

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ДИАГНОСТИКА И ГЕМОСТАЗ ПРИ АРРОЗИВНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ СТВОЛА СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ В ПРОСВЕТ ПАНКРЕАТИКО-ЭНТЕРОАНАСТОМОЗА У БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

С.А. Ивануса – д.м.н., профессор, начальник кафедры общей хирургии
М.В. Лазуткин – к.м.н., докторант при кафедре общей хирургии
С. А. Алентьев – д.м.н., докторант при кафедре общей хирургии
Д.П. Шершень – к.м.н., начальник отделения кафедры общей хирургии
Д.В. Кандыба – начальник рентгеноэндоваскулярного отделения кафедры нейрохирургии

ФГБ ВОУ ВПО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
 Кафедра общей хирургии, Россия, Санкт-Петербург
 194044, Россия, Санкт-Петербург. Ул. Академика Лебедева, д.6

В статье приводится достаточно редкое клиническое наблюдение успешного эндоваскулярного гемостаза аррозивного кровотечения из ствола селезеночной артерии в просвет панкреатико-энтероанастомоза в раннем послеоперационном периоде у больного с хроническим постнекротическим панкреатитом.

Ключевые слова: аррозивное кровотечение, псевдоаневризма, гемостаз.

ENDOVASCULAR DIAGNOSTICS AND HAEMOSTASIS OF SPLENIC ARTERY ARROSIVE BLEEDING INTO PANCREATIC ENTEROANASTOMOSIS IN PATIENT WITH CHRONIC POSTNECROTIC PANCREATITIS

Ivanusa S.A. – MD, Professor, head of chair of general surgery
Lasutkin M.V. – MD, PhD
Alentev S.A. – MD, PhD, professor
Shershen D.P. – MD, PhD
Kandyba D.V. – MD

Military Medical Academy, Chair of General Surgery, St. Petersburg, Russia
 Academic Lebedev str., 6, St. Petersburg, Russia, 194044

Article describes a rare clinical case: a successful endovascular haemostasis of splenic artery arrosive bleeding into pancreatic enteroanastomosis in early postoperative period in patient with chronic postnecrotic pancreatitis.

Key-words: arrosive bleeding, pseudoaneurysm, haemostasis.

Введение

Аррозивные артериальные кровотечения при острых и хронических панкреатитах встречаются у 2–10% больных. Наличие крупных артериальных сосудов в зоне поджелудочной железы, массивный ферментативный лизис и гнойно-некротические процессы в парапанкреатической клетчатке при деструктивных панкреатитах, хроническое воздействие панкреатических энзимов на артериальные сосуды, прилегающие к псевдокистам, лежат в основе патогенеза данного грозного осложнения. Летальность при аррозивных кровотечениях, по данным различных авторов, составляет 50–70% [1–6]. В отечественной и зарубежной литературе наиболее часто описывают клинические наблюдения кровотечений в просвет постнекротических кист поджелудочной железы, с формированием артериальных псевдоаневризм, или *Hemosuccus*, и аррозивных кровотечений при деструктивных формах острого панкреатита [7–10]. Несмотря на то, что публикации по данному вопросу достаточно малочисленны, а в приводимых анализах многолетней работы стационаров число наблюдений не превышает 25, во всех работах демонстрируется высокая эффективность эндоваскулярного гемостаза при аррозивных кровотечениях. В настоящее время своевременная рентгеноэндоваскулярная диагностика и гемостаз позволяют снизить летальность при развитии геморрагических осложнений до 15% у больных с острыми и хроническими панкреатитами [11–14].

Клиническое наблюдение

Больной А.Ю., 39 лет, в 2007 г. перенес очаговый панкреонекроз, по поводу чего находился на стационарном лечении в одной из районных больниц г. Санкт-Петербурга. В течение месяца больному проводилась консервативная терапия с положительным эффектом. После выписки из стационара, пациент госпитализировался в различные лечебные учреждения города по поводу рецидивирующего хронического панкреатита 3–4 раза в год. В клинику общей хирургии Военно-медицинской академии больной обратился в апреле 2009 г. с жалобами на боли в эпигастральной и мезогастральной областях опоясывающего характера, потерю веса на 10 кг за 12 месяцев.

