УДК 616.37-006.2-039-005.1-07-08.

© Б. О. МАТВІЙЧУК, О. І. КУШНІРУК, М. Р. БУБНЯК, О. Т. ГІРНЯК, Н. П. МОТРИНЕЦЬ, А. В. ГОЦУЛЕНКО, В. П. ЄВТУХ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Мультидисциплінарний підхід до діагностики та лікування псевдокісти підшлункової залози, ускладненої кровотечею

B. O. MATVIICHUK, O. I. KUSHNIRUK, M. R. BUBNIAK, O. T. HIRNIAK, N. P. MOTRYNETS, A. V. HOTSULENKO, V. P. YEVTUKH

Lviv National Medical University by Danylo Halytskyi, Municipal City Clinical Emergency Care Hospital

MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PSEUDOCYSTS OF PANCREAS COMPLICATED BY BLEEDING

Шлунково-кишкові кровотечі (ШКК), незважаючи на вдосконалення діагностичних і лікувальних методик, залишаються актуальною проблемою абдомінальної хірургії. Кровотечі зі стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки складають понад 90 % всіх ШКК, а геморагії невиразкового ґенезу зустрічаються у 44,1–45,8 % випадків. Летальність при невиразкових кровотечах складає 12,3 %, що більш ніж у 3 рази перевищує аналогічний показник при виразкових [4]. Частота кровотеч не зменшується, і складає 50–172 випадків на 100 тис. населення за рік. В Україні з діагнозом ШКК щорічно госпіталізують близько 50 тис. хворих, серед яких летальність становить 8–14 % [9].

Основними причинами кровотеч з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту є пептична виразка (57,9 %), ерозивно-виразковий гастрит (14 %), пухлини шлунка (7,5 %), синдром Мелорі-Вейса (7 %), варикозно розширені вени стравоходу і шлунка (6,4 %) [9]. У 5 % випадків джерело кровотечі не вдається встановити навіть на автопсії. Рідкісними джерелами ШКК вважають аневризми черевного відділу аорти та її вісцеральних гілок, псевдокісти підшлункової залози (ППЗ) і кісти печінки, а також аорто-тонкокишкові нориці, які виникли після реконструктивних операцій на аорті [1].

Все частіше причинами дуоденальних кровотеч є гемобілія і вірсунгорагія з несправжніх аневризм гілок черевного стовбура [6]. Саме такі кровотечі, зокрема з ППЗ, спричиняють труднощі у діагностиці, при виборі тактики лікування та технічному виконанні операції [1]. Летальність після лапаротомії «всліпу» з приводу таких кровотеч сягає 75–90 %. Ендоваскулярна емболізація таких аневризм суттєво покращує результати лікування і позбавляє хворих від травматичних відкритих операцій з високою летальністю [6].

Псевдокісти підшлункової залози є поширеним ускладненням гострого деструктивного та хронічного панкреатиту, вони ускладнюють перебіг цих хвороб у кожного п'ятого пацієнта. Також ППЗ можуть виникати після травм підшлункової залози та займають одне з чільних місць у структурі хірургічної летальності, оскільки часто супроводжуються низкою життєво небезпечних ускладнень: крововиливом у кісту і профузною арозивною кровотечею, нагноєнням кісти з розвитком абсцесу або заочеревинної флегмони, розривом кісти з виникненням загального перитоніту, біліарною обструкцією з явищами механічної жовтяниці та холангіту, а також дуоденальною непрохідністю, утворенням цисто-ентеральних та цисто-плевральних нориць. Летальність від цих ускладнень сягає 80 % [12, 13].

Спонтанні крововиливи у псевдокісту зустрічаються в 1,4–8,4 % випадків. Найчастішими джерелами кровотечі є селезінкова (30–50 %), гастродуоденальна (17 %) та панкреатодуоденальна артерії (11 %), значно рідше – печінкова та ліва шлункова артерії, а також аорта. У загальній структурі гастродуоденальних кровотеч, геморагії в порожнину ППЗ і в просвіт ШКТ належать до рідкісних і становлять не більше 0,8 % [1].

У загальній структурі ускладнень псевдокіст підшлункової залози кровотеча становить лише 0,04–7,8 %, проте летальність перевищує 40 % (від 40–90 % при невчасно діагностованих спонтанних кровотечах).

