

DOI: 10.16931/1995-5464.2017382-86

Редкое осложнение хронического панкреатита

Попов А.Ю., Петровский А.Н., Замша Д.Г., Лищенко А.Н.,
Григорьев С.П., Барышев А.Г.

Научно-исследовательский институт — Краевая клиническая больница №1 им. С.В. Очаповского;
350086, г. Краснодар, ул. 1-го Мая, д. 167, Российская Федерация

Представлено два клинических наблюдения пациентов с кровотечением из протока поджелудочной железы в двенадцатиперстную кишку через большой сосочек двенадцатиперстной кишки. Дана краткая литературная справка, детально описаны история заболевания, проведенное обследование и оперативное лечение. Осложнение является малоизученным, стандарты диагностики и хирургического лечения отсутствуют, для него характерна высокая летальность.

Ключевые слова: поджелудочная железа, кровотечение, псевдогемобилия, *haemosuccus pancreaticus*, *вирсунгоррагия*, хирургическое лечение.

A Rare Complication of Chronic Pancreatitis

Popov A.Yu., Petrovsky A.N., Zamsha D.G., Lishchenko A.N.,
Grigoriev S.P., Baryshev A.G.

Research Institute — Ochapovsky Regional Clinical Hospital №1; 167, 1-Maya str., Krasnodar, 350086,
Russian Federation

Two clinical cases of bleeding from pancreatic duct into duodenum through major duodenal papilla are presented. Brief literature review, anamnesis, features of survey and surgical treatment are described. This complication is a little known and does not have standards for diagnosis and surgical treatment. This disease is characterized by high mortality.

Key words: pancreas, bleeding, pseudohemobilia, *hemosuccus pancreaticus*, *virsungorrhagia*, surgical treatment.

Псевдогемобилия, именуемая в англоязычной литературе “вирсунгоррагия” или *haemosuccus pancreaticus*, является весьма редким осложнением хронического панкреатита и представляет собой кровотечение из протока поджелудочной железы (ППЖ) в двенадцатиперстную кишку (ДПК) через большой сосочек двенадцатиперстной кишки (БСДПК).

Впервые такое кровотечение описали в 1931 г. W.E. Lower и J.I. Farrell [1]. В 1969 г. Vankemmel предложил термин *wirsungorrhagia* (в настоящее время используется во Франции) [2]. В 1970 г. Sandblom опубликовал сообщение о трех подобных наблюдениях и ввел термин *haemosuccus pancreaticus* (возможное толкование — “красный сок поджелудочной железы”), чтобы описать сходство расстройства с клиническим синдромом гемобилии [3].

Псевдогемобилия встречается достаточно редко и изучена мало. Так, по данным А. Кузюа и соавт. (2006), в период 1970–2003 гг. описано лишь 16 наблюдений *haemosuccus pancreaticus* [4]. По данным R. Anil Kothari и соавт. (2013), доля псевдогемобилии составляет менее 1% кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного

тракта [5]. Причиной *haemosuccus pancreaticus* является сочетание заболеваний поджелудочной железы (ПЖ) и сосудов гепатопанкреатобилиарной зоны [4–6]. К заболеваниям ПЖ относят острый и хронический панкреатит (в том числе и хронический калькулезный панкреатит), опухоли ПЖ, разрыв аневризм и псевдоаневризм селезеночной, печеночной артерий и их ветвей. Псевдоаневризмы сосудов, кровоснабжающих ПЖ, как правило, формируются на фоне хронического панкреатита с образованием псевдокисты, когда одна из стенок кисты является стенкой аневризмы. При ее разрыве происходит кровотечение в просвет псевдокисты и далее в ППЖ. Согласно данным R. Anil Kothari и соавт. (2013), разрыв сосудистой ложной аневризмы при хроническом панкреатите происходит в 6–8% наблюдений [5]. Крайне редко встречается кровотечение не из БСДПК, а из устья добавочного протока поджелудочной железы — санториниева протока. Такое кровотечение авторы называли *santorinorrhage*. У больного выявили врожденную патологию протоковой системы ПЖ, ставшую причиной хронического панкреатита [7].

