

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКОЙ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ В ПОЛОСТЬ КИСТЫ И ЕЕ ТАМПОНАДОЙ

Попов А.Е.<sup>1</sup>, След Н.Ю.<sup>2</sup>, Владимиров И.В.<sup>3</sup>, Шахмаева О.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», г. Красноярск

<sup>2</sup>Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона», г. Красноярск.

<sup>3</sup>Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница № 1», г. Красноярск.

**Аннотация.** Представлен клинический случай хирургического лечения больного с постнекротической кистой поджелудочной железы осложненной кровотечением в полость кисты и ее тампонадой. Изложены анамнез заболевания пациента, данные его обследования. На МСКТ с контрастированием брюшной аорты и ее висцеральных ветвей выявлена псевдокиста поджелудочной железы с состоявшимся кровотечением в полость кисты и ее тампонадой. Произведена срочная лапаротомия, вскрытие кисты поджелудочной железы, ушивание кровоточащего сосуда стенки кисты, наложение панкреатоеюноанастомоза по Ру. Послеоперационное течение благоприятное.

**Ключевые слова:** постнекротическая киста поджелудочной железы, кровотечение в полость кисты, диагностика, хирургическое лечение.

Общеизвестно, что деструктивный панкреатит часто осложняется постнекротическими кистами поджелудочной железы (ПЖ). Диагностика и тактика их лечения, в большинстве случаев не вызывает особых споров у хирургов (1,2,3,4). Более сложная ситуация складывается при редких осложнениях, а именно при псевдокистах ПЖ осложненных кровотечением в полость кисты. Проблема возникает в диагностике данного осложнения, особенно при скудной кровопотери (5). В качестве диагностических мероприятий используются: клиничко — лабораторные исследования, УЗИ брюшной полости с дуплексным сканированием, ФГДС, МСКТ с болюсным контрастным усилением, МРТ, ЭРХПГ. ангиография бассейнов чревного

ствола и верхней брыжеечной артерии (6,7,8). При лечении геморрагических осложнений постнекротических кист ПЖ применяются различные хирургические методы. После ангиографии и верификации источника кровотечения, окончательный гемостаз проводится с помощью эндоваскулярной окклюзии кровоточащего сосуда (8). Иногда для этой цели используется двухэтапный метод. Первым этапом после селективной ангиографии проводится эмболизация сосуда. Вторым — наружное дренирование псевдокисты ПЖ под контролем УЗИ (6). Применяется гемостаз с помощью прошивания кровоточащего сосуда стенки кисты после ее широкого вскрытия с последующим наружным дренированием кисты (3). Кроме того, производят эмболизацию заинтересованных сосудов с последующим плановым проведением дуоденосохраняющей резекции головки ПЖ (операция Бегера или ее бернский вариант) (7). То есть, общепризнанных стандартов диагностики и хирургического лечения при постнекротических кистах ПЖ осложненных кровотечением в ее полость в настоящее время нет.

Больной Д. 52 года обратился в КГБУЗ «Красноярской межрайонной клинической больницы № 20 им. И.С. Берзона» в приемный покой взрослой хирургии 11.10.2021 г. с жалобами на периодические сильные боли в верхних отделах живота, тошноту, слабость.

Из анамнеза. У пациента в апреле 2019 года произошла тяжелая производственная травма (падение с высоты), клинический диагноз: Сочетанная катотравма. ЗЧМТ. Ушиб головного мозга тяжелой степени. Закрытая травма грудной клетки с множественными переломами ребер. Ушиб легкого и сердца. Тупая травма живота. Разрыв корня брыжейки тонкой кишки. Разрыв поперечно – ободочной кишки в области печеночного изгиба. Гемоперитонеум. Посттравматический шок II ст. Находился на лечении в хирургическом отделении Городской клинической больницы № 7, г. Красноярск. Проведена: лапаротомия, ушивание корня брыжейки тонкой

кишки, разрыва поперечно – ободочной кишки. Проводилась комплексная медикаментозная терапия.

