

ДИАГНОСТИКИ И ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПОЛОСТЬ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ ПСЕВДОКИСТ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

^{1,2}Ращинский С. М., ¹Третьяк С. И., ²Ращинская Н. Т.,

²Громак А. Ф., ²Невмержицкий М. П., ²Евтух Д. В.

¹ УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

² УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. В общей структуре осложнений хронического панкреатита (ХП) постнекротические псевдокисты поджелудочной железы (ППК ПЖ) встречаются в пределах 20–60 %. Одним из относительно редких осложнений ППК ПЖ является кровоизлияние и/или кровотечение в ее полость. Диагностика данного осложнения зачастую вызывает определенные трудности в выявлении возможного источника кровотечения и определения тактики хирургического лечения. Это требует комплексного подхода к обследованию пациентов. Положительные результаты при применении различных видов оперативных вмешательств колеблются от 67 % до 100 %.

Цель исследования: провести анализ различных методов диагностики кровотечения в полость ППК ПЖ с оценкой ближайших и отдаленных результатов персонифицированного хирургического подхода в их лечении.

Материалы и методы. С 01.01.2010 по 31.12.2019 на базе хирургического отделения (гепатологического) УЗ «ГК БСМП» г. Минска по поводу кровотечения в полость ППК ПЖ были оперированы 38 человек. Средний возраст пациентов — Ме [25–75 %] = 39 [30,5–44] лет. Среди них было 7 женщин и 31 мужчина. У всех пациентов причиной развития ХП являлся алиментарно-токсический фактор. До операции протокол обследования включал: ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ ОБП), как скрининг-метод для последующего планирования диагностических процедур, фиброгастродуоденоскопию с осмотром зоны большого дуоденального соска (ФГДС), спиральную компьютерную томографию с внутривенным болюсным усилением (СКТА ОБП). Оценка результатов хирургических вмешательств была проведена в ближайшем (30 дней) и отдаленном периоде (3–5 лет). Описание количественных признаков было представлено в виде медианы и нижнего и верхнего квартилей Ме [QL; QU]. Доверительные интервалы для частот и долей бинарных признаков (95 % ДИ 2,5–97,5 %) рассчитывались по методу Уилсона с поправкой на непрерывность. Сравнение двух зависимых (связанных) групп по количественным признакам были проведены с использованием критерия Уилкоксона для парных выборок (Wilcoxon signed rank test, W-test). Для определения связи между переменными, выраженными по номинальной шкале, был использован коэффициент сопряженности (Contingency coefficient, C).

Результаты и обсуждение. Частота кровотечения в полость ППК ПЖ на фоне ХП среди оперированных нами пациентов по поводу ППК ПЖ составила 14,18 % (38 случаев). Для правильной интерпретации клинической картины заболевания потребовалось последовательно выполнить УЗИ и СКТА ОБП. Патогномоничных симптомов при выполнении этих исследований, характерных для кровотечения в полость ППК ПЖ нет, а единственным симптомом,

подтверждающим его наличие, является экстравазация контраста в артериальную фазу при СКТА ОБП. Его наличие выявлено только в 1 случае (псевдоаневризма селезеночной артерии), что потребовало выполнения рентген-эндоваскулярной эмболизации в экстренном порядке, позволившей остановить кровотечение.

