

УДК: 616.37-002.2-036-06:616.136-007.64-039

В.І. РУСИН¹, С.С. ФІЛІП², Є.С. СІРЧАК³, В.В. РУСИН¹, П.Ф. СЕРВЕТНИК²*Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб¹, кафедра загальної хірургії², кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб³, Ужгород***ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ, УСКЛАДНЕНОГО ПСЕВДОАНЕВРИЗМАМИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ**

В роботі представлено результати обстеження та лікування 11 хворих на хронічний панкреатит, ускладнений псевдоаневризмами панкреатодуоденальної зони. У комплексі методів променевої діагностики псевдоаневризми у хворих на хронічний панкреатит, як скринінг-метод, має застосовуватися ультразвукове обстеження. Для остаточного вирішення питання про псевдоаневризми, особливо малого діаметра, необхідне виконання поліпроекційної ангіографії, яке в подальшому може бути використане для малоінвазивних методів лікування. Рентгеноендоваскулярне лікування повинно бути методом вибору в лікуванні хворих з псевдоаневризмами 2 типу, що виникли безпосередньо в паренхімі підшлункової залози і не мають зв'язку з протокою підшлункової залози. Якщо відсутні дані для хірургічного лікування інших ускладнень хронічного панкреатиту, рентгеноендоваскулярне лікування є заключним.

Ключові слова: хронічний панкреатит, псевдоаневризми, рентгеноендоваскулярні способи лікування

Хронічний панкреатит (ХП) до недавнього часу вважався рідкісною хворобою. На сьогоднішній день – це досить часте захворювання: у різних країнах захворюваність на хронічний панкреатит становить 5–7 нових випадків на 100 000 населення. При цьому за останні 40 років стався приблизно дворазовий приріст захворюваності на панкреатит. Щорічно тільки в Україні виявляють на 5000–6000 хворих з ураженням підшлункової залози (ПЗ) більше ніж у попередні роки. В структурі захворювань травної системи дана патологія займає 5,1–9%. Дуже часто хронічний панкреатит клінічно проявляється через різноманітні ускладнення, одним з найбільш загрозливих для життя і важких за перебігом є псевдоаневризми (ПА) панкреатодуоденальної зони або артерій басейну черевного стовбура і верхньої брижової артерії. У середньому поширеність даного ускладнення за даними різних авторів становить 2–10 %. Основна причина формування ПА при хронічному панкреатиті – деструкція стінки артерії ферментами панкреатичного соку з подальшою арозивною кровотечею в порожнину постнекротичної кісти (I тип ПА) або паренхіму підшлункової залози (II тип ПА) [1, 2, 3].

Частота ураження непарних вісцеральних артерій у хворих на ХП різна. За даними різних авторів в 50–65 % випадків джерелом ПА є селезінкова артерія (СА), що обумовлено її тісним контактом на великій відстані з паренхімою ПЗ. Рідше джерелом ПА є шлунково-дванадцятипалокишкова артерія (ШДА) (20–30 %), підшлунково-дванадцятипалокишкові артерії (ПДА) – (10–20 %), загальна печінкова артерія (5–10 %), ліва шлункова артерія (2–5 %), інші (верхня брижова, права шлунково-великочепцева, черевна аорта, артерії паренхіми підшлункової залози) – 1–3 % випадків [1, 3].

Імовірність розриву аневризми, з розвитком масивної кровотечі, велика. Саме арозивна крово-

теча з ПА, а не сам факт її існування у хворого ХП, є прогностично несприятливим ускладненням і зумовлює високу летальність, що за даними різних авторів, незважаючи на активну хірургічну тактику, досягають 50 %, а у хворих, яким не було надано будь-якої медичної допомоги, летальність збільшується до 90–100 % [1, 2, 4, 5].

Отже, актуальним залишається питання диференційованого підходу до діагностики хронічного панкреатиту, ускладненого ПА артерій басейну черевного стовбура і верхньої брижової артерії, і визначення ефективності різних методів лікування.

Мета дослідження. Визначити оптимальну діагностично-лікувальну тактику хворих на хронічний панкреатит, ускладнений псевдоаневризмами артерій басейну черевного стовбура і верхньої брижової артерії.

Матеріали та методи. На стаціонарному лікуванні у хірургічній клініці Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. Андрія Новака (м. Ужгород) за більш ніж десятирічний період, від 2000 до 2015 року, перебувало 11 хворих з ХП, у яких перебіг захворювання був ускладнений ПА непарних вісцеральних гілок черевного відділу аорти. За статевою ознакою хворі були поділені таким чином: 7 (62,4 %) чоловіків та 4 (37,6 %) жінок у віці від 28 до 64 років (середній вік – 46,6 року).

У всіх пацієнтів захворювання проявлялося диспептичними розладами травлення та больовим синдромом. Функціональний та морфологічний стан ПЗ оцінювали за результатами загальноклінічних, біохімічних, імунологічних, гістологічного, сонографічних (УСГ) методів дослідження, комп'ютерної томографії (КТ), фіброезофагогастроудоденоскопії (ФЕГДС), ангіографії (целиакографія). Стан протоки підшлункової залози (ППЗ) досліджували за допомогою ретроградної холангіопанкреатографії (РХПГ).

