

ЛЕЧЕНИЕ ЦИСТОАРТЕРИАЛЬНОЙ ФИСТУЛЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

УДК 616.37—006.31—089.87:616.136.42—005.1

Поступила 24.05.2011 г.



В.Е. Загайнов, к.м.н., главный специалист по хирургии¹; зав. кафедрой хирургии ФОИС²;

Г.Г. Горохов, зав. 2-м хирургическим отделением клинической больницы №1¹;

Д.М. Кучин, врач-хирург 2-го хирургического отделения клинической больницы №1¹;

А.А. Серегин, зав. рентгенхирургическим отделением клинической больницы №1¹;

А.И. Зайцев, врач рентгенхирургического отделения клинической больницы №1¹

¹Приволжский окружной медицинский центр ФМБА России, Н. Новгород;

²Нижегородская государственная медицинская академия, Н. Новгород

Представлен случай комплексного лечения цистоартериальной фистулы поджелудочной железы. На первом этапе была выполнена эмболизация аневризматически измененной селезеночной артерии (аневризма сообщалась с полостью кисты поджелудочной железы), а на втором в связи с сохранением болевого синдрома выполнена цистоеюностомия.

Ключевые слова: аневризма селезеночной артерии, киста поджелудочной железы, цистоартериальная фистула поджелудочной железы.

English

The management of cystoarterial fistula of pancreas

V.E. Zagainov, PhD, Chief Specialist on Surgery¹; Head of the Department of Surgery, FOA²;

G.G. Gorokhov, Head of the 2nd Department of Surgery, Clinical Hospital No.1¹;

D.M. Kuchin, Surgeon, the 2nd Department of Surgery, Clinical Hospital No.1¹;

A.A. Seryogin, Head of the Radiographic and Surgical Department, Clinical Hospital No.1¹;

A.I. Zaitsev, Physician, Radiographic and Surgical Department, Clinical Hospital No.1¹

¹Volga Regional Medical Center of the FMBA of Russia, Nizhny Novgorod;

²Nizhny Novgorod State Medical Academy, Nizhny Novgorod

There was presented the case of complex treatment of cystoarterial fistula of pancreas. At the first stage there was performed embolization of splenic artery changed by aneurysm (the aneurysm was connected with the cavity of pancreatic cyst). The pain syndrome persisting, cystojejunostomy was carried out at the second stage.

Key words: aneurysm of splenic artery, pancreatic cyst, cystoarterial fistula of pancreas.

Число больных хроническим панкреатитом, нуждающихся в хирургическом лечении, постоянно увеличивается. Наибольший темп роста заболеваемости отмечается в развитых европейских странах — 70 на 100 000 населения [1]. По последним данным, аналогичные показатели наблюдаются и в России [2]. На рост заболеваемости хроническим панкреатитом влияют нездоровый образ жизни (курение, алкоголизм), экологические изменения окружающей среды, увеличение частоты травматических повреждений поджелудочной железы. Согласно концепции единства воспалительно-дегенеративного процесса в поджелудочной железе при панкреатите, доброкачественные кистозные образования могут присутствовать на любой стадии заболевания [3].

Достаточно редко встречается такая патология, как

кровоизлияние в кисту поджелудочной железы из аневризматически расширенной селезеночной артерии. В большинстве случаев это протекает бессимптомно и дает о себе знать лишь при разрыве аневризмы. Разрывы селезеночной артерии описываются у 9,6% больных [4]. В зарубежной литературе приведены случаи так называемого haemosuccus pancreaticus — редкой причины тяжелых желудочно-кишечных кровотечений, возникающих в результате разрыва аневризмы селезеночной артерии в проток поджелудочной железы. Причиной разрыва чаще всего является обострение хронического панкреатита [5, 6]. Описываемая патология нередко приводит к летальным исходам в связи с трудностью диагностики и задержкой проведения оперативного лечения. При определении тактики лечения

Для контактов: Загайнов Владимир Евгеньевич, тел. раб. 8(831)437-08-93; тел. моб. +7 951-906-65-43; e-mail: Zagainov@gmail.com.