После выписки из стационара больного стали беспокоить периодические боли в верхних отделах живота. Неоднократно находился на лечении в хирургических стационарах города с диагнозом острый панкреатит. В сентябре 2020 года обследовался амбулаторно, проведена мультиспиральная компьютерная томография брюшной полости (15.09.2020). Заключение: Гемангиома VI сегмента печени 2,0 x 1,8 см. Многокамерное образование поджелудочной железы 8,3 x 3,5 см., воспалительного характера (псевдокиста), признаки хронического панкреатита (Рис. 1).

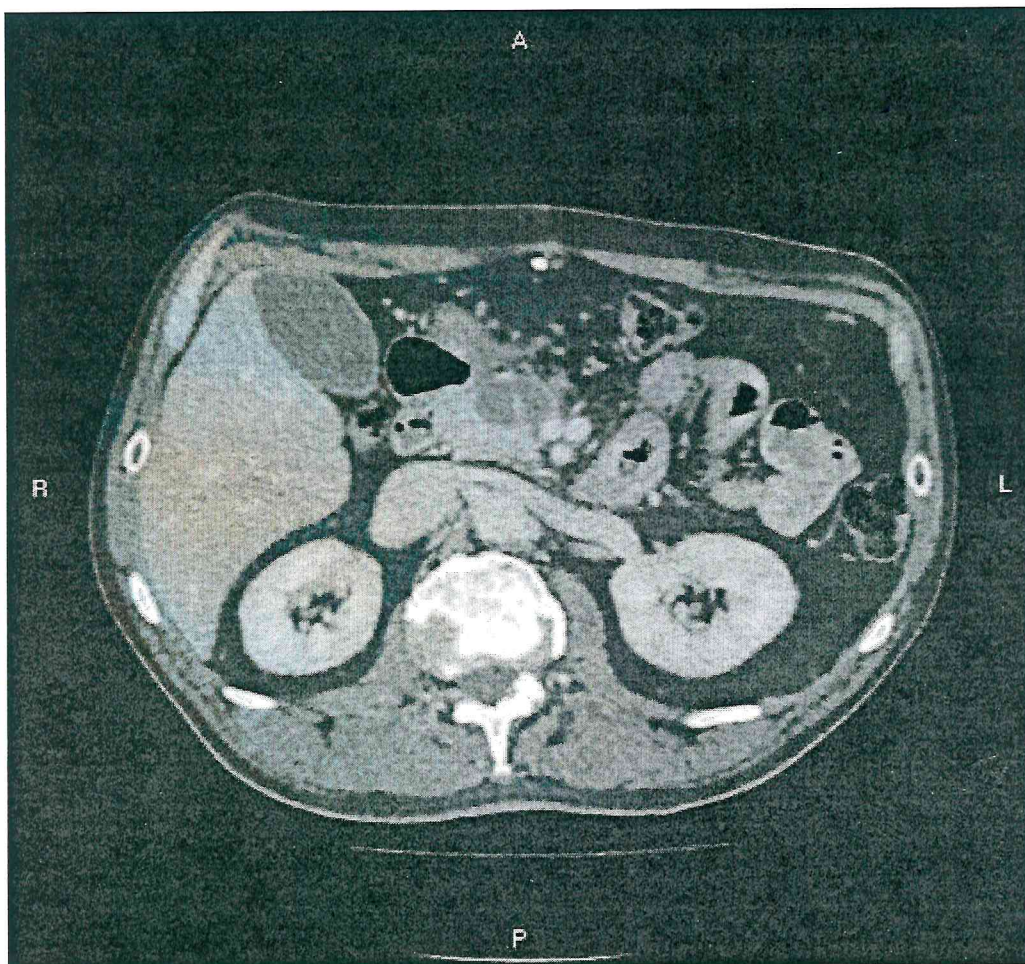


Рис. 1 Мультиспиральная компьютерная томография брюшной полости и забрюшинного пространства с болюсным контрастированием (профильная проекция) больного Д. 52 года

В декабре 2021 года был оперирован в плановом порядке по поводу ЖКБ. Хронического калькулезного холецистита. Произведена холецистэктомия. В дальнейшем продолжали беспокоить периодические боли в левом подреберье, эпигастральной области после приема пищи. По поводу чего неоднократно лечился стационарно и амбулаторно с диагнозом: обострение хронического панкреатита, постнекротическая киста поджелудочной железы. После проведения консервативной терапии болевой приступ купировался, однако общее состояние пациента не улучшалось. С начала 2022 года приступы болей в верхних отделах живота участились, беспокоили до 3 – 4 раз в неделю. Кроме того, появились периодические вздутия живота и жидкий стул. За последние 2 года похудел почти на 30 кг.