В случаях локализации псевдоаневризм артерий или вен, участвующих в кровоснабжении головки ПЖ (ветви панкреатодуоденальных артерий или вен), в 24 случаях нами была выполнена проксимальная резекция головки ПЖ: у 2 пациентов ($P \% (95 \% ДИ) = 10,0 (1,8-33,1)$) в варианте пилоросохраняющей панкреатодуоденальной резекции (ППДР) или локальной резекции головки поджелудочной железы по С. F. Frey — 16 ($P \% (95 \% ДИ) = 38,1 (21,3-53,8)$), а у 6 пациентов ($P \% (95 \% ДИ) = 17,1 (8,1-34,3)$) — локальной резекции головки и перешейки поджелудочной железы по предложенному нами способу (пат. 22555 Респ. Беларусь). В случаях выполнения резекции головки ПЖ с сохранением двенадцатиперстной кишки источником псевдоаневризм были ветви артерий — 14 ($P \% (95 \% ДИ) = 13,5 (7,8-21,9)$) и в 8 ($P \% (95 \% ДИ) = 7,7 (3,6-15,0)$) случаях венозные сосуды, а при выполнении ППДР по 1 случаю ветви артерий или вен соответственно ($P \% (95 \% ДИ) = 4,6 (0,2-24,9)$). При наличии псевдоаневризм в ветвях селезеночной артерии или вены были зарегистрированы кровотечения в полость ППК ПЖ, которые локализовались преимущественно в зоне тело и/или хвост ПЖ. В 11 случаях они выявлены и ликвидированы во время выполнения панкреатоцистоюноанастомоза с использованием петли тощей кишки, мобилизованной по принципам «Roux-en-Y» (ПЦЕА). У 1 пациентки после выполнения наружного дренирования ППК ПЖ (тело-хвост ПЖ) на 3 сутки развилось кровотечение, которое потребовало выполнения лапаротомии с последующей ПЦЕА после устранения кровотечения в полость псевдокисты из ветви желудочно-сальниковой артерии. В 2 случаях, которые сопровождались рецидивирующей вирусногеморрагией, пациентам была произведена продольная панкреатикоеюностомия по принципам Partington – Rochelle (ППЕ). У одного пациента источником кровотечения в полость не-

большой ППК ПЖ (Тип III D'Egidio – Schein) была ветвь селезеночной артерии, а в другом случае одна из вен портокавальных анастомозов на фоне подпеченочной формы портальной гипертензии.

Осложнения различного характера были отмечены в 17 (44,7 %) случаях ($P \% (95 \% \text{ ДИ}) = 42,8 (17,2-57,2)$) при наличии 2 (5,26 %) летальных исходов ($P \% (95 \% \text{ ДИ}) = 4,3 (0,2-23,9)$).

В группах до и после выполнения хирургических вмешательств выявлено статистически значимое увеличение всех количественных переменных русифицированной версии опросника оценки качества жизни MOS SF-36 v.2tm (W-test, $p < 0,001$). Так по суммарному показателю «PHsum» рост баллов произошел с $Me = 30,7 [27,4; 33,9]$ до $Me = 46,1 [42,7; 48,8]$, а по «MHsum» с $Me = 26,7 [20,7; 34,6]$ до $Me = 49,8 [46,6; 53,8]$. Стабильно высокие показатели физического («PHsum» $Me = 46,6 [45,0; 49,7]$) и психоэмоционального (MHsum» $Me = 49,8 [46,3; 53,2]$) компонента качества жизни сохраняются и на протяжении 3 лет после операции, что подтверждает целесообразность персонифицированного хирургического подхода в лечении кровотечения в полость ППК ПЖ в зависимости от зоны локализации псевдоаневризм сосудов, кровоснабжающих ПЖ.

Установлена значительная связь между употреблением алкоголя и частотой рецидивов эпизодов обострения ХП после операции в группах ($C = 0,707$). Употребление алкоголя оперированными пациентами приводит к прогрессии процесса и увеличивает частоту «ТЗсDM» ($C = 0,380$).

Выводы:

1. Диагностика кровотечения в полость ППК ПЖ должна базироваться на оценке результатов последовательного комплексного обследования, включающего УЗИ ОБП, ФГДС, СКТА ОБП, а с лечебной целью рентген-эндоваскулярной эмболизации артерии, послужившей источником кровотечения из псевдоаневризмы.

2. Результаты хирургического лечения подтверждают целесообразность персонифицированного хирургического подхода при кровотечениях в полость ППК ПЖ в зависимости от зоны локализации псевдоаневризм сосудов, кровоснабжающих ПЖ, варианты которого зависят от зоны локализации источника кровотечения в ПЖ.