Клінічна картина проявлялася симптомами ХП. На біль у верхніх відділах живота різної інтенсивності, не пов'язані з прийомом їжі, скаржилися 9 (81,8 %) пацієнтів, на тяжкість в надчеревній ділянці – 4 (36,4 %). Безсимптомний перебіг ХП, ускладненого ПА, виявлено в 2 (18,2%) спостереженнях. При фізикальному обстеженні у 3 (27,3 %) хворих з ПА вислуховувався систолічний шум в надчеревній ділянці.

Результати досліджень та їх обговорення. У більшості випадків ПА формувалися з селезінкової артерії – 8 (71,7) пацієнтів. У 2 (18,2 %) спостереженнях діагностовано ПА ПДА, в 1 (9,1 %) випадку – ШДА. Усі хворі в анамнезі перенесли гострий панкреатит.

Ендоскопічне дослідження було виконано 9 (81,8 %) хворим на ХП. З огляду на те, що 4 (36,4 %) хворих в анамнезі відзначали епізоди шлунково-кишкової кровотечі (блювота незмінною кров'ю, мелена) вважаємо за необхідне виконання ФЕГДС для виключення найбільш поширених причин кровотечі з верхніх відділів травної системи (виразкова хвороба, ерозивний гастрит, синдром Меллорі-Вейса). Наявність ерозивно-виразкових змін слизової оболонки верх-

нього відділу травної системи, в доопераційному періоді, вимагає проведення відповідної противиразкової терапії до їх повної епітелізації.

У комплексі методів променевої діагностики ПА у хворих на ХП як скринінг-метод має застосовуватися УЗО. У нашій роботі використання УЗО дозволило виявити ПА непарних вісцеральних артерій у 81,8 % спостережень. Чутливість методу в порівнянні з ангиографією склала 91,9 %. При обстеженні у 11 хворих ХП були виявлені 9 ПА непарних вісцеральних артерій (6 – ПА СА, 1 – ШДА, 1 – ПДА, 1 – джерело достовірно не локалізоване).

При виконанні УЗО оцінювали стан паренхіми і протокової системи ПЗ, наявність ознак портальної гіпертензії і екстравазальної компресії паранепарних судини ПА великих розмірів. Особливий акцент робили на використання кольорового доплерівського картування, яке необхідно для диференціальної діагностики ПА від інших кістозних утворень черевної порожнини (рис. 1). При цьому оцінювали розміри ПА, наявність в її порожнині тромботичних мас, характер кровотоку. Однак чітко визначити артеріо-джерело ПА в нашому дослідженні вдалося тільки в 72,7 % випадків.



Рис. 1. Хворий К. При УЗО – спонтанне контрастування порожнини аневризми з реєстрацією артеріального кровотоку

За допомогою УЗО не завжди вдається діагностувати ПА малих розмірів, розташованих у дистальних гілках непарних вісцеральних артерій. У 2 спостереженнях не вдалося виявити ПА СА і ПДА малих розмірів (10x8 мм і 8 x 4 мм відповідно). Тому для уточнення діагнозу і точного визначення артерії-джерела ПА було необхідним застосування інших методів променевої діагностики.

Виконання КТ дозволило у 72,7 випадку діагностувати ПА. Чутливість КТ у порівнянні з ангиографією склала 87,3%.

КТ із болюсним контрастним підсиленням так само допомагає в диференціальній діагностиці ПА артерій з кістозними утвореннями черевної порожнини, дозволяє отримати найбільш інформативну про топіку ураження, встановити взаємовідносини аневризми з оточуючими структурами, підтвердити результати УЗО. У нашому спостереженні у 81,8% випадків вдалося простежити зв'язок ПА з основним стовбуром або гілками непарних вісцеральних артерій. Даний метод дозволяє точно виміряти розміри просвіту ПА, виявити індивідуальні особливості будови і

відходження артерій, що необхідно для успішного виконання РЕ втручання. В 2 (18,2%) спостереженнях за допомогою КТ була виявлена патологічна звивистість СА.

Аналіз даних КТ показав, що аневризми малих розмірів (діаметром менше 10 мм), розташовані в дистальних гілках непарних вісцеральних артерій, при дослідженні без контрастування діагностувати практично не можливо. У 2 хворих з ХП були виявлені аневризми СА і ПДА розміром 10 x 8 мм і 8 x 4 мм відповідно, у 1 пацієнтки з множинними ПА СА була діагностована 1 аневризма у воротах селезінки (розміром 10x10 мм). У 1 спостереженні ПА СА розміром 30 x 27 і мм при КТ трактували як кістозна пухлина хвоста ПЗ. В цих спостереженнях для уточнення діагнозу було необхідно виконати ангиографічне дослідження.

