



О. Є. Каніковський,
В. О. Шапринський,
І. В. Павлик,
Ю. П. Гнатюк

Вінницький національний
медичний університет
ім. М. І. Пирогова

© Колектив авторів

ПІЗНЯ КРОВОТЕЧА З ПРОСВІТУ ПАНКРЕАТО-ЄЮНОАНАСТОМОЗУ ПІСЛЯ РАНІШЕ ВИКОНАНОЇ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ: РОЗБІР КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ ТА ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Реферат. Кровотеча, джерело якої знаходиться в підшлунковій залозі або прилеглих до неї структурах є рідкісним, як правило, фатальним проявом хронічного панкреатиту.

Метою дослідження був розбір клінічного досвіду лікування пацієнтів з хронічним панкреатитом, ускладненим пізньою панкреаторагією.

Матеріали та методи. Протягом 2000–2021 рр. проведено хірургічне лікування 249 хворих на ускладнений хронічний панкреатит. Панкреаторагія виникла у 6 (2,4%) хворих.

Обговорення. Представлена презентація клінічного випадку кровотечі в просвіт шлунково-кишкового тракту у хворого, якому рік тому виконано панкреатодуоденальну резекцію з приводу ускладненого фіброзно-дегенеративного хронічного панкреатиту. Кровотеча виникла з нижньої панкреатодуоденальної артерії, яка прорізала матрацним швом після важкого фізичного навантаження, що і стало причиною важкої панкреаторагії.

Висновки. Для профілактики виникнення панкреаторагії в післяопераційному періоді найбільш дієвим способом є прошивання судин в паренхімі підшлункової залози полідіоксаномом та пломбування дефектів панкреатичного протоку фібриновим або ціаноакриловим клеєм, хоча дане питання потребує подальшого вивчення.

Ключові слова: хронічний панкреатит, панкреаторагія

Вступ

Панкреаторагія (*Hemosuccus pancreaticus*, вісунгорагія) – відноситься до типу кровотеч з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту і складає менше 0,05% випадків. До панкреаторагії відносять кровотечі з просвіту Фатерова сосочка, джерело якого знаходиться в підшлунковій залозі або структурах прилеглих до неї [1, 2]. Панкреаторагія є вкрай рідким проявом перебігу захворювань підшлункової залози і відсутність досвіду в гепатопанкреатобілярній хірургії може бути причиною виникнення діагностичних та лікувальних помилок в таких випадках. Причинами панкреаторагії може бути наявність розриву аневризми або псевдоаневризми панкреатодуоденальних, гастродуоденальних, печінкової артерій в просвіт псевдокісти. Такі випадки зустрічаються нечасто, однак по даним деяких авторів частота виникнення кровотечі в просвіт псевдокісти складає 6–17%. [3, 4].

Мета дослідження

Презентація випадку пізньої панкреаторагії після раніше виконаної панкреатодуоденальної резекції.

Матеріали та методи досліджень

Упродовж 2000–2021 р. проведено хірургічне лікування 249 хворих на ускладнений хронічний панкреатит. Панкреаторагія виникла у 6 (2,4%) хворих.

Результати досліджень та їх обговорення

Хворий М., 45 років, був госпіталізований у хірургічну клініку 12.11.2018 року, з клінікою шлунково-кишкової кровотечі. Стан хворого важкий: блювота свіжою кров'ю, втрата свідомості, виділення свіжої крові з прямої кишки. Захворів гостро, початок захворювання пов'язує із важкою фізичною працею. В 2014 році виконано панкреато-дуоденальну резекцію з приводу хронічного фіброзно-дегенеративного калькульозного панкреатиту. Панкреатоєюноанастомоз виконувався за комбінованою методикою: сформовано дворядним швом *duct to mucus* з накладанням протекторних матрацних швів по типу *Blumgart*.

Хворий астенічної тілобудови, шкіра та видимі слизові бліді. Пульс 120 уд/хв, ритмічний. АТ= 60/30 мм рт ст. В легенях та серці патології при огляді не виявлено. При пальпації живіт болісний у верхніх відділах. Печінка не



збільшена, селезінка та нирки не пальпуються. При ректальному обстеженні в ампулі прямої кишки – свіжа кров. Хворому в ургентному порядку виконано ФГДС – джерела кровотечі у верхніх відділах ШКТ не виявлено.

Лабораторно: Нв-52 г/л, еритроцити – $1,85 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити – $8,2 \times 10^9$ /ШОЕ – 37 мм/год, глюкоза крові 8,3 ммоль/л, загальний білок – 70 г/л, білірубін загальний 8,5 мкмоль/л, прямий – 0, сечовина – 5,4, креатинін – 0,02, протромбіновий індекс – 80 %, протромбіновий час – 14', фібриноген – 3,2 г/л, етаноловий тест – негативний.