этой сложной категории больных необходим индивидуальный подход, что позволяет в большинстве случаев избежать многоэтапности хирургического лечения, избавить пациентов от последующих рецидивов и осложнений.

Приводим клиническое наблюдение.

Больная А. 24 лет поступила в хирургическое отделение ПОМЦ ФМБА РФ с жалобами на постоянные боли в эпигастрии и околопупочной области. Из анамнеза известно, что впервые боли появились 6 мес назад. На консультации в поликлинике по месту жительства был поставлен диагноз «гастрит». Назначенное лечение было неэффективным. Интенсивность болей нарастала, появились тошнота, рвота. Больная в экстренном порядке была доставлена в хирургическое отделение городской больницы, где ей проводилось лечение по поводу обострения хронического панкреатита с незначительным положительным эффектом.

Выполнена КТ брюшной полости: поджелудочная железа значительно расширена; ее переднезадние размеры увеличены до 4 см; в проекции всех отделов визуализируются округлой формы структуры различной величины

жидкостной плотности, с толщиной стенок от 1 до 3—4 см; в проекции головки железы — участок жидкостной плотности с толстыми стенками размером 4,5×6,0 см. Остальные органы брюшной полости — без патологии.

Для дальнейшего лечения больная направлена в ПОМЦ ФМБА РФ. По данным УЗИ, в области головки поджелудочной железы — неоднородное эхопозитивное образование размером 6,1×6,3 см с небольшим жидкостным компонентом (спавшаяся киста), стенки утолщены неравномерно. В проекции тела железы — несколько жидкостных включений до 1,5 см в диаметре, в области хвоста — до 4,5 см. В проекции хвоста определяется округлое жидкостное включение размером 4,5×5,5 см, при доплерографии в нем выявлен турбулентный кровоток; к правой стенке образования прилежит селезеночная артерия, из которой обнаружен кровоток в полость железы со скоростью 196 мм/с. На основании этого больной выставлен диагноз «хронический панкреатит, кисты поджелудочной железы, аневризма селезеночной артерии, цистоартериальная фистула».

Для определения тактики лечения было решено выполнить ангиографию селезеночной артерии. Установлено: средняя треть селезеночной артерии на протяжении 5 см