Псевдогемобилия не имеет специфических признаков, протекает как кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта и отличается стертой клинической картиной, замаскированной проявлениями хронического панкреатита [4, 6]. Больные предъявляют жалобы на постоянную или приступообразную боль в животе, общую слабость, иногда сопровождающуюся потливостью, а также появление “черного” стула. ЭГДС, выполняемая, как правило, эндоскопом прямого наблюдения, не позволяет выявить истечение крови из БСДПК [8]. Для диагностики псевдогемобилии методами выбора следует считать МСКТ с внутривенным контрастированием и (или) ангиографию [9, 10]. Они позволяют выявить перемещение контрастного препарата за пределы сосудистого русла. Ангиография обеспечивает возможность остановки кровотечения путем эндоваскулярной эмболизации или стентирования пораженного сосуда [10, 11]. Однако, по мнению ряда авторов, эмболизация не всегда эффективна при лечении псевдогемобилии. Описаны ситуации, когда после проведения этой процедуры возникал рецидив кровотечения, что требовало выполнения открытого оперативного вмешательства. Выбор открытых оперативных пособий весьма широк и варьирует от перевязки желудочно-двенадцати-

перстной артерии до выполнения дистальной резекции поджелудочной железы или панкреатодуоденальной резекции (ПДР). Нельзя игнорировать и тот факт, что на выбор хирургического пособия оказывают влияние не только особенности клинической ситуации, но также опыт хирурга и общее состояние больного.

Летальность составляет от 25 до 37%, возрастает при рецидиве кровотечения и достигает 90% при развитии массивной геморрагии [5, 7].

Приводим клинические наблюдения.

Пациент 45 лет госпитализирован 23.09.2016 с клинической картиной состоявшегося дуоденального кровотечения, подтвержденного методами лабораторной и инструментальной диагностики. Диагностирован хронический рецидивирующий калькулезный панкреатит, фаза обострения; псевдокисты головки и тела ПЖ; рецидивирующее аррозивное кровотечение в полость кисты и просвет ДПК, кровопотеря тяжелой степени; постгеморрагическая анемия 3-й степени (тяжелая). План лечебных мероприятий включал антиферментную, гемостатическую, инфузионную терапию, энтеральное и парентеральное питание. В дальнейшем, при стабилизации состояния, предусматривали оперативное вмешательство в плановом порядке, а при рецидиве кровотечения — экстренное хирургическое пособие.

Сведения об авторах [Authors info]

Попов Арсен Юрьевич — заведующий хирургическим отделением №1 Научно-исследовательского института — Краевой клинической больницы №1 им. С.В. Очаповского.

Петровский Александр Николаевич — канд. мед. наук, врач-хирург хирургического отделения №1 Научно-исследовательского института Краевой клинической больницы №1 им. С.В. Очаповского.

Замша Денис Геннадьевич — врач-хирург хирургического отделения №1 Научно-исследовательского института — Краевой клинической больницы №1 им. С.В. Очаповского.

Лищенко Алексей Николаевич — канд. мед. наук, врач-хирург хирургического отделения №1 Научно-исследовательского института — Краевой клинической больницы №1 им. С.В. Очаповского.

Григорьев Сергей Петрович — канд. мед. наук, врач-хирург хирургического отделения №1 Научно-исследовательского института — Краевой клинической больницы №1 им. С.В. Очаповского.

Барышев Александр Геннадьевич — доктор мед. наук, заместитель главного врача по хирургии Научно-исследовательского института — Краевой клинической больницы №1 им. С.В. Очаповского.

Для корреспонденции*: Петровский Александр Николаевич — 350033, г. Краснодар, ул. Чехова, д. 4, кв. 48, Российская Федерация. Тел.: 8-909-46-48-456. E-mail: a_petrovsky@mail.ru

Popov Arsen Yurevich — Head of the Surgical Department №1 of Krasnodar Research Institute — Ochapovsky Regional Clinical Hospital №1.

Petrovsky Alexandr Nikolaevich — Cand. of Med. Sci., Surgeon of the Surgical Department №1, Krasnodar Research Institute — Ochapovsky Regional Clinical Hospital №1.