При комплексном клинико-инструментальном и лабораторном обследовании, включавшем кроме рутинных методов исследование уровней онкомаркеров в крови (СА-19-9 – 18,1 МЕ/мл, АФП – 1,47 МЕ/мл, РЭА – 5,04 нг/мл), МСКТ брюшной полости, ЯМР-холангиографию, у больного сфор-

мулирован диагноз: Хронический постнекротический индуративный панкреатит. Вирсунголитиаз. Стриктура терминального отдела общего желчного протока (рис.1,2).



Рис. 1. СК-томограмма. Множественные конкременты в главном панкреатическом протоке.

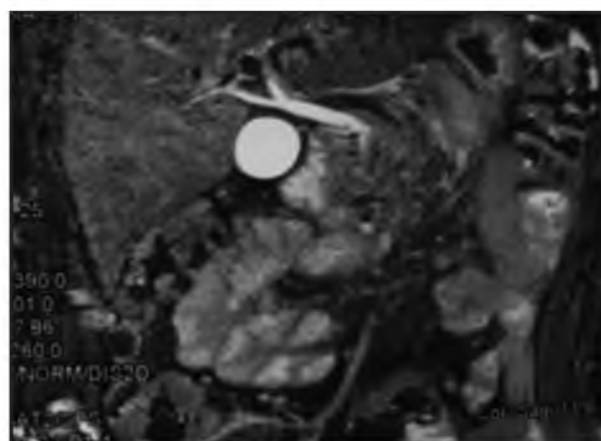


Рис. 2. ЯМР-холангиограмма. Структура терминального отдела общего желчного протока.

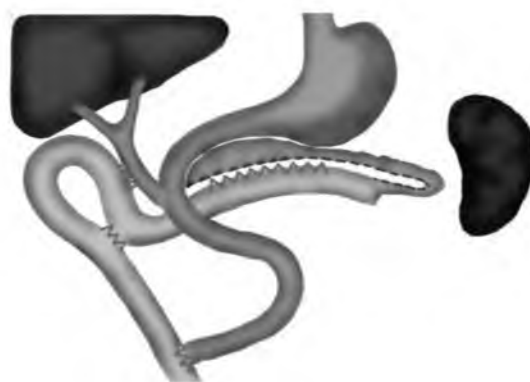


Рис. 3. Схема оперативного вмешательства.

14.05.2009 г. больному выполнена эндоскопическая супрапапиллярная сфинктеротомия, после выполнения которой пациент отметил исчезновение болевого синдрома, улучшение общего самочувствия. В последующем, в мае 2009 г., пациент был повторно госпитализирован в клинику с жалобами на выраженные боли в верхнем отделе живота, тошноту. На фоне проводимой консервативной терапии болевой синдром был купирован. В течение 3 месяцев пациент отмечал сохранение ноющих болей в эпигастральной области, усиливающихся после



Рис. 4. Рентгеноцелиакография. Экстравазация контрастного препарата из селезеночной артерии.

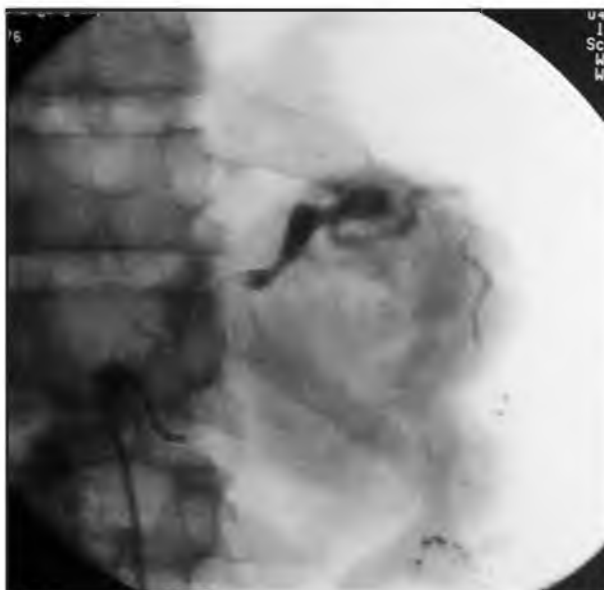


Рис. 5. Тотальная окклюзия ствола селезеночной артерии клеевой композицией «ГИСТАКРИЛ».