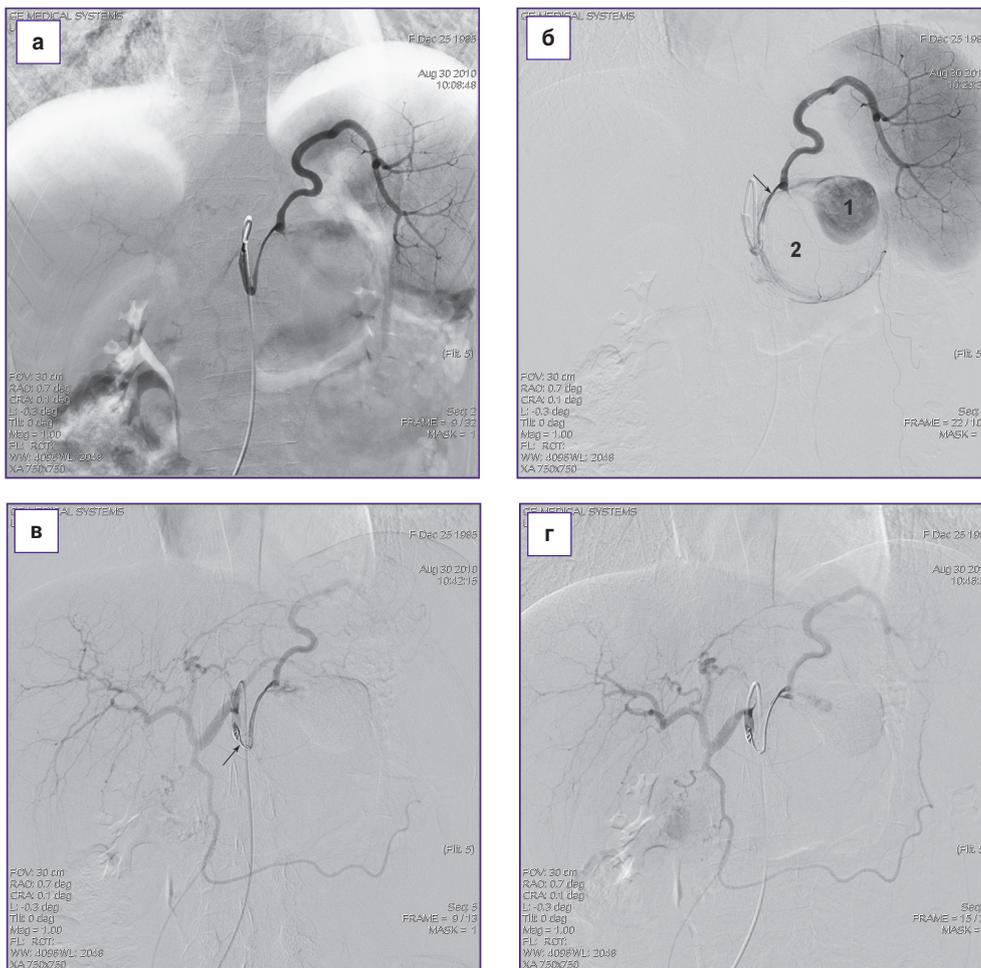


Рис. 1. Артериография селезеночной артерии: а — контраст введен в селезеночную артерию; б — контраст заполнил аневризму артерии: 1 — аневризма селезеночной артерии; 2 — полость кисты поджелудочной железы; стрелкой отмечено место сужения артерии; в — эмболизация артерии; стрелкой отмечена спираль, введенная в просвет артерии; г — контрольная ангиография

резко сужена за счет сдавления кистой поджелудочной железы (рис. 1, а). Контрастируется киста тела поджелудочной железы диаметром 6,5 см, на верхнем ее полюсе расположен аневризматический мешок размерами 3,5×4,0 см (рис. 1, б).

Выполнена эмболизация селезеночной артерии тремя спиралями длиной 2 см, диаметром 0,4 см (рис. 1, в). При контрольной артериографии кровотоков по селезеночной артерии отсутствовал (рис. 1, г).

На 2-е сутки после операции по данным контрольного УЗИ брюшной полости кровотоков по селезеночной артерии не определялся.

По данным КТ брюшной полости в теле поджелудочной железы определена киста размерами 80×51 мм, в нижних отделах кисты — депо контраста размерами 40×26 мм (рис. 2).

Несмотря на проведенное оперативное лечение, болевой синдром сохранялся. На 8-е сутки после эмболизации селезеночной артерии выполнена операция. После срединной лапаротомии при ревизии органов брюшной полости в области тела хвоста поджелудочной железы обнаружена напряженная киста размером 8×5 см, в хвосте — киста до 3 см в диаметре. Другой патологии органов брюшной полости не выявлено. Киста вскрыта, опорожнена; ее содержимое составляли сгустки старой крови. Полость кисты сообщается с вирсунговым протоком. Визуализировать селезеночную артерию не представлялось возможным ввиду выраженного спаечного процесса. Пальпируется расширенный вирсунгов проток. Поджелудочная железа над ним продольно рассечена на протяжении 5 см. Сформирован панкреатоеноаноанастомоз на выключенной по Ру петле. Выполнен гемостаз. Установлен дренаж в малый таз и к зоне анастомоза. Время операции составило 225 мин, кровопотеря — 200 мл.

В послеоперационном периоде проводили антибактериальную инфузионную терапию. Дренажи удалены на 5-е сутки. При контрольном УЗИ: селезенка увеличена до размеров 13,0×5,7 см, в верхнем полюсе — неоднородная зона размером 6,7×7,5 см, кровотока и жидкостных включений в этой зоне не определяется. При повторном УЗИ через 5 сут: размеры ишемизированной зоны уменьшились до 4,5 см в диаметре. Швы сняты на 10-е сутки.

