

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

© Коханенко Николай Юрьевич¹, Артемьева Нина Николаевна¹,
Зеленин Вячеслав Викторович², Глебова Анна Валерьевна^{1,2}, Кашинцев Алексей Ариевич^{1,2},
Вавилова Ольга Григорьевна^{1,2}, Эшметов Шухрат Рузметович¹

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2.

² Городская Мариинская больница. 191104, Санкт-Петербург, Литейный пр., д. 56

E-mail: kohanenko@list.ru

Ключевые слова: хронический панкреатит; осложнения хронического панкреатита; кровотечение при хроническом панкреатите; рентгеноэндоваскулярное лечение.

ВВЕДЕНИЕ

Кровотечение осложняет хронический панкреатит (ХП) в 5–17% случаев. Высокая протеолитическая активность панкреатического сока способствует аррозии мелких или крупных артериальных сосудов в стенке псевдокисты (ПК), формированию ложных аневризм (ЛА). Они развиваются чаще всего из селезеночной, гастродуоденальной артерий и их ветвей. Реже поражаются печеночная, левая желудочная, верхняя брыжеечная артерии. Герметичность ЛА быстро нарушается. К этому может привести обострение ХП и даже небольшая травма. Летальность при кровотечении из ЛА высока и достигает 60–80%.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ причин кровотечения у больных ХП и оценка эффективности различных методов его остановки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 1990 года по 2016 год были оперированы 632 больных хроническим панкреатитом в возрасте 23–65 лет. Среди них у 404 (63,9%) имелись псевдокисты поджелудочной железы, в 75 случаях (17,3%), осложненные кровотечением. Оперированы были 49 больных (1 группа), только рентгеноэндоваскулярное лечение (РЭВЛ) выполнено 11 пациентам и еще 10 — операцию на ПЖ выполняли после эмболизации кровоточащего сосуда (2 группа — 21 больной).

Хронический панкреатит, осложненный кровотечением, имел следующие проявления: кровотечение в просвет псевдокисты отмечено у 22 больных (31,4%), разрыв псевдокисты с кровотечением в полый орган — у 30 (42,8%),

в брюшную полость — у 10 (14,3%), забрюшинное пространство — у 6 пациентов (8,6%), в плевральную полость — у 2 (2,8%).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В первой группе были выполнены следующие операции: 18 (36,8%) — прошивание кровоточащего сосуда, наружное дренирование и тампонирование псевдокисты, наружное дренирование протока поджелудочной железы — у 8 (17,0%), 7 (14,5%) — прошивание кровоточащего сосуда и продольная панкреатикоеюностомия, 8 (15,5%) — левосторонняя резекция поджелудочной железы, у 2 (4,1%) — панкреатодуоденальная резекция, 2 (4,1%) — срединная резекция, 4 (8,1%) — прошивание селезеночной артерии, спленэктомия и наружное дренирование псевдокисты. Умерли 4 (8,1%) больных с тяжелым кровотечением.

У 21 пациента второй группы было применено рентгеноэндоваскулярное лечение: в 11 (52,4%) случаях выполнена эмболизация селезеночной артерии, в 7 (33,3%) — желудочно-двенадцатиперстной артерии, в 3 (14,3%) — желудочно-двенадцатиперстной дуги. У 11 (52,4%) больных эмболизация ложной аневризмы была единственным видом вмешательства, в 10 (47,6%) случаях РЭВЛ использовалось в комплексе с хирургическим лечением. Умер 1 больной (4,7%) вследствие запоздалого РЭВЛ при тяжелых постгеморрагических осложнениях. Общая летальность при геморрагических осложнениях хронического панкреатита составила 7,1%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, хирургическая тактика при хроническом панкреатите, осложненном

кровотечением была направлена, главным образом, на окончательную остановку кровотечения, устранение протоковой гипертензии и дренирование псевдокисты.. Наиболее надежным способом в достижении этой цели являет-

ся рентгенэндоваскулярное лечение, которое не исключает в последующем и открытой операции на ПЖ. По показаниям использовали также малоинвазивные способы дренирования дренирования протоков и псевдокист.