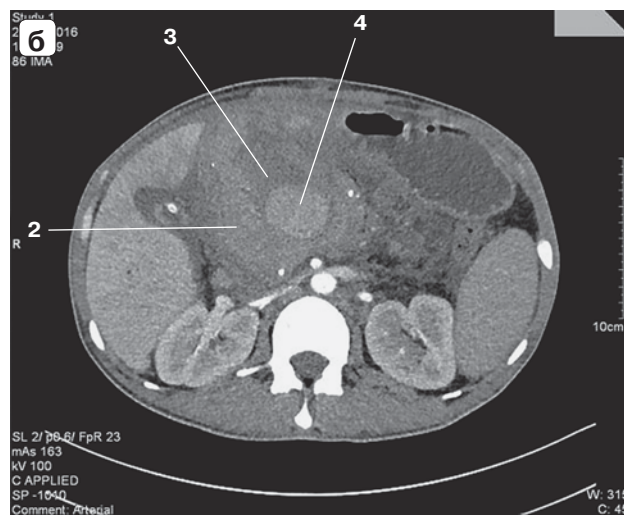
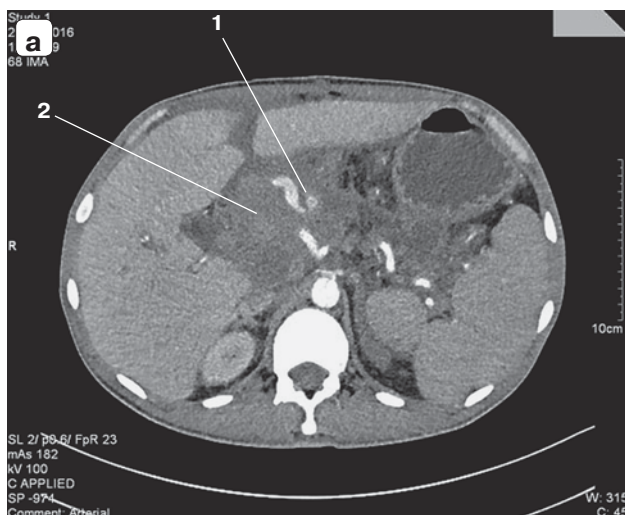
Zamsha Denis Gennadievich — Surgeon of the Surgical Department №1, Krasnodar Research Institute — Ochapovsky Regional Clinical Hospital №1.

Lischenko Alexey Nikolaevich — Cand. of Med. Sci., Surgeon of the Surgical Department №1, Krasnodar Research Institute — Ochapovsky Regional Clinical Hospital №1.

Grigorov Sergey Petrovich — Cand. of Med. Sci., Surgeon of the Surgical Department №1, Krasnodar Research Institute — Ochapovsky Regional Clinical Hospital №1.

Baryshev Alexandr Gennadievich — Doct. of Med. Sci., Deputy Chief Physician for Surgery of Krasnodar Research Institute — Ochapovsky Regional Clinical Hospital №1.

For correspondence*: Petrovsky Alexandr Nikolaevich — Apt. 48, 4, Chehova str., Krasnodar, 350033, Russian Federation. Phone: 8-909-46-48-456. E-mail: a_petrovsky@mail.ru



Компьютерная томограмма. Кровотечение в псевдокисту ПЖ: а — изображение на уровне чревного ствола; б — изображение на уровне почечных артерий; 1 — аневризма общей печеночной артерии, 2 — головка ПЖ, 3 — псевдокиста ПЖ, 4 — гематома в псевдокисте ПЖ.

24.09.2016 появились жалобы на боль в надчревной и правой подреберной области, сухость во рту, слабость, одышку, обильный стул с примесью крови. При объективном обследовании сознание ясное, кожный покров бледный, пациент вялый. Гемодинамические показатели стабильные: артериальное давление 85–90 и 40 мм рт. ст., пульс 108–120 в минуту. Отмечено уменьшение уровня гемоглобина с 84 до 63 г/л. По экстренным показаниям пациент оперирован. Выполнена лапаротомия. Тонкая и толстая кишки заполнены кровью, в области печеночно-двенадцатиперстной связки и головки ПЖ выраженный инфильтративный процесс, в который вовлечены окружающие ткани. В области ворот печени многочисленные полнокровные извитые вены, свидетельствующие о портальной гипертензии. ПЖ каменистой плотности, отмечено вовлечение воротной вены и ее притоков в инфильтративный процесс. Выполнена ПДР. Ввиду тяжелого состояния пациента и выраженной анемии решено воздержаться от формирования панкреатоеноанастомоза. Продолжительность операции — 5 ч 20 мин, кровопотеря составила 300 мл. Продолжительность пребывания в отделении реанимации — 3 сут. В послеоперационном периоде отмечено лимфоистечение из операционной раны, которое прекратилось в результате консервативных мероприятий. Пациент выписан через 11 сут после операции. Планируется повторная госпитализация для устранения наружного панкреатического свища.