незначительных погрешностей в диете и нервно-эмоциональных напряжений. Учитывая наличие у больного хронического постнекротического индуктивного панкреатита, вируснолитиаза, стриктуры терминального отдела общего желчного протока, отсутствия эффекта от проводимого консервативного лечения, 21.10.2009 г. больному выполнено оперативное вмешательство: лапаротомия. Вируснолитомия. Вируснолитомияэкстракция. Наложение продольного панкреатико-еюноанастомоза. Наложение гепатико-еюноанастомоза на отключенной петле по Ру с межкишечным соустьем по Брауну (рис. 3).

Послеоперационный период протекал без осложнений, заживление операционной раны произошло первичным натяжением, кожные швы сняты на 8-е сутки. На 14-е послеоперационные сутки (04.11.2009 г.) у больного диагностировали признаки массивного желудочно-кишечного кровотечения, со снижением артериального давления до 80/40 мм.рт.ст., уровня гемоглобина до 45 г/л. На фоне начатой интенсивной инфузионно-трансфузионной и гемостатической терапии, больному выполнена фиброгастродуоденоскопия, при которой выявлены разрывы слизистой оболочки пищевода-желудочного перехода и язва малой кривизны желудка, данных за продолжающееся кровотечение не получено. Учитывая клиническую картину профузного продолжающегося кровотечения, для исключения наличия конкурирующего источника кровотечения в верхних отделах желудочно-кишечного тракта, больному 04.11.09 г.

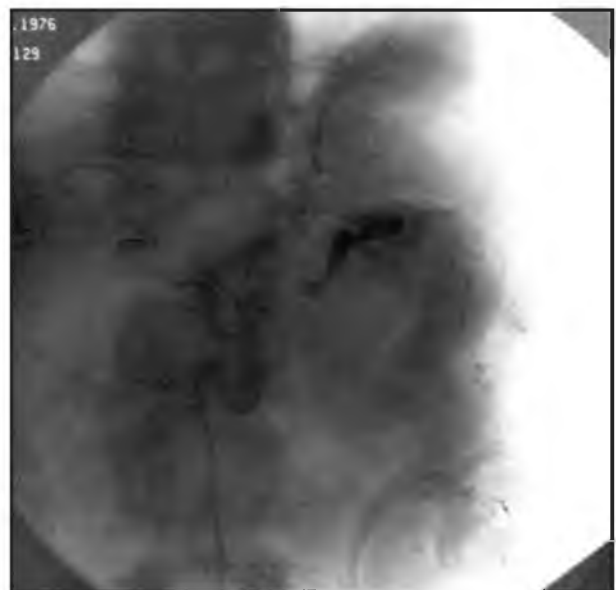


Рис. 6. Контрольная целиакография. Отсутствие экстравазации контрастного препарата.

выполнена рентгеноцилиакография, при которой выявлено интенсивное поступление контрастного препарата из средней трети ствола селезеночной артерии в просвет тонкой кишки (рис. 4). С целью гемостаза выполнена эмболизация ствола селезеночной артерии клеевой композицией Гистакрил (рис. 5).

При контрольной рентгеноангиографии поступления контрастного препарата в просвет кишки не отмечено (рис. 6). На фоне проведения интенсивной комплексной терапии, включавшей трансфузию 2100 мл эритроконцентрата и 5400 мл свежезамороженной плазмы, состояние больного стабилизировалось. В связи с развившемся инфарктом

селезенки, формированием поддиафрагмального абсцесса слева 12.11.09 г. больному выполнена спленэктомия, вскрытие и дренирование поддиафрагмального абсцесса слева, дренирование брюшной полости. Пациент выписан из стационара 13.12.09 г.