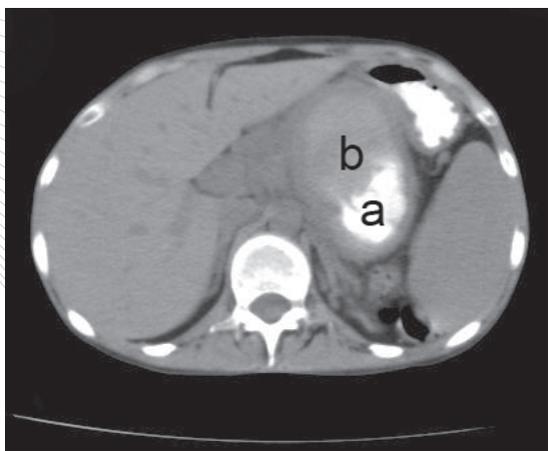


Рис. 2. RT брюшной полости: а — аневризма селезеночной артерии; б — полость кисты поджелудочной железы

Выписана в удовлетворительном состоянии на 14-е сутки после последней операции на фоне нормальных лабораторных показателей. Осмотрена через 6 мес, жалоб не предъявляла.

Выбор тактики лечения основывался на необходимости купирования постоянного болевого синдрома, что явилось основным показанием к выполнению второй операции. При данной патологии возможно несколько подходов к лечению. Первый — только эндоваскулярное вмешательство, которое может быть выполнено двумя способами: проксимальной эмболизацией селезеночной артерии или постановкой баллон-расширяемого стентграфта [4]. Этот способ лечения применяется при аневризмах селезеночной артерии в совокупности с небольшими кистами поджелудочной железы, которые не имеют связи с главным панкреатическим протоком. Второй подход — это радикальное оперативное лечение, которое представляет собой дистальную резекцию поджелудочной железы, с сохранением селезенки или без таковой. Этот способ применяется при кистозных опухолях поджелудочной железы или при истинных и ложных кистах поджелудочной железы больших размеров. Но данный метод является достаточно травматичным.

В нашем случае мы использовали эмболизацию селезеночной артерии с целью «закрытия» аневризмы, чтобы во время второй операции не получить кровотечения из полости кисты. В дальнейшем выполнили продольную панкреатоеноностомию, которая была необходима в связи с болевым синдромом, большими размерами кисты поджелудочной железы, сообщавшейся с вирсунговым протоком.

В подобных клинических ситуациях лечение необходимо проводить в условиях специализированного стационара и тактика лечения должна выбираться индивидуально.

Литература

1. Buchler M.V., Maltertheiner P. Acute pancreatitis: Novel concept in biology and therapy. Berlin—Viena: Blackwell Wissen-Schafts-Verlag; 1999.
2. Маев И.В., Казюлин А.Н., Кучерявый Ю.А. Хронический панкреатит. М: Медицина; 2005.
3. Пропп А.Р., Полуэктов В.Л. Хирургическое лечение доброкачественных кист поджелудочной железы. Анналы хирургической гепатологии 2010; 15: 74—78.
4. Чернышев С.Д., Кардапольцев Л.В., Шерстобитов В.Е. Лечение аневризм селезеночной артерии эндоваскулярными методами. Международный журнал интервенционной кардиоангиологии 2008; 14: 55—57.
5. Massani M., Brida A., Caratozzolo E. Hemosuccus pancreaticus due to primary splenic artery aneurysm: a diagnostic and therapeutic challenge hemosuccus pancreaticus. Pancreas 2009 Jan 8; 10(1): 48—52.
6. Sadhu S., Sarkar S., Verma R., Dubey S.K., Roy M.K. Haemosuccus pancreaticus due to true splenic artery aneurysm: a rare cause of massive upper gastrointestinal bleeding. JSCR 2010; 5(4): 43—47.