Пациент 30 лет экстренно госпитализирован 29.09.2016 с жалобами на выраженную слабость, боль в мезогастральной области, тошноту. Диагноз “хронический панкреатит” установлен в 2008 г. С тех пор отмечал неоднократные обострения, проходил стационарное лечение. 04.09.2016 госпитализирован в больницу по месту проживания в связи с развитием интенсивного болевого синдрома. 06.09.2016 оперирован: выполнены лапаротомия, дуоденотомия,

ушивание кровоточащей язвы луковицы ДПК, вскрытие и наружное дренирование псевдокисты головки ПЖ, холецистостомия. Выписан с улучшением, но через 5 дней вновь госпитализирован в связи с гипертермией и нарастающей слабостью. При госпитализации состояние тяжелое. Гемоглобин 52 г/л. Выполнена КТ. ПЖ увеличена, в ее проекции новообразование 108 x 106 мм с участками перемещения контрастного препарата за пределы дистального отдела общей печеночной артерии (рисунок). Воротная вена расширена до 18 мм, выявлено множество венозных коллатералей. В течение первых суток пребывания в палате интенсивной терапии состояние пациента ухудшилось вследствие кишечного кровотечения. В связи с безуспешностью лечебных мероприятий пациент оперирован. Выполнена лапаротомия. Под печенью выявлен плотный малоподвижный конгломерат до 12–13 см, в который вовлечены дистальная часть желудка, ДПК, головка ПЖ, желчный пузырь, малый сальник, участок поперечной ободочной кишки с сегментом брыжейки. Осмотр печеночно-двенадцатиперстной связки затруднен. Отмечена контактная кровоточивость, а из дефекта тканей в проекции ДПК поступает артериальная кровь. Установить источник кровотечения затруднительно ввиду выраженного спаечного процесса и плотности инфильтрата. Просвет ДПК и полость кисты туго тампонируются кровью. Осмотреть общую печеночную артерию, воротную и верхнюю брыжеечную вены не удалось. Желудочно-двенадцатиперстная артерия, распластанная снаружи конгломерата, мобилизована и перевязана. С техническими трудностями конгломерат удален. Учтя массивную кровопотерю и нестабильную гемодинамику, вмешательство завершили наружным дренированием ППЖ и общего желчного протока. Реконструктивный этап операции отложен до стабилизации состояния пациента. Продолжительность операции — 6 ч, кровопотеря — 6000 мл, восполнена гемотрансфузией. Течение послеопера-

ционного периода крайне тяжелое. Продленная ИВЛ. При УЗИ с ЦДК определяется кровоток по воротной вене, печеночной артерии, а также по их ветвям. Несмотря на проводимое интенсивное лечение, через 3 сут наступил летальный исход. Причина смерти — геморрагический шок, полиорганная недостаточность, сепсис.

Приведенные клинические наблюдения демонстрируют недостатки программ лечения при псевдогемобилии, стремительность развития осложнений и быструю декомпенсацию витальных функций даже при своевременном хирургическом вмешательстве. Редкость *haemosuccus pancreaticus* и неосведомленность большинства хирургов об этом синдроме могут стать причиной диагностических ошибок и неправильного выбора лечебной тактики. Также не вызывает сомнения необходимость мультидисциплинарного подхода в лечении таких больных.

● Список литературы / References

1. Lower W.E., Farrell J.I. Aneurysm of the splenic artery: report of a case and review of the literature. *Arch. Surg.* 1931; 23: 182–190.
2. Etienne S., Pessaux P., Tuech J., Lada P., Lermite E., Brehant O., Arnaud J. Hemosuccus pancreaticus: a rare cause of gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol. Clin. Biol.* 2005; 29 (3): 237–242. DOI: 10.1016/S0399-8320(05)80755-9. PMID: 15864172.
3. Sandblom P. Gastrointestinal hemorrhage through the pancreatic duct. *Ann. Surg.* 1970; 171 (1): 61–66.
4. Kuzuya A., Mizuno K., Miyake H., Iyomasa S., Matsuda M. Hemosuccus pancreaticus caused by rupture of a true splenic artery aneurysm following a failure of coil embolization. *Ann. Vasc. Surg.* 2006; 20 (1): 130–133.
5. Anil Kothari R., Leelakrishnan V., Krishnan M. Hemosuccus pancreaticus: a rare cause of gastrointestinal bleeding. *Ann. Gastroenterol.* 2013; 26 (2): 175–177.
6. Rammohan A., Palaniappan R., Ramaswami S., Kumar Perumal S., Lakshmanan A., Srinivasan U.P., Ramasamy R., Sathyanesan J. Hemosuccus pancreaticus: 15-year experience from a tertiary care GI bleed centre. *ISRN Radiol.* 2013; 2013: 191794. DOI: 10.5402/2013/191794.
7. Vázquez-Iglesias J.L., Durana J.A., Yañez J., Rodríguez H., García-Vallejo L., Arnal F. Santorinorrhage: hemosuccus pancreaticus in pancreas divisum. *Am. J. Gastroenterol.* 1988; 3 (8): 876–878.
8. Clay R.P., Farnell M.B., Lancaster J.R., Weiland L.H., Christopher J.G. Hemosuccus pancreaticus: an unusual cause of upper gastrointestinal bleeding. *Ann. Surg.* 1985; 202 (1): 75–79.
9. Boudghene F., Hermine C.L., Bigot J.M. Arterial complications of pancreatitis: diagnostic and therapeutic aspects in 104 cases. *J. Vasc. Interv. Radiol.* 1993; 4 (4): 551–558.
10. Benz C.A., Jacob P., Jacobs R., Riemann J.F. Hemosuccus pancreaticus — a rare cause of gastrointestinal bleeding: diagnosis and interventional radiological therapy. *Endoscopy.* 2000; 32 (5): 428–431.
11. Enomoto S., Yahagi N., Fujishiro M., Oka M., Kakushima N., Iguchi M., Isayama H., Yanaoka K., Arai K., Tamai H., Shimizu Y., Ichinose M., Omata M. Hemosuccus pancreaticus: Clearly identified by timely duodenoscopy, multiplanar volume reformation of CT image and celiac angiography. *JMAJ.* 2006; 49 (3): 128–131.