Призначено консервативне лікування у вигляді: свіжозаморожена плазма, відмиті еритроцити, транексамова кислота по 10 мл 6 разів на день, етамзилат натрію 2.0 в/м 4 рази на день, омепразол 40 мг в/в 2 рази на день, октреотид 0,1 п/ш 3 рази на день. Об'єм інфузійної терапії до 3 літрів в день.

Кровотеча зупинена консервативно. На наступний день виконано ФКС: патології товстого кишечника не виявлено. Однак, після проведення дослідження у хворого виник рецидив кровотечі в стаціонарі.

У стані геморагічного шоку III ступеня хворому виконано екстрене оперативне лікування за життєвими показаннями – верхньосередню лапаротомію. Під час лапаротомії встановлено, що весь тонкий кишечник заповнений кров'ю, яка знаходилася вище ентеро-ентероанастомозу. Виконано ФГДС інтраопераційно, джерела кровотечі в верхніх відділах ШКТ (до зв'язки Трейца) не знайдено. Вирішено провести огляд ФГДС інтраопераційно з ручною асистенцією до рівня ентеро-ентероанастомозу, де також джерела кровотечі не було. В підпечінковій зоні та в області сальникової сумки значний злуковий процес. Ідентифікувати візуально зону панкреато-єюноанастомозу не представляється можливим. При підході ендоскопу до проекції панкреато-єюноанастомозу раптово з'явилася велика кількість свіжої крові. Було виділено петлю кишки в безпосередній близькості до панкреато-єюноанастомозу, в якій була свіжа кров. Ентеротомія нижче функціонуючого холедохоєюноанастомозу до 4 см і при огляді із зони панкреато-єюноанастомозу з'явилася пульсуюча кровотеча, з розміром струміню до 0,3 см, судина прошита, кровотеча зупинена. В просвіті анастомозу на поверхні кишки було знайдено лігатуру, імпрегвану солями жовчі, яка була знята. Ентеротомний розріз ушитий дворядним швом. Санація та дренажування черевної порожнини.

Післяопераційний перебіг без ускладнень, на 10 добу після оперативного втручання хворий виписаний додому.

Згідно літературного огляду, стосовно пізніх панкреаторагій, немає статистичних даних, які би показували актуальний відсоток їх виникнення. Серед імовірних причин вказується арозія псевдоаневризму панкреатодуоденальних судин [5].

Аналізуючи ситуацію, яка виникла у даного хворого, можна вважати, що кровотеча виникла з нижньої панкреатодуоденальної артерії, яка прорізалася матрацним швом після важкого фізичного навантаження, що й стало причиною важкої панкреаторагії (рис. 1). Випадок відноситься до серії казуїстичних. Відповідно до нашої вибірки хворих пізню панкреаторагію зафіксовано у одного хворого з 249, що склало 0,4% [6, 7].

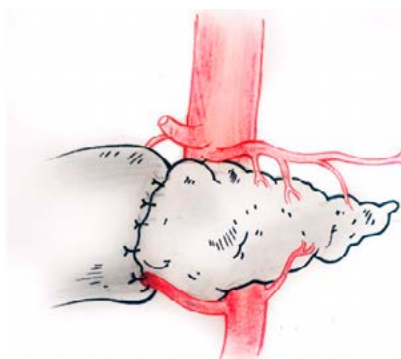


Рис. 1. Схематичне зображення панкреатоєюноанастомозу з втягненням до нижньої панкреато-дуоденальної артерії

Аналізуючи літературні дані, щодо виникнення ускладнень після формування панкреатоєюноанастомозу за різними модифікаціями, слід зазначити, що при формуванні стандартного Cattle-Woren duct to mucosa анастомозу кровотеча в ранньому післяопераційному періоді виникає у близько 12%, а у випадку формування Blumgart type панкреатоєюноанастомозу – в 3% випадків в ранньому післяопераційному періоді [8]. Даних за пізні ускладнення в літературних джерелах ми не зустріли.

Висновки

Панкреаторагія як прояв хронічного панкреатиту виникає у 6 (2,4%) хворих. Для профілактики виникнення панкреаторагії в післяопераційному періоді найбільш дієвим способом є прошивання судин в паренхімі підшлункової залози полідіоксаноном та пломбування дефектів панкреатичного протоку фібриновим або ціаноакриловим клеєм, хоча дане питання потребує подальшого вивчення.



