом в свободную брюшную полость, забрюшинное пространство, в просвет желудочно-кишечного тракта, а также аррозии панкреатических сосудов, вовлеченных в инфильтративно-воспалительный процесс. Описаны единичные случаи эндоваскулярной эмболизации в лечении аррозивных парапанкреатических кровотечений при наличии круглосуточной ангиографической службы в дежурном хирургическом стационаре. На сегодняшний день в клинической практике отсутствует определенная тактика ведения пациентов с аррозивными кровотечениями из кист поджелудочной железы, что подчеркивает актуальность проблемы. Демонстрируется наблюдение интраоперационной остановки аррозивного парапанкреатического кровотечения в условиях дежурного хирургического стационара, лишённого ангиографической круглосуточной службы. Оно акцентирует трудности в хирургической идентификации источника кровотечения и возможные пути решения.

Ключевые слова: аррозивные парапанкреатические кровотечения, панкреонекроз.

DIFFICULTIES AND THE POSSIBILITY OF INTRAOPERATIVE ARREST
OF EROSIIVE BLEEDING FROM A POSTNECROTIC PANCREATIC CYST

Shapkin Yu.G., Starchikhina D.V.*, Ryabova A.V.

Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Saratov

Abstract. Arrosive bleeding of pancreatonecrosis is a rare, however, life-threatening condition due to the lack of a clear arteriographic localization of the source. Most bleeding occurs against the background of infected pancreatic necrosis, as well as pseudocysts of the pancreas, which are formed due to the destruction of the ductal system. The most common causes of hemorrhagic complications of pancreatic necrosis are pseudoaneurysms of vessels involved in the blood supply of the pancreas, with their breakthrough into the free abdominal cavity, retroperitoneal space, into the lumen of the gastrointestinal tract, as well as arrosias of pancreatic vessels involved in the infiltrative inflammatory process. The literature describes isolated cases of endovascular embolization in the treatment of arrosive parapancreatic bleeding in the presence of a round-the-clock angiographic service in a surgical hospital on duty. Today there is no specific management tactics in clinical practice for patients with erosive bleeding from pancreatic cysts, which underlines the urgency of the problem. The observation of intraoperative arrest of arrosive parapancreatic bleeding in a surgical hospital on duty, devoid of round-the-clock angiographic service, is demonstrated. It highlights the difficulties in surgically identifying the source of bleeding and possible solutions.

Keywords: arrosive parapancreatic bleeding, pancreatic necrosis.

Актуальность

Вопросы интраоперационной остановки аррозивного парапанкреатического кровотечения представляют серьезные затруднения для дежурных urgentных хирургов [1; 3; 4]. Существует мнение, что эти вопросы в современных условиях можно решить лишь в специализированных хирургических стационарах, на базе которых имеется рентгенэндоваскулярная операционная и мультиспиральный компьютерный томограф [2; 5]. Однако большинство пациентов с аррозивными парапанкреатическими кровотечениями поступают в дежурные хирургические районные и городские больницы, лишённые возможности оказания высокотехнологической эндоваскулярной помощи пациентам [3; 4]. В данном случае прибегают к вынужденным оперативным вмешательствам – лапаротомии с возможным прошиванием или лигированием кровоточащего сосуда или резекции органа, или тугой тампонаде [3;4]. Мы встретились с подобной сложностью хирургического гемостаза при аррозивном парапанкреатическом кровотечении у пациента 53 лет.

Цель: показать возможности эффективного хирургического гемостаза

при аррозивном кровотечении из кисты поджелудочной железы при невозможности селективной эндоваскулярной эмболизации.

Пациент П., 53 лет, госпитализирован в ГУЗ СГКБ №6 в хирургическое отделение 21.08.2024 с клиникой внутрибрюшного кровотечения в тяжелом состоянии через 3 часа от начала заболевания. При поступлении гемодинамика с тенденцией к гипотонии: АД 90 и 60 мм рт. ст., пульс 110 в мин. В ОАК – анемия средней тяжести (гемоглобин 80 г/л). По данным УЗИ брюшной полости – гастростаз, свободная жидкость в брюшной полости.