В клінічному перебігу виникає кровотеча в порожнину псевдокісти, яка сполучається з протокою ПЗ із вірсунгорагією або без неї, чи прорив в черев-

ну або плевральну порожнину, або кісти, ектопічно розміщені в інших органах. Золотим стандартом у діагностиці таких ускладнень є ангіографія, яка показує екстравазацію контрастної речовини, псевдоаневризматичне розширення парапанкреатичних судин та дає можливість одночасного проведення емболізації судини – джерела кровотечі. Ефективність рентгенендоваскулярних втручань із селективною емболізацією судин сягає 80–100 % [5, 6].

Вирішальний вплив на результат лікування має досягнення максимально стійкого гемостазу і запобігання рецидиву кровотечі, адже летальність при рецидивних кровотечах сягає 53 % [4].

Адекватне застосування сучасних діагностичних засобів, зокрема, ультрасонографічних (УСГ), ендоскопічних, рентгенологічних (комп'ютерна томографія (КТ), ангіографія), збільшує ймовірність вчасного встановлення рідкісного діагнозу, а застосування малоінвазивних ендоваскулярних і ендоскопічних методів лікування сформованих ППЗ, які сполучаються із ВП, збільшує шанси на одужання у соматично тяжких пацієнтів, у яких проведення відкритих операційних втручань пов'язане з високим ризиком [14, 15].

Ендоскопічне внутрішнє дренування (ЕВД) є відносно новим методом неопераційного лікування ППЗ, який швидко розвивається впродовж останніх двох десятиріч унаслідок стрімкого розвитку методів інтралюмінальної інтервенційної ендоскопії. Ендоскопічне внутрішнє дренування ППЗ поділяють на ендоскопічне внутрішнє трансмуральне, ендоскопічне внутрішнє транспапілярне дренування (ТПЕВД), використовують також комбінацію цих методів [12, 16].

Клінічний випадок

Пацієнта Г., 51 року, карта стаціонарного хворого № 11538, поміщено в клініку зі скаргами на виражену загальну слабість, запаморочення, наявність чорних випорожнень. При госпіталізації Hb -30 г/л, УСГ неінформативне через пневматизацію кишки, при ендоскопії джерела кровотечі не виявлено. Хворого госпіталізовано у відділення інтенсивної терапії, призначено комплексне консервативне лікування. Наступного дня за допомогою УСГ діагностовано об'ємний утвір розміром 9х12 см в лівій половині живота, дотичний до хвоста ПЗ, з активним артеріальним кровотоком в центрі цього утвору на доплерографії (рис.1). Це дало можливість запідозрити сполучення рідинного утвору з аортою.

Проведено КТ черевної порожнини з внутрішньовенним контрастуванням, підтверджено дані УСГ, проте заперечено контакт утвору (ППЗ?, аневризми селезінкової артерії?) з аортою, натомість стверджено тісний контакт утвору з селезінковою артерією, яка, імовірно, і була джерелом кровотечі (рис. 2) та його сполучення із ВП.

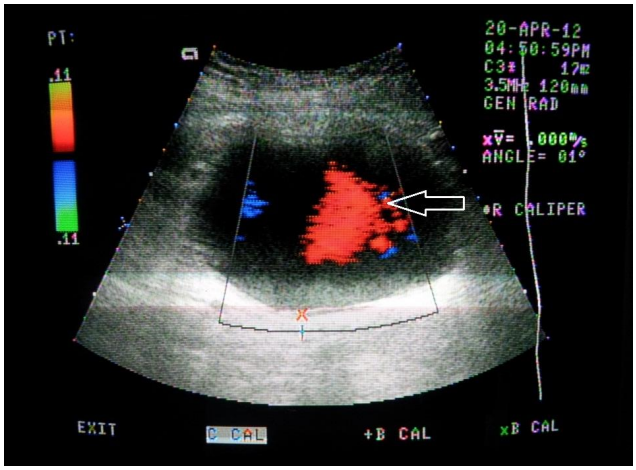

Рис. 1. УСГ з доплерографією: в центрі порожнини артеріальний кровотік (стрілка).

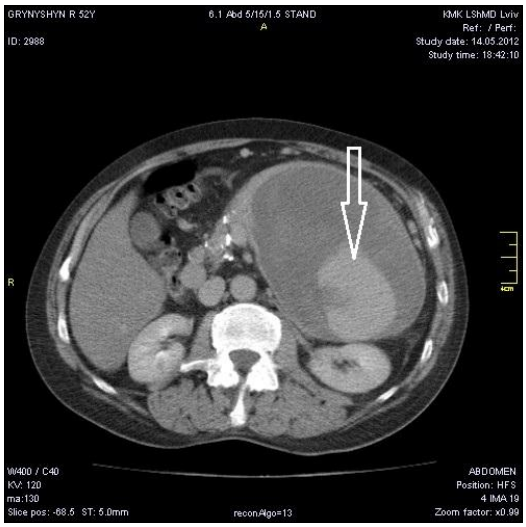

Рис. 2. КТ псевдокісти з зоною розрідження (рідка кров) у центрі (стрілка).