В июле 2022 года больному амбулаторно проведена магнитно – резонансная томография брюшной полости (29.07.2022). Заключение: МР картина кистозных образований поджелудочной железы 6,0 x 7,5 x 7,4 см. (со сгустком крови?), дифференцировать постнекротические кисты и паразитарные. Диффузные стромальные изменения поджелудочной железы. Образование печени, структурно гемангиома 2,2 x 0,9 x 1,3 см. (Рис.2). Необходима консультация гастроэнтеролога.

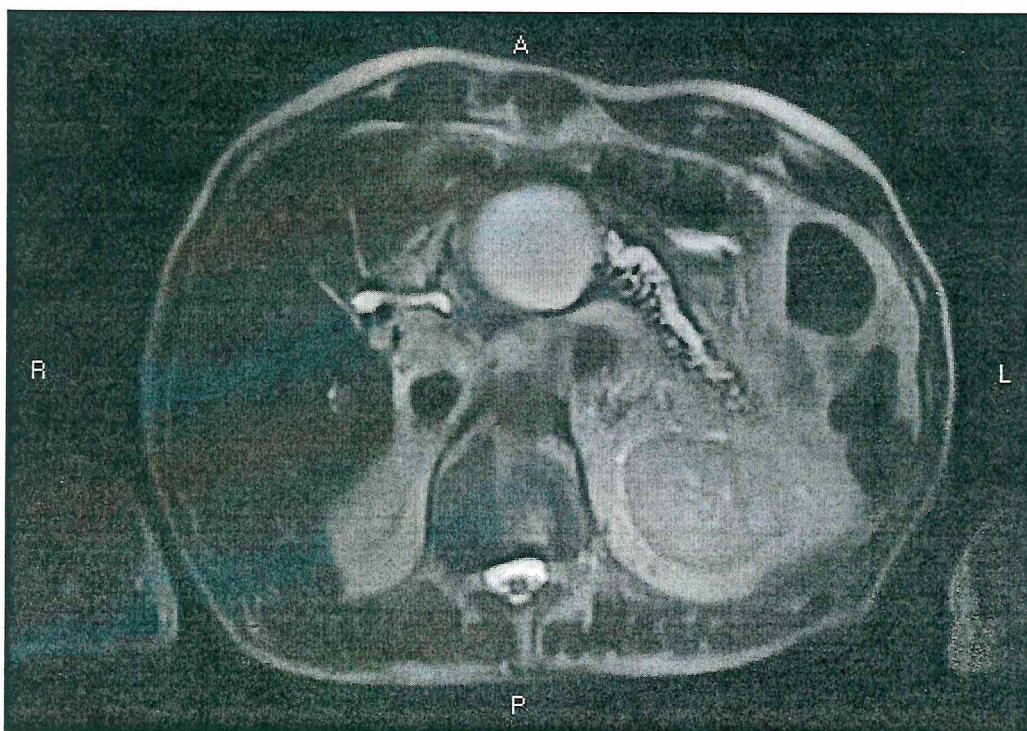


Рис. 2 Магнитно – резонансная томография брюшной полости брюшной полости и забрюшинного пространства с болюсным контрастированием (профильная проекция) больного Д. 52 года

С 11.08. по 25.08.2022 года находился на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении КГБУЗ «Красноярской межрайонной клинической больницы № 20 им. И.С. Берзона» с диагнозом: обострение хронического панкреатита с выраженным болевым синдромом, непрерывно рецидивирующее течение. Проводилось консервативное лечение обследование.