Приведенное клиническое наблюдение демонстрирует высокую эффективность эндоваскулярных методов диагностики и гемостаза при аррозивном кровотечении у больного с хроническим постнекротическим панкреатитом и подтверждает необходимость наличия рентгеноинтервенционных технологий в арсенале стационаров, занимающихся вопросами хирургической панкреатологии. ■

Список литературы

1. Кармазановский Г.Г. и др. Аневризмы висцеральных сосудов и аррозивные кровотечения в полость постнекротических кист поджелудочной железы. *Ж. Анналы хирургической гепатологии.* 2007; 12(2) 85–95.
2. Alfredo F.T. Acute pancreatitis at the beginning of the 21st century: The state of the art. *World J. Gastroenterol.* 2009; 28 (15(24)): 2945–2959.
3. Губергриц Н.Б. и др. Сосудистые заболевания поджелудочной железы и сосудистые осложнения панкреатической патологии: лучевые, сонографические и морфологические сопоставления (обзор литературы). *Ж. Медицинская визуализация.* 2005; 5: 11–21.
4. Andersson E., D. Ansari, R. Andersson. Major haemorrhagic complications of acute pancreatitis. *The British journal of surgery.* 2005; 97(9): 1379–84.
5. De Perrot M., T. Berney, L. Buchler Management of bleeding pseudoaneurysms with pancreatitis. *Brit. J. Surg.* 1999; 86: 29–32.
6. Vimalraj V., D.G. Kannan, R. Sukumar. Haemosuccus pancreatitis: diagnostic and therapeutic challenges. *HPB.* 2009; 4: 345–350.
7. Кригер А.Г., Кармазановский Г.Г., Коков Л.С. Ложные аневризмы артерий бассейна чревного ствола у больных хроническим панкреатитом. *Ж. Хирургия.* 2008; 12: 85–95.
8. Sahakian A.B., S. Krishnamoorthy, T.H. Taddei. Necrotizing pancreatitis complicated by fistula and upper gastrointestinal hemorrhage. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2011; 9(7): 66–67.
9. Вишнякова М.В. и др. Диагностика и эндоваскулярное лечение псевдоаневризмы селезеночной артерии. *Ж. Диагностическая и интервенционная радиология.* 2010; 4(4) 97–99.
10. Таразов П.Г. и др. Успешная артериальная эмболизация посттравматической псевдоаневризмы печеночной артерии. *Ж. Диагностическая и интервенционная радиология.* 2011; 5(3): 93–98.
11. Тибиллов М.А., Байматов М.С. Эндоваскулярные вмешательства в лечении желудочно-кишечных кровотечений при заболеваниях панкреатодуоденальной зоны. *Ж. Диагностическая и интервенционная радиология.* 2009; 3(3) 45–50.
12. Kalva S.P., K.Yeddula, S. Wicky. Angiographic intervention in patients with a suspected visceral artery pseudoaneurysm complicating pancreatitis and pancreatic surgery. *Arch Surg.* 2011; 146(6): 647–652.
13. Mansueto G. et al. Endovascular treatment of arterial bleeding in patients with pancreatitis. *Pancreatology.* 2007; 7(4): 360–369.
14. Sethi H., P. Peddu, A. Prachalias. Selective embolization for bleeding visceral artery pseudoaneurysms in patients with pancreatitis. *Hepatobiliary and pancreatic diseases international.* 2007; 9(6): 634–638.