Из анамнеза известно, что в 2022 г. пациент находился на стационарном лечении в ГУЗ СГКБ №6 в хирургическом отделении с диагнозом: сосудистая болезнь кишечника. Сегментарный тромбоз в бассейне а.Mezenenterica sup. Гангрена подвздошной кишки. 31.08.2022 – лапаротомия, резекция подвздошной кишки со «слепым» оральным и аборальным закрытием, санация и дренирование брюшной полости, лапаростомия. 2.09.2022 – «программная» релапаротомия №1, илеоилеостомия, редренирование брюшной полости. 12.09.2022

выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. В апреле 2024 г. у пациента диагностирована транзиторная ишемическая атака в правом каротидном бассейне, в связи, с чем он был госпитализирован в дежурный неврологический стационар. На фоне инфузионной, ноотропной, спазмолитической терапии неврологическая симптоматика была купирована, и пациент выписан для дальнейшего амбулаторного лечения. С 1.05.2024 по 13.05.2024 он находился на стационарном лечении в хирургическом отделении в ГУЗ СГКБ №6 с диагнозом: острый деструктивный панкреатит. Оментобурсит. Парапанкреатит. На фоне спазмолитической, инфузионной, антисекреторной терапии болевой синдром купировался, отмечена положительная динамика ультразвуковой картины и нормализация лабораторных показателей, в связи, с чем пациент был выписан из стационара. Однако он пренебрег рекомендациями: не соблюдал диету, не встал на учет к хирургу амбулаторно, не принимал назначенные лекарственные препараты, не выполнял амбулаторно контроль анализов и УЗИ брюшной полости.

21.08.2024 пациент вновь поступил в дежурный хирургический стационар

* e-mail: starchihinadasha@mail.ru

ГУЗ СГКБ №6 в тяжелом состоянии с клиникой внутрибрюшного кровотечения, в связи, с чем был оперирован по жизненным показаниям в экстренном порядке.

Интраоперационно выявлено, что причина гемоперитонеума – аррозивное кровотечение в полость кисты поджелудочной железы с прорывом кисты в свободную брюшную полость. Объем интраоперационной кровопотери составил 2 л. Однако точная визуальная идентификация источника кровотечения с его прошиванием или лигированием в условиях инфильтративно-некротического парапанкреатического процесса, геморрагического шока невозможна, поэтому принято решение о тугом тампонирующей полости кисты поджелудочной железы пленкой, санации и дренировании брюшной полости. Оперативное вмешательство завершено формированием лапаростомы. В послеоперационном периоде продолжено лечение пациента в отделении реанимации, где продолжена инфузионно-трансфузионная терапия. 23.08.2024 выполнена «программная» релапаротомия №1, удаление из полости кисты поджелудочной железы «операционной пленки». При этом отмечена диффузная кровоточивость по ходу малого сальника, в проекции тела и хвоста поджелудочной железы, в связи с чем выполнено ретампонирующее полости кисты 4 марлевыми салфетками, санация и редренирование брюшной полости, лапаростомия. 26.08.2024 – «программная» релапаротомия №2 с удалением марлевых салфеток из полости кисты. Гемостаз достигнут. Выполнена санация и редренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал гладко, удалены все дренажи из брюшной полости, кроме дренажа, установленного в сальниковую сумку, так как по нему сохранялся сброс панкреатического содержимого до 250–300 мл в сутки. 10.09.2024 пациент был выписан из хирургического стационара в удовлетворительном состоянии с вероятным формированием наружного панкреатического свища. Рекомендовано ежемесячное посещение отделения для определения дальнейшего варианта лечебной тактики.

Обсуждение

Течение панкреонекроза, осложненного аррозивным кровотечением, всегда связано с высоким риском летального исхода [1; 3; 4]. Большинство кровотечений возникает на фоне инфицированного панкреонекроза или псевдокисты подже-

лудочной железы [4]. Как правило, основными источниками геморрагических осложнений при остром деструктивном панкреатите являются селезеночная, панкреатодуоденальная или гастродуоденальная артерия или их ветви [4].