Статья поступила в редакцию журнала 23.11.2016.
Received 23 November 2016.

Комментарий к статье

Редкое осложнение хронического панкреатита

Попов А.Ю., Петровский А.Н., Замша Д.Г., Лищенко А.Н.,
Григорьев С.П., Барышев А.Г.

Статья посвящена редкому, но тяжелому осложнению разнообразных поражений поджелудочной железы, прежде всего рецидивирующего панкреатита — кровотечению, часто массивному, в просвет панкреатического протока и псевдокист, которое в целом ряде случаев сопровождается истечением крови через БСДПК в желудочно-кишечный тракт. Подобные кровотечения нередко носят рецидивирующий и интенсивный характер с развитием выраженной анемии, сопровождаясь часто летальным исходом. Отсюда необходимость возможно ранней объективной диагностики данного осложнения и установления его причин, а также использования эффективных способов гемостаза и последующего радикального хирургического лечения.

Статья представляет собой анализ двух клинических наблюдений тяжелого течения данного осложнения с летальным исходом у одного из пациентов. Хотя авторы ссылаются на роль парапанкреатических псевдокист в развитии *haemosuccus pancreaticus*, они не прибегали к использованию ангиографического исследования для выявления подобных псевдокист, а также и методов эндоваскулярного гемостаза с целью стабилизации состояния пациента и подготовки его к последующему оперативному вмешательству в более благоприятных условиях. Невыполнение гастродуоденоскопии также не позволило авторам в более ранние сроки установить факт патологического сообщения главного панкреатического протока с желудочно-кишечным трактом, что также способствовало задержке своевременного выявления тяжелого осложнения.

Что касается показаний и методики примененного авторами радикального оперативного вмешательства, то здесь также возникает ряд вопросов, в том числе в отношении техники выполнения ПДР. В подобных случаях наиболее сложным этапом этой вынужденной операции при поражении головки поджелудочной железы является атравматичное выделение панкреато-

дуоденального комплекса. Однако авторы не описывают свою методику операции и способы предотвращения массивной геморрагии, послужившей причиной смерти одного из пациентов. Авторы не приводят также литературных сообщений об опыте применения ПДР в подобных драматических ситуациях. Между тем в известной монографии И.Н. Гришина приведены примеры попыток использования подобной тактики у пациентов с приводимым синдромом с помощью выполнения ПДР на высоте интенсивного кровотечения и анемии у значительной группы пациентов, большая часть которых не смогла перенести эту операцию.

Авторы описанных клинических наблюдений совершенно справедливо рекомендуют хирургам-панкреатоологам помнить о существовании разбираемого осложнения и необходимости его раннего выявления до развития кровотечения или в ранние сроки его возникновения. Выполнение ПДР, особенно при кровотечениях из области головки ПЖ, оправдано в основном в качестве второго этапа хирургического лечения после объективного выявления источника кровотечения, детализации поражения ткани ПЖ и морфологии поврежденных кровеносных сосудов и достигнутого с помощью минимально инвазивных эндоваскулярных или хирургических методов хотя бы временного гемостаза.

Несмотря на продемонстрированные авторами довольно спорные способы диагностики и техники выполнения радикальной операции, статья вызывает существенный интерес, прежде всего как повод к обсуждению способов выявления и устранения подобных осложнений. Было бы целесообразно на страницах журнала развернуть обсуждение оптимальных способов объективного выявления псевдоаневризм парапанкреатических артерий и других причин подобных осложнений и оптимальных способов минимально инвазивных и традиционных операций, предупреждающих и устраняющих опасность подобных тяжелых осложнений.

Профессор М.В. Данилов