На УЗИ брюшной полости (13.08.2022). Заключение: печень увеличена, диффузные изменения в структуре. Состояние после холецистэктомии. Поджелудочная железа лоцируется крайне фрагментарно, в проекции тела визуализируется гипоехогенное образование с эховзвесью 8,4 x 5,9 x 7,6 см. (псевдокиста). УЗИ динамика – без изменений. На ФГС (15.08.2022) – диффузный атрофический гастрит. Ректороманоскопия (18.08.2022) и ирригоскопия (19.08.2022) – без органической патологии. На УЗИ ветвей брюшной аорты (22.08.2022). Заключение: УЗ – признаки S – образной извитости чревного ствола с нарушением гемодинамики (прирост  $V_{PS}$  в положении лежа до 50%, в положении стоя 70 – 75%%). Пациент был консультирован сосудистым хирургом. Рекомендовано проведение магнитно – резонансной томографии брюшной полости с контрастированием брюшной аорты и ее висцеральных ветвей. С результатом исследования – повторная консультация сосудистого хирурга. Выписан из стационара с некоторым улучшением.

29.08.2022 года амбулаторно проведена магнитно – резонансной томографии брюшной полости с внутривенным контрастным усилением брюшной аорты и ее висцеральных ветвей. Заключение: По данным МР – аортографии определяется приустьевого стеноз чревного ствола (до 60% по NASCET). Крупная кистозная полость в теле поджелудочной железы 5,1 x

6,6 x 5,6 см. с геморрагическим содержимым (структурно может соответствовать псевдокисте, как последствие деструктивного панкреатита). Главный панкреатический проток проксимальнее кисты – неравномерно расширенный и извитой. Умеренно выраженный оментобурсит. Гемангиома правой доли печени (Рис.3).

После выписке из гастроэнтерологического стационара состояние больного прогрессивно ухудшалось. Боли в верхних отделах живота приобрели почти постоянный характер. В очередной раз обратился в поликлинику по месту жительства. Откуда был направлен в хирургический стационар КГБУЗ «Красноярской межрайонной клинической больницы № 20 им. И.С. Берзона», госпитализирован.

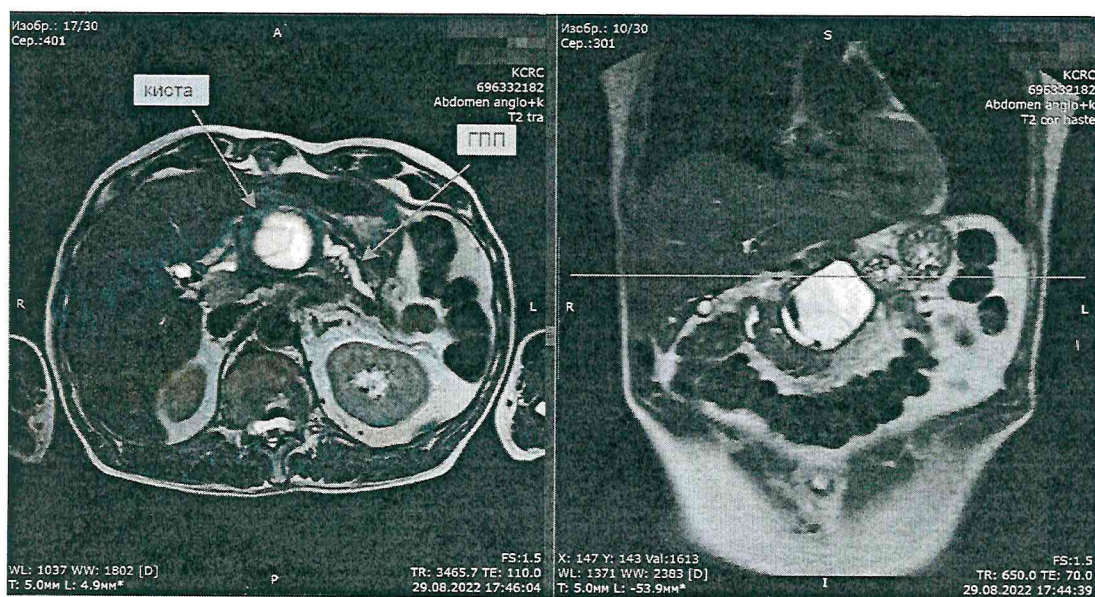


Рис. 2 Магнитно – резонансная томография брюшной полости брюшной полости и забрюшинного пространства с болюсным контрастированием (профильная и фронтальная проекции) больного Д. 52 года

При поступлении в стационар 12.09.2022 года состояние больного ближе к средней тяжести, в сознании, адекватен. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы и щитовидная железа не увеличены. Грудная клетка симметричная. Дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям. Хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения,

80 уд. в мин. АД – 120 / 80 мм. рт. ст. Поясничная область не изменена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств нет. Язык влажный, чистый. Живот симметричный, несколько подвздутый, участвует в акте дыхания. На передней брюшной стенке имеется старый послеоперационный рубец, без признаков воспаления. При пальпации определяется болезненность в верхних отделах живота. Патологических образований в брюшной полости не выявлено. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника выслушивается. Стул самостоятельный.