Встановлено клінічний діагноз: хронічний рецидивуючий панкреатит, сформована псевдокіста хвоста підшлункової залози, арозія селезінкової артерії, кровотеча в просвіт псевдокісти, постгеморагічна анемія.

Хворому невідкладно виконана ангіографія басейнів черевного стовбура, верхньої і нижньої брижових артерій. Виявлено екстравазацію контрасту з селезінкової артерії в ділянці воріт селезінки в обмежену порожнину розміром 12х15 см (рис. 3). Після селективної катетеризації селезінкової артерії, одномоментно проведено її емболізацію конусоподібними спіралями типу «Гіантурко», встановленими в медіальній частині артерії, внаслідок чого досягнуто повне припинення кровотоку.

Під час контрольної УСГ з доплерографією не виявлено артеріального кровотоку в утворі. У минулому пацієнт неодноразово лікувався з приводу

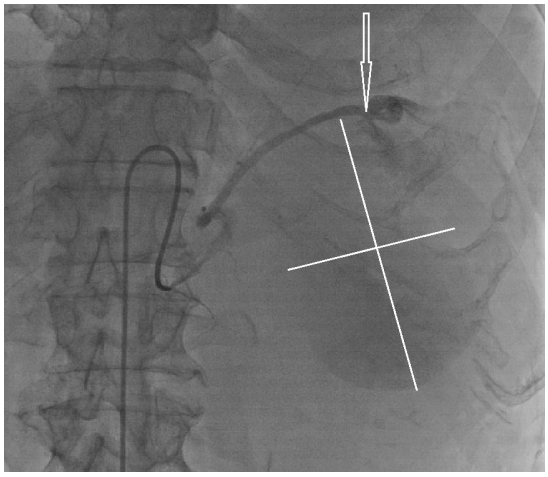

Рис. 3. Екстравазація контрасту (стрілка) з селезінкової артерії в обмежену порожнину (лінії).

Рис. 4. Дренаж типу Pig-Tail з порожнини псевдокісти в дванадцятипалу кишку діаметром 8F і назо-цистозонд діаметром 6F, емболізаційні спіралі в селезінковій артерії.

загострень хронічного панкреатиту, тому вирішено вважати утвір псевдокістою ПЗ, ускладненою аррозією селезінкової артерії з кровотечею в порожнину псевдокісти і вірсунгорагією (що спричинило появу чорних випорожнень в анамнезі).

Хворому призначено протизапальну, протианемічну терапію і антибіотикопрофілактику. Стан пацієнта поступово покращувався і через 2 тижні виконано ендоскопічне дренування псевдокісти методом ТПЕВД. Через сполучення ВП та порожнини псевдокісти, яке виявлено під час ендоскопічної ретроградної вірсунгографії у ділянці хвоста ПЗ, встановлено панкреатичний дренаж Zimmon типу односторонній Pig-Tail, кінець якого виведено в дванадцятипалу кишку. Інший цисто-назальний дренаж встановлено безпосередньо в порожнину ППЗ також через ВП для пролонгованої санації її порожнини, адже великі розміри ПЗ та наявність згортків у ній передбачали можливість інфікування ППЗ після ендодренування.

Впродовж трьох тижнів разом з консервативною терапією проводили санацію порожнини псевдокісти антисептиками з періодичним проведенням цистографії (рис. 4). Вже через два тижні розміри порожнини зменшилися більше, ніж у двічі. Через місяць, після контрольної цистографії, цисто-назальний дренаж з ПЗ ендоскопічно видалено, а дренаж у ВП замінено на грубший, діаметром 10 Fr. Пацієнта в задовільному стані виписано зі стаціонару.

Хворий щопівроку проходить періодичні огляди з виконанням УСГ та КТ. Виявлено відсутність рідинного утвору в ділянці хвоста ПЗ та зменшення в діаметрі ВП без будь-яких екстравазацій. Дренаж з ВП видалено ендоскопічно через 7 місяців після встановлення.

Висновки

1. Кровотеча у псевдокісту ПЗ є нечастим, проте небезпечним і складним для діагностики та лікування ускладненням.

2. Мультидисциплінарний підхід дозволяє своєчасно встановити діагноз і виконати лікувальний процес.

3. Відкрите операційне втручання у соматично тяжкого пацієнта, пов'язане з високими ризиком ускладнень.

4. Ангіографія з ендоваскулярною емболізацією дає можливість не тільки виявити причину кровотечі у більшості випадків, а й запобігти її рецидиву.

Ендоскопічне дренування дозволяє у ряді випадків уникнути відкритої операції.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Мокрик Ю. М. Випадок діагностики псевдокісти підшлункової залози, ускладненої дуоденальною кровотечею / Ю. М. Мокрик, С. М. Скорейко, В. Ю. Мокрик // Матеріали IV симпозіуму «Сучасна діагностична і лікувальна ендоскопія», 2010 – С. 47–48.

2. Братусь В. Д. Новые тенденции в лечении больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями / В. Д. Братусь // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2001.– Vol 5, № 1. – С. 1–4.

3. Благоприятный исход лечения больной с рецидивирующим цистовирсунгокишечным кровотечением / Е. М. Гоч, А. С. Толстокоров, А. Н. Карпочев, Т. А. Корнилов [и др.] / / Вестник хирургии. – 2011. – Т. 170, №3. – С. 101–103.

4. Неязвенные пищеводно-желудочные кровотечения в неотложной хирургии / А. Г. Бутырский, В. Н. Старосек, А. Е. Гринческу [и др.] // Український Журнал Хірургії. – 2012. – № 1(16). – С. 44–47.

5. Досвід лікування хворих із псевдокістами підшлункової залози, ускладненими кровотечею / В. Т. Поліщук, І. М. Невмержицький, А. І. Костина [та ін.] // Шпитальна хірургія. – 2011. – № 2. – С. 69–71.

6. Неязвенные гастроинтестинальные кровотечения (сообщение второе) / А. В. Воробей, В. В. Климович, Д. И. Карпович, А. В. Джура // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2010. – № 11. – С. 34–41.
7. Королев М. П. Гастродуоденальные кровотечения как проблема ургентной хирургии / М. П. Королев // Вестник хирургии. – 2011. – Т. 170. – № 2. – С. 52–54.
8. Островский В. К. Массивное внутрибрюшное кровотечение при жировом панкреонекрозе как одно из первых его проявлений / В. К. Островский // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2008. – Т. 167, № 6. – С. 122.
9. Фомин П. Д. Кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта: причины, факторы риска, диагностика, лечение / П. Д. Фомин, В. И. Никишаев // Здоров'я України. – 2010. – № 5. – С. 8–11.
10. Yuki Iwama Transcatheter Embolization of Splenic Artery Pseudo-Aneurysm Rupturing into Colon After Post-Operative Pancreatitis / Yuki Iwama, Koji Sugimoto, Carlos A. Zamora, Masato Yamaguchi, Masakatsu Tsurusaki, Takanori Taniguchi, Takeki Mori, Kazuro Sugimura // Cardiovasc. Intervent. Radiol. – 2006. – Vol. 29. – P. 133–136.
11. Spontaneous Drainage of a Pancreatic Pseudocyst After Embolization of a Bleeding Pseudoaneurysm / M. T. Uiterwaal, E. H. Overbosch, M. J. Bruno, R. W. M. van der Hulst // Cardiovasc. Intervent. Radiol. – 2009. – Vol. 32. – P. 192–194.
12. Гострий панкреатит і псевдокісти підшлункової залози / В. І. Русин, О. О. Болдіжар, А. В. Русин [та ін.] – Ужгород : ВЕТА-Закарпаття, 2006. – 204 с.
13. Павловский М. П. Псевдокісти підшлункової залози / М. П. Павловский, С. М. Чуклін, А. А. Переяслов – Львів : Просвіта, 1997. – 150 с.
14. Порівняльний аналіз результатів ендоскопічного та хірургічного лікування сформованих псевдокіст підшлункової залози / О. І. Кушнірук, В. І. Коломійцев, М. Ю. Шаварова, М. П. Павловський // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2010. – Т. 14, № 2. – С. 36.
15. Endoscopic transpapillary drainage of pancreatic abscess: technique and results / R. P. Venu, R. D. Brown, J. A. Marrero [et al.] // Gastrointest. Endosc. – 2000. – Vol. 51, № 4. – P. 391 – 395.
16. Endoscopic drainage of pancreatic–fluid collections in 116 patients: a comparison of etiologies, drainage techniques, and outcomes / L. C. Hookey, S. Debroux, M. Delhaye [et al.] // Gastrointest. Endosc. – 2006. – Vol. 63. – P. 635–643.

Отримано 20.03.13