References

1. Karmazanovskij G.G. i dr. Anevrizmy visceral'nyh sosudov i arrozionnye krvotechenija v polost' postnekroticheskikh kist podzheludochnoj zhelezy. Zh. Annaly hirurgicheskoy gepatologii [Aneurysms of visceral vessels and arrosive bleeding into postnecrotic cysts of pancreas. *Journal «Annals of surgical hepatology»*]. 2007; 12(2) 85–95 [In Russ] .
2. Alfredo F.T. Acute pancreatitis at the beginning of the 21st century: The state of the art. *World J. Gastroenterol.* 2009; 28 (15(24)): 2945–2959.
3. Gubergic N.B. i dr. Sosudistye zabolevanija podzheludochnoj zhelezy i sosudistye oslozhenija pankreaticheskoj patologii: lucheveye, sonograficheskie i morfologicheskie sopostavlenija (obzor literatury). Zh. Medicinskaja vizualizacija [Vascular diseases of pancreas and vascular complications of pancreatic pathology: beam-diagnostics, sonographic and morphological comparison. *Jornal «Medical Visualisation»*]. 2005; 5: 11–21 [In Russ].
4. Andersson E., D. Ansari, R. Andersson. Major haemorrhagic complications of acute pancreatitis. *The British journal of surgery.* 2005; 97(9): 1379–84.
5. De Perrot M., T. Berney, L. Buchler Management of bleeding pseudoaneurysms with pancreatitis. *Brit. J. Surg.* 1999; 86: 29–32.
6. Vimalraj V., D.G. Kannan, R. Sukumar. Haemosuccus pancreatitis: diagnostic and therapeutic challenges. *HPB.* 2009; 4: 345–350.
7. Kriger A.G., Karmazanovskij G.G., Kokov L.S. Lozhnye anevrizmy arterij bassejna chrevnogo stvola u bol'nyh hronicheskim pankreatitom. Zh. Hirurgija [False aneurysms of truncus coeliacus in patients with crhonic pancreatitis. *Journal «Surgery»*]. 2008; 12: 85–95 [In Russ].
8. Sahakian A.B., S. Krishnamoorthy, T.H. Taddei. Necrotizing pancreatitis complicated by fistula and upper gastrointestinal hemorrhage. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2011; 9(7): 66–67.
9. Vishnjakova M.V. i dr. Diagnostika i jendovaskuljar-noe lechenie psevdovanevrizmy selezenochnoj arterii. Zh. Diagnosticheskaja i intervencionnaja radiologija [Diagnostics and endovascular treatment of splenic artery pseudoaneurysm. *Journal «Diagnostic and interventional radiology»*]. 2010; 4(4) 97 – 99 [In Russ].
10. Tarazov P.G. i dr. Uspeshnaja arterial'naja jembolizacija posttravmaticheskoy psevdovanevrizmy pechenochnoj arterii. Zh. Diagnosticheskaja i intervencionnaja radiologija [Successful arterial embolization of posttraumatic hepatic artery pseudoaneurysm. *Journal «Diagnostic and interventional radiology»*]. 2011; 5(3): 93–98 [In Russ].
11. Tibilov M.A., Bajmatov M.S. Jendovaskuljarnye vmeshatel'stva v lechenii zheludочно-kishechnyh krvotechenij pri zabolevanijah pankreatoduodenal'noj zony. Zh. Diagnosticheskaja i intervencionnaja radiologija [Endovascular treatment of gastrointestinal bleeding in patients with pancreatoduodenal zone diseases. *«Diagnostic and interventional radiology»*]. 2009; 3(3) 45 – 50 [In Russ].
12. Kalva S.P., K.Yeddula, S. Wicky. Angiographic intervention in patients with a suspected visceral artery pseudoaneurysm complicating pancreatitis and pancreatic surgery. *Arch Surg.* 2011; 146(6): 647–652.
13. Mansueto G. et al. Endovascular treatment of arterial bleeding in patients with pancreatitis. *Pancreatology.*– 2007; 7(4): 360–369.
14. Sethi H., P. Peddu, A. Prachalias. Selective embolization for bleeding visceral artery pseudoaneurysms in patients with pancreatitis. *Hepatobiliary and pancreatic diseases international.* 2007; 9(6): 634–638.

**Адрес для корреспонденции:
(Correspondence to):**

Лазуткин Максим
(Lasutkin M.V.)

e-mail: Maxim-077@yandex.ru