В развернутом анализе крови пациента (12.09.2022): гемоглобин – 115 г/л; эритроциты –  $3,64 \times 10^{12}$ ; тромбоциты –  $372 \times 10^9$ ; лейкоциты –  $9,37 \times 10^9$ ; нейтрофилы – 78,9%; эозинофилы – 0,2%; лимфоциты – 16,3%. В биохимических анализах крови: амилаза – 836 Ед/л; билирубин – 14,0 мкмоль/л; мочевины – 5,1 ммоль/л; креатинин – 88,0 мкмоль/л; сахар – 7,2 ммоль/л. В анализе мочи (12.09.2022) – без особенностей, кроме повышенной амилазы до 8352 Ед/л. При поступлении пациент предоставил информацию о своем лечении и обследованиях за последние четыре года в печатном и электронном виде (представлены выше). На основании жалоб, клинической картины, анамнеза заболевания и данных предыдущих обследований больного был поставлен диагноз: Хронический панкреатит с выраженным болевым синдромом, осложненный формированием постнекротической кисты кисты поджелудочной железы, состоявшимся кровотечением в полость кисты и ее тампонадой.

Начато обследование пациента. На УЗИ брюшной полости (12, 13.09.2022): Печень увеличена, диффузные изменения в структуре. Определяется расширение внутрипеченочных желчных протоков. УЗ – признаки пневмобилиии. УЗ – признаки холангита? Состояние после холецистэктомии. В проекции ложа желчного пузыря лоцируется гипоэхогенное образование 3,7 x 2,1 см. (серома?, билома?). Поджелудочная железа лоцируется фрагментарно, преимущественно в

проекции тела и хвоста, структурно диффузно – неоднородно изменена. В проекции головки и тела определяется гетерогенное образование с четкими контурами, неоднородное за счет участков повышенной и пониженной эхогенности 5,1 x 8,3 x 8,0 см. (псевдокиста), при ЦДК с локусами кровотока.

После поступления в 1 хирургическое отделение КГБУЗ «Красноярской межрайонной клинической больницы № 20 им. И.С. Берзона» больного постоянно беспокоили очень сильные боли в верхних отделах живота, купирующиеся только наркотическими анальгетиками. Такой выраженный болевой синдром обусловлен, вероятнее всего, геморрагической тампонадой панкреатической кисты в результате состоявшегося кровотечения в ее полость с обструкцией главного панкреатического протока. Учитывая этот факт, а также анамнез заболевания, данные последних МРТ и УЗИ брюшной полости больному (13.09.2022) выставлены показания к проведению срочного оперативного вмешательства. Пациент осмотрен терапевтом, анестезиологом. Противопоказаний для проведения операции не выявлено.

14.09.2022 года проведено оперативное вмешательство по срочным показаниям. Выполнена верхнесрединная лапаротомия. В брюшной полости выпота нет, определяется умеренно выраженный спаечный процесс, преимущественно в подпеченочном пространстве. При ревизии: в проекции головки и тела поджелудочной железы определяется объемное опухолевидное образование, размером 8 x 12 см., плотное. Желудок распластан на этом образовании. При дальнейшей ревизии другой патологии в брюшной полости не выявлено. Выполнен адгезиолизис. В подпеченочном пространстве вскрыта инфицированная билома, объемом до 30 мл., санирована. Мобилизована печеночно – двенадцатиперстная связка. Желчный проток не расширен, в проекции ложа желчного пузыря отмечается поступление желчи (вероятнее из добавочного желчного протока), место желчеистечения пошито. Мобилизованы и взяты на держалки собственная, общепеченочная и панкреатодуоденальная артерии. Вскрыта полость малого сальника, мобилизована передняя поверхность поджелудочной железы с