Несмотря на современные достижения в диагностике и лечении панкреонекроза тактика оказания медицинской помощи пациентам с аррозивными парапанкреатическими кровотечениями в настоящее время не определена и находится на стадии обсуждения. Сегодня рентгенэндоваскулярные методы лечения являются «золотым» стандартом остановки такого кровотечения при остром деструктивном панкреатите [4; 5]. Они включают внутриартериальную инфузию лекарственных средств и эмболизацию сосудов, кровоснабжающих поджелудочную железу. Традиционные оперативные вмешательства носят лишь вынужденный характер [4]. Проблему геморрагических осложнений панкреонекроза в современных условиях можно решить лишь в условиях специализированных хирургических стационаров [2; 4; 5]. Вместе с тем многие пациенты лишены такой возможности, поскольку госпитализируются в экстренном порядке в дежурные районные и городские хирургические больницы. Единственным способом остановки аррозивного кровотечения в большинстве таких отделений служит тугое тампонирующее полости кисты поджелудочной железы. К сожалению, подобные оперативные вмешательства не являются единичными. Необходимо выполнение повторных, «программированных» релапаротомий с целью оценки эффективности достигнутого гемостаза, возможного ретампонирующего или окончательного удаления тампонов.

Таким образом, геморрагические осложнения панкреонекроза представляют серьезную проблему в urgentной хирургии, а выбор метода лечения напрямую зависит от тяжести пациента и степени оснащенности хирургического стационара.

Заключение

Данное клиническое наблюдение демонстрирует трудность и, в то же время, возможность интраоперационной остановки аррозивного парапанкреатического кровотечения в стационаре, лишенном возможности рентгенэндоваскулярной хирургии, что в свою очередь позволит, в ряде случаев, избежать летальных исходов у пациентов с геморрагическими осложнениями панкреонекроза.

Соответствие нормам этики. Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо (The authors confirm that the rights of people who participated in the study are respected, including obtaining informed consent in cases where it is necessary).

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Gupta V, et al. Haemorrhage complicating the course of severe acute pancreatitis. Annals of hepato-biliary-pancreatic Surgery. 2020; 24(3): 292-300.
2. Tang MY, et al. MR imaging of haemorrhage associated with acute pancreatitis. Pancreatology. 2018; 18: 363-369.
3. Артемьева Н.Н., Коханенко Н.Ю., Петрик С.В. и др. Геморрагические осложнения хронического панкреатита // Анн. хирург. гепатолог. – 2012. – Т.17, №4. – С.41-48. [Artemyeva NN, Kohanenko NYu, Petrik SV, et al. Hemorrhagic complications of chronic pancreatitis. Ann. the surgeon. a hepatologist. 2012; 17(4): 41-48. (In Russ.)]
4. Неледова Н.А., Мизгирев Д.В., Дуберман Б.Л. Геморрагические осложнения панкреатита в хирургической практике // Вестник хирургии. – 2019. – Т.178. – №1. – С.55-58. [Neledova NA, Mizgirev DV, Duberman BL. Hemorrhagic complications of pancreatitis in surgical practice. Bulletin of surgery. 2019; 178(1): 55-58. (In Russ.)]
5. Серверцев А.Н., Вечорко В.И., Репин И.Г., Аносов В.Д. и др. Первый опыт использования эмболизации и системного введения факторов свертывания в комплексном лечении рецидивного аррозивного кровотечения при панкреонекрозе // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2024. – Т.1. – С.133-136. [Svertsev AN, Vechorko VI, Repin IG, Anosov VD, et al. The first experience of using embolization and systemic administration of coagulation factors in the complex treatment of recurrent erosive bleeding in pancreatic necrosis. Kremlin medicine. Clinical Bulletin. 2024; 1: 133-136. (In Russ.)]