REFERENCES

1. Sanjay P, Fawzi A, Fulke J, Kulli C, Tait IS, Zealley IA, et al. Late Post Pancreatectomy Haemorrhage. Risk Factors and Modern Management // JOP. J Pancreas (Online) 2010 May 5; 11(3):220-5. DOI: <https://doi.org/10.6092/1590-8577/3816>.
2. Shetty S, Shenoy S, Costello R, Yasir AM, Arora A. Hemosuccus pancreaticus // J Ayub Med Coll Abbottabad 2019;31(4) :622-6. PMID: 31933323.
3. Falconi M, Casetti L, Salvia R, Sartori N, Bettini R, Mascetta G, et al. Pancreatic Head Mass, How Can We Treat It ? Chronic Pancreatitis: Surgical Treatment // JOP – Journal of the Pancreas 2000; 1(3 Suppl.):154-61. DOI: <https://doi.org/10.6092/1590-8577/415>
4. Mimatsua K, Fukino N, Kanob N, Kawasakic A, Oida T. Surgical Laparotomy for Repeated Delayed Arterial Hemorrhage after Pancreaticoduodenectomy // Case Rep Gastroenterol 2019;13:50-7. DOI: 10.1159/000496918.
5. Yu P, Gong J. Hemosuccus pancreaticus: A mini-review // Annals of Medicine and Surgery. 2018; 28: 45-8. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2018.03.002>.
6. Li T, Luo LX, Zhang C, Wang GP, Chen ZT, Jiang ZC, et al. End-to-End Invaginated Pancreaticojejunostomy with Three Overlapping U-Sutures – A Safe and Simple Method of Pancreaticoenteric Anastomosis. // Journal of Investigative Surgery.2015;2:115-9. <https://doi.org/10.3109/08941939.2014.982313>
7. Olakowski M, Grudzińska E, Mrowiec S. Pancreaticojejunostomy – a review of modern techniques.// Langenbeck's Archives of Surgery .2020;405:13-22.
8. Kleespies A, Rentsch M, Seeliger H, Albertsmeier M, Jauch KW, Bruns C. J. Blumgart anastomosis for pancreatic head resection // British Journal of Surgery2009; 96: 741–750. DOI: 10.1002/bjs.6634
9. Roch A, Teyssedou J, Mutter D, Marescaux J, Pessaux P. Chronic pancreatitis: A surgical disease? Role of the Frey procedure. //World J Gastrointest Surg. 2014; 6(7): 129-35. ISSN 1948-9366 (online) DOI: 10.4240/wjgs.v6.i7.129
10. King JC, Reber HA, Shiraga S, Hines OJ. Pancreaticopleural fistula is best managed by early operative intervention // Surgery. 2010;147(1):154-9. doi: 10.1016/j.surg.2009.03.024. Epub 2009 Jun 9
11. BoudayaMS, Alifano M, Baccari S, Regnard JF. Hemothorax as the clinical presentation of a pancreaticopleural fistula: report of a case.// Surg Today. 2007;37(6):518-20. doi: 10.1007/s00595-006-3427-y. Epub 2007 May 28.

CLINICAL EXPERIENCE
IN THE TREATMENT
OF PANCREATORRHAGIA
IN PATIENTS WITH
COMPLICATED CHRONIC
PANCREATITIS

*O. E. Kanikovskiy,
V. O. Shaprynskiy,
I. V. Pavlyk, Yu. P. Hnatiuk*

Summary. Bleeding, the source of which is in the pancreas or adjacent structures, is a rare, usually fatal manifestation of chronic pancreatitis.

The aim of the study was to analyze the clinical experience of treatment of patient with chronic pancreatitis complicated by late pancreatorrhagia (hemosuccus pancreaticus).

Materials and methods. During 2000-2021, surgical treatment of 249 patients with complicated chronic pancreatitis was performed. Pancreatorrhagia occurred in 6 (2.4%) patients.

Discussion. A presentation of a clinical case of bleeding in the lumen of the gastrointestinal tract in a patient who underwent pancreatoduodenal resection a year ago for complicated fibro-degenerative chronic pancreatitis. Bleeding arose from the inferior pancreatoduodenal artery, which was cut through the mattress suture after heavy exercise, which caused severe pancreatorrhagia.

Conclusions. To prevent the occurrence of pancreatorrhagia in the postoperative period, the most effective way is to suture the vessels in the parenchyma of the pancreas polydioxanon and filling the defects of the pancreatic duct with fibrin or cyanoacrylic glue. Although this issue needs further study.

Keywords: *chronic pancreatitis, pancreatorrhagia, hemosuccus pancreaticus*