панкреатической кистой. Выполнена пункция кисты, получено геморрагическое содержимое. Вентральная стенка кисты рассечена, взята на гистологическое исследование. Из полости кисты под давлением выделилось большое количество сгустков крови. В области внутренней поверхности стенки кисты (расположенной на внутренней поверхности подковы ДПК) выявлено струйное кровотечение из эрозивной передне-верхней ветви панкреатодуоденальной артерии. Кровотокающий сосуд прошит. Полость кисты санирована. В области головки и тела поджелудочной железы вскрыт главный панкреатический проток. Последний расширен до 0,5 – 0,6 см., извитой. Выполнена резекция вентральной части головки и тела поджелудочной железы. Сформирован позади-ободочный панкреатоеюноанастомоз на отключенной петле по Ру. Брюшная полость дренирована в правом подреберье тремя трубчатыми дренажами: один установлен в подпеченочное пространство, второй к зоне панкреатоеюноанастомоза, третий в малый таз. Контроль на гемостаз и инородные тела. Брюшная полость ушита послойно наглухо.

Послеоперационный диагноз: хронический панкреатит осложненный постнекротической кистой поджелудочной железы, эрозией и кровотечением из передне-верхней ветви панкреатодуоденальной артерии в полость кисты и ее тампонадой; инфицированная биллома подпеченочного пространства.

Послеоперационный период протекал относительно благоприятно. Проводилась комплексная инфузионная терапия. На раннем этапе отмечался парез желудочно-кишечного тракта. После проведения медикаментозного лечения и электростимуляции кишечника парез был ликвидирован, перистальтика кишки восстановлена к 20.09.2022 года. Состояние больного соответствовало объему перенесенной операции. Беспокоили умеренные боли в области послеоперационной раны. 16.09.2022 года – ЧДД – 18 в мин., ЧСС – 88 в мин., АД – 124/84 мм. рт. ст. Живот несколько подвздут, в акте дыхания участвует ограниченно, при пальпации болезненный по ходу

послеоперационной раны. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника вялая. Газы отходят плохо. Стула не было. Лапаротомная рана без признаков воспаления, швы спокойные. По дренажам из брюшной полости – скудное серозное отделяемое. В развернутом анализе крови (16.09.2022): гемоглобин – 95 г/л; эритроциты –  $2,94 \times 10^{12}$ ; тромбоциты –  $330 \times 10^9$ ; лейкоциты –  $6,90 \times 10^9$ ; нейтрофилы – 82%; палочкоядерные – 3%; лимфоциты – 11%. В биохимических анализах крови: амилаза – 55 Ед/л; билирубин – 5,4 мкмоль/л; мочевины – 4,0 ммоль/л; креатинин – 88,0 мкмоль/л; общий белок – 54 г/л; сахар – 6,5 ммоль/л; прокальцитонин – 0,06 мг/мм.

С 18.09.2022 года у пациента отмечался подъем температуры тела до 38 – 39°C. Для исключения пневмонии проведена рентгенография органов грудной клетки (19.09.2022). На рентгенографии: легкие расправлены, очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Синусы свободные. Органы средостения расположены срединно, не расширены. Под куполом диафрагмы определяется свободный газ (послеоперационный). Данных за пневмонию не выявлено. Больной осмотрен терапевтом, клиническим фармакологом. Причина подъема температуры, вероятно, вирусной этиологии (у пациента имеются катаральные изменения верхних дыхательных путей). Рекомендовано к антибактериальной добавить противовирусную терапию. На фоне проводимого лечения температура нормализовалась.

На УЗИ брюшной полости (19,23.09.2022): Состояние после операции панкреатоеюностомия по Ру. Холедох лоцируется несколько расширенный до 11,5 мм. Поджелудочная железа не увеличена, лоцируется фрагментарно. В парапанкреатической клетчатке жидкостных образований не определяется. В свободной брюшной полости жидкости нет. К 26.09.2022 году – 12-е сутки после операции, состояние больного удовлетворительное. Раневая боль не беспокоит. Температура тела – нормальная. Функция желудочно-кишечного тракта не нарушена. Активен. Дыхание везикулярное, проводится по всем

