

**Гетманчук С.М. Журбенко Г.А. Апанасенко А.В. Ушкевич Д.Л.
Денищик В.М. Михалькевич Р.В. Самуилик И.М. Бондарь П.Н.**

РЕЗЕКЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

УЗ «Брестская областная клиническая больница»

Актуальность: Хронический панкреатит (ХП) – одно из самых распространенных заболеваний органов брюшной полости, требующее от здравоохранения затратных мероприятий для проведения современного, комплексного лечения. В Российской Федерации заболеваемость ХП составляет 27,4-50 случаев на 100 000 населения в год. Кровотечения в просвет ЖКТ считаются редкими и труднодиагностируемыми осложнениями ХП, которые составляют по литературным данным до 4,4%. Основную их массу составляют кровотечения из перипанкреатических сосудов (чаще из бассейна селезеночной артерии) с формированием ложных аневризм артерий. Частота разрыва аневризмы может достигать 37%. Летальность при разрыве аневризмы селезеночной артерии колеблется от 25% до 90-100%. Рентгеноэндоваскулярные методы лечения этой патологии считается наиболее оптимальными. Сообщается, что в специализированных центрах положительный эффект после использования эндоваскулярной эмболизации у пациентов с кровотечениями на фоне ХП достигается в 100% случаев.

Цель исследования: Анализ результатов хирургического лечения пациентов с кровотечениями в просвет ЖКТ при ХП и неэффективности или невозможности использования эндоваскулярных методов гемостаза.

Материалы и методы: За 6 лет: с 1 января 2015 года по 1 июня 2021 года на базе 1 хирургического отделения УЗ «Брестская областная клиническая больница» хирургическое лечение в виде резекционных вмешательств по поводу ХП и его осложнений было проведено 136 пациентам. Нами проведен ретроспективный анализ 15 (11%) случаев кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта, как осложнения ХП. 5 (6.8%) пациентам произведена эмболизация селезеночных и гастродуоденальных артерий с хорошими непосредственными и отдаленными результатами. В 2 (2.7%) случаях, представленных ниже произвести рентгеноэндоваскулярное вмешательство не удалось.

Результаты:

Случай 1. Пациент С., 60 лет, поступил в клинику 31.10.17 с жалобами на общую слабость, рецидивирующие кровотечения в просвет ЖКТ (4 госпитализации). При ультразвуковом исследовании брюшной полости выявлено, что кпереди от тела pancreas имеется аневризматическое расширение примерно 33x37 мм с пристеночными тромботическими массами и с артериовенозным кровотоком. При выполнении рентгенкомпьютерного исследования с внутривенным контрастированием, в артериальную фазу выявлена экстравазация контрастного вещества в псевдокисты головки

поджелудочной железы, размерами около 25x20x31. Диагностическая находка была расценена как ложная аневризма начального отдела гастродуоденальной артерии, которая по периферии была ограниченная тромботическими массами, толщиной слоя от 13 до 15 мм. При ангиографическом исследовании завести катетеры в общую печеночную артерию не удалось. Учитывая неэффективность 2 попыток установки стентграфта для исключения ложной аневризмы из кровотока пациент был прооперирован. Интраоперационно выявлен плотный, пульсирующий инфильтрат в области головки и тела поджелудочной железы. С техническими сложностями мобилизован начальный отдел общей печеночной артерии на протяжении 2 см, которая далее по входила в плотный инфильтрат. Ввиду выраженных и протяженных воспалительных изменений, была произведена перевязка общей печеночной артерии и выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция. Несмотря на проводимое комплексное лечение через 112 суток после операции наступил летальный исход, обусловленный образованием множественных холангиогенных абсцессов печени, которые развились на фоне перевязки общей печеночной артерии.

Случай 2. Пациент Г. 53 года, госпитализирован с диагнозом: Киста поджелудочной железы, осложнившаяся рецидивирующими кровотечениями. По результатам гастроскопии, в дистальной трети луковицы двенадцатиперстной кишки по верхне-передней стенке выявлено парадуоденальное округлое образование, в дистальном его отделе визуализировалась дивертикулоподобная ниша со следами геморрагической сукровицы. Фатеров сосок не определяется. При рентгеновском компьютерном исследовании брюшной полости с внутривенным контрастированием: в области деления гастродуоденальной артерии на переднюю и заднюю верхние панкреатодуоденальные артерии, выявляется неправильной формы "скопление" рентген-контрастного вещества с нечеткими, неровными контурами, размерами около 4x3x4мм, подобное на экстравазацию контраста. По техническим причинам ангиографию и эмболизацию провести не удалось. В связи с рецидивом массивного кровотечения в просвет ЖКТ в стационаре, сопровождающимся коллапсом, пациент был экстренно прооперирован в ночное время. Выполнена панкреатодуоденальная резекция с сохранением привратника по Траверзо-Лонгмаеру. Пациент был выписан с выздоровлением на 22 сутки послеоперационного периода.

Выводы. Рентгенэндоваскулярные вмешательства являются оптимальным методом лечения кровотечений в просвет желудочно-кишечного тракта на фоне хронического панкреатита. При невозможности применения эндоваскулярных технологий и перевода пациента в специализированное хирургическое отделение, экстренное хирургическое вмешательство в стационарах 1 и 2 уровня, особенно при локализации источника кровотечения в области головки и тела поджелудочной железы, необходимо проводить с участием хирурга обладающего опытом подобных вмешательств.