МРТ виконували у 4 випадках, що не дозволяє реально оцінити чутливість методу. Досліджували складні діагностичні випадки, коли дані УЗО і КТ не давали вичерпної інформації, а так само уточнення топографо-анатомічних взаємовідносин ПА з оточуючими структурами. МРТ, КТ та УЗО виявилися неінформативним в діагностиці ПА малого діаметра, що потребувало продовжити діагностичний пошук.

Для остаточного вирішення питання про ПА, особливо при діагностиці ПА малого діаметра, вважаємо за необхідне виконання поліпроекційної ангиографії.

Проведене дослідження показало, що ангиографія є високоінформативним методом діагностики ПА непарних вісцеральних артерій малого діаметра, що дозволило у всіх хворих визначити ПА.



Рис. 2. Селективна ангиографія хворого П. з кістою головки ПЗ. Псевдоаневризми шлунково-дванадцятипалокишкової артерії

Обсяг ангиографічного дослідження залежав від локалізації та топографо-анатомічних особливостей ПА, з обов'язковим проведенням послідовних селективного і суперселективного досліджень, які дозволили уточнити розміри аневризми, особливості артерії-джерела, в динаміці оцінити колатеральне кровопостачання.

Наявність ПА у хворих ХП є абсолютним показанням для виконання РЕ або хірургічного втручання. Основний критерій, який визначає тактику лікування хворих на ХП, ускладнений ПА панкреатоудоденальної зони, є тип ПА.

Винятком є випадки розриву ПА і профузної кровотечі у вільну черевну порожнину або просвіт кишечника, рідше – заочеревинного простору, що вимагають екстреного хірургічного втручання. Найчастіше хірург не має повної інформації про стан артеріального басейну, а саме – наявності стенозів і оклюзій, патологічної звивистості артерії-джерела ПА (особливо СА). Ці фактори можуть звести нанівець ефективність РЕ лікування, тому виконання його як менш інвазивного втру-

чання у важких хворих, спрямованого на зупинку кровотечі, недоцільно і може виявитися летальним для хворого. При відсутності профузної кровотечі хворі потребують детального обстеження, що дозволяє визначити оптимальну тактику лікування хворих на ХП, ускладнений ПА.

РЕ лікування повинно бути методом вибору в лікуванні хворих з ПА 2 типу, що виникли безпосередньо в паренхімі ПЗ і не мають зв'язку з протокою підшлункової залози. Якщо відсутні дані для хірургічного лікування інших ускладнень ХП, РЕ лікування є заключним. Вибір методу РЕ втручання залежав від топографо-анатомічних особливостей артерії, яка є джерелом ПА, розмірів ПА, стану колатерального (обхідного) кровотоку.

Висновки. Таким чином, комплексна променева діагностика є високоінформативним методом у діагностиці хронічного панкреатиту, ускладненого псевдоаневризмами артерій, що дозволяє ідентифікувати джерело і попередити виникнення кровотечі.

При псевдоаневризмах 1 типу РЕ лікування є першим, допоміжним методом, що дозволяє відкрити ПА з кровотоку і усунути рецидивні кровотечі, а під час операції сприяє зменшенню кро-

вовтрати. При ПА 2 типу та відсутності інших ускладнень ХП, які потребують хірургічної корекції, хворі потребують РЕ лікування, яке є остаточним методом лікування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Ложные аневризмы артерий бассейна черевного ствола у больных хроническим панкреатитом / А.Г. Кригер, Л.С. Коков, Г.Г. Кармазановский [и др.] // Журнал хирургии имени Н.И. Пирогова. — 2008. — № 12. — С. 17—23.
2. Ничитайло М. Ю. Псевдокісти підшлункової залози, ускладнені кровотечею: епідеміологія, патогенез, діагностика, лікування / М.Ю. Ничитайло, Ю.В. Снопко, Ю.О. Хілько // Клінічна хірургія. — 2009. — № 1. — С. 57—61.
3. Хирургическая анатомия поджелудочной железы / В.М. Копчак, А.Ю. Усенко, К.В. Копчак, А.И. Зелинский. — К.: Аскания, 2011. — 141 с.
4. Management and outcome of bleeding pseudoaneurysm associated with chronic pancreatitis / J. Hsu, C. Yeh, C. Hung [et al.] // BMC Gastroenterol. — 2006. — Vol. 6, № 3. — P. 3.
5. Ruptured pancreaticoduodenal, artery pseudoaneurysm with chronic pancreatitis presenting as recurrent upper gastrointestinal bleeding / H.L. Chen, W.H. Chang, S.C. Shih [et al.] // Dig. Dis. Sci. — 2007. — Vol. 52, № 11. — P. 3149—3153.

V.I. RUSYN¹, S.S. FILIP², E.S. SIRCHAK³, V.V. RUSYN¹, P.F. SERVETNYK²

Uzhhorod National University, Faculty of Medicine, Department of Surgical Diseases¹, Department of General Surgery², Department of Propaedeutics³, Uzhhorod

COURSE OF CHRONIC PANCREATITIS COMPLICATED BY PSEUDOANEURYSMS OF PANCREATODUODENAL ZONE

The results of examination and treatment of 11 patients with chronic pancreatitis complicated by pseudoaneurysms of the pancