

ЖЕЛУДОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ДЕСТРУКЦИИ СТЕНОК ЖЕЛУДКА ПАНКРЕАТОГЕННЫМИ ПСЕВДОКИСТАМИ

*Тарасик Л.В., Соколовский П.А., Шорох С.Г., Седун В.В.,
Козик Ю.П., Карнова И.Н., Макаренко К.Б.*

*УЗ «10-я городская клиническая больница»,
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
БелМАПО, Минск*

Введение. Успехи в лечении острого деструктивного панкреатита приводят к росту числа пациентов с осложнениями хронического панкреатита. Одним из таких осложнений хронического панкреатита являются псевдокисты различной локализации, приводящие к аррозии сосудов поджелудочной железы с формированием псевдоаневризм. Деструкция стенки желудка псевдокистой поджелудочной железы, осложненной формированием псевдоаневризмы перипанкреатических артерий, приводит к развитию профузного желудочного кровотечения. Своевременная диагностика и лечение такого ургентного состояния требует индивидуальной тактики, позволяющей одновременно достичь стабильный гемостаз и радикально ликвидировать морфологический субстрат кровотечения.

Цель работы. Повышение эффективности хирургического лечения пациентов с хроническим панкреатитом, осложненным формированием псевдокист поджелудочной железы с деструкцией стенок желудка и кровотечением. Внедрение одномоментных радикальных технологий хирургической коррекции этой сложной патологии.

Материал и методы. В хирургическом отделении № 2 с января 2012 г. по март 2020 г. оперировано 15 пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями вследствие панкреатогенной деструкции стенок желудка.

Пациенты в возрасте от 29 до 66 лет, мужчин – 14 (93%), женщин - 1 (7%).

Все пациенты были госпитализированы с клиникой желудочно-кишечного

Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.

кровотечения; в состоянии геморрагического шока поступили 11 пациентов.

Результаты и обсуждение. У большинства пациентов выявлено кистозно-дегенеративное поражение тела и хвоста ПЖ (8; 54%), сравнительно реже встречалось изолированное поражение хвоста (3; 20%), тела (2; 13%) и перешеек-тело (2; 13%) железы.

Псевдоаневризмы формировались преимущественно в бассейне селезеночной артерии (10, 67%), реже дорсальной артерии поджелудочной железы (3; 20%) и левой желудочной артерии (2; 13%).

В соответствии с разработанной классификацией во всех случаях панкреатогенное кровотечение носило опосредованный характер через формирование псевдоаневризм парапанкреатических артерий в полость постнекротических кист, связанных через зону деструкции с желудком цистогастральной fistulой. Полная деструкция наблюдалась в 11 случаях, неполная – в 4 случаях. Таким образом, панкреатогенные кровотечения вследствие дистального поражения ПЖ отмечены у 13 пациентов, что потребовало выполнения различных вариантов дистальных резекций ПЖ и спленэктомии. У 2 пациентов выполнялась центральная резекция поджелудочной железы.

№ п/п	Вид хирургического вмешательства	Количество пациентов
1	Дистальная резекция хвоста ПЖ+спленэктомия+гастропластика	4
2	Дистальная резекция тела-хвоста ПЖ+спленэктомия+гастропластика	6
3	2+ панкреатоэнтероанастомоз на выключенной по Ру петле тонкой кишки+гастропластика	3
4	Центральная резекция поджелудочной железы с псевдокистой и псевдоаневризмой. Панкреато-панкреатико-энтероанастомоз на выключенной по Ру петле тонкой кишки + гастропластика	2

Резекционный этап хирургических вмешательств дополнен иссечением цисто-гастрального свища с органо-сохраняющей коррекцией (гастропластикой) у 14 пациентов; обширный деструктивный процесс с некрозом задней стенки желудка потребовал выполнения в одном случае дистальной резекции желудка.

Релапаротомий, рецидивов кровотечения, летальных исходов не было.

Выводы. Панкреатогенная деструкция стенок желудка с развитием профузного кровотечения требует индивидуального подхода к диагностике и хирургическому лечению с применением одномоментных радикальных вмешательств, принципы которых отличаются от классической хирургии кровоточащих язв.