полям, хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС – 72 в мин., АД – 120/85 мм. рт. ст. Живот не вздут, мягкий, участвует в акте дыхания, при пальпации безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника удовлетворительная. Стул самостоятельный, без особенностей. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Швы сняты 24.09.2022 года, рубец неокрепший, без признаков воспаления. Анализы крови (26.09.2022): гемоглобин – 92 г/л; эритроциты –  $2,94 \times 10^{12}$ ; лейкоциты –  $3,90 \times 10^9$ ; тромбоциты –  $394 \times 10^9$ ; СОЭ – 28 мм/ч; С – реактивный белок – 3,32 мг/л; прокальцитонин – 0,41 мг/мм; амилаза – 74,0 Ед/л; билирубин – 5,3 мкмоль/л; мочевины – 2,2 ммоль/л; креатинин – 58,0 мкмоль/л; общий белок – 63,0 г/л; сахар – 5,2 ммоль/л.

27.09.2022 года пациент был выписан из стационара на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии с клиническим диагнозом: хронический панкреатит с выраженным болевым синдромом, осложненный постнекротической кистой поджелудочной железы, эрозией и кровотечением из передне-верхней ветви панкреатодуоденальной артерии в полость кисты и ее тампонадой. Рекомендовано: соблюдение диеты (3 – 4 месяца); исключить физические нагрузки (2 – 3 месяца); продолжить противоязвенную терапию; продолжить ферментозаместительную терапию; проведение УЗИ брюшной полости через 2 – 3 месяца после выписки из стационара; контроль сахара крови; анализ крови на НВАIC через 3 месяца. При повышении последних показателей необходима консультация врача – эндокринолога.

Таким образом, в представленном клиническом случае показана необходимость полноценной современной диагностики кист ПЖ, для выявления таких тяжелых осложнений как кровотечений в полость кисты. У больных с этой патологией необходимо проведение своевременного адекватного оперативного вмешательства, учитывая тот факт, что

общепризнанных стандартов хирургического лечения данного осложнения в настоящее время нет.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Стяжкина С.Н., Хузина Л.Ф., А. М. Баженова А.М. Постнекротические кисты поджелудочной железы на фоне хронического панкреатита (описание клинического случая) // Столица науки. – 2020. – № 4(21). – С. 45-51.
2. Дистанова А. А., Хадеев Я.Р. Диагностика и лечение осложнений хронического панкреатита. Псевдокисты поджелудочной железы при хроническом панкреатите. Клинический случай / А. А. Дистанова, Я. Р. Хадеев // StudNet. – 2020. – Т. 3, № 2. – С. 167-173.
3. Копчак В.М., Копчак К.В., Перерва Л.А.[и др.] Современные подходы к лечению осложненных псевдокист поджелудочной железы / / Анналы хирургической гепатологии. – 2013. – Т. 18, № 4. – С. 94-99.
4. Мулкадарова С.Н., Некрасова А.А., Фокина Т.Ю., Акимов А.А. Консервативное и хирургическое лечение постнекротических кист поджелудочной железы / / Форум молодых ученых. – 2019. – № 3(31). – С. 604-616.
5. Барыков В.Н., Сенькин Н.Ю., Игнатов В.А. Аррозионные артериальные кровотечения, ассоциированные с псевдокистами поджелудочной железы // Медицинская наука и образование Урала. – 2022. – Т. 23, № 3(111). – С. 63-67.
6. Гольцов В.Р., Савелло В.Е., Демко А.Е. [и др.] Лечение больных с геморрагическими осложнениями псевдокист поджелудочной железы / / Анналы хирургической гепатологии. – 2017. – Т. 22, № 2. – С. 12-19.
7. Новожилов А.В., Мовсисян М.О., Григорьев С.Е.[и др.] Этапное лечение постнекротической кисты головки поджелудочной железы, осложненной массивным кровотечением / / Клиническая и экспериментальная хирургия.

Журнал имени академика Б.В. Петровского. – 2020. – Т. 8, № 1(27). – С. 96-100.

8. Барванян Г.М., Усов А.В. Лечение кровотечений из кистозных образований поджелудочной железы // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2011. – Т. 170, № 6. – С. 27-31.

9. Нустафаев Р.С., Маргиев В.Б., Штофин Г.С., Штофин С.Г. Хирургическое лечение панкреатических псевдокист и подходы к лечению сосудистых осложнений при псевдокистах // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2020. – № 7(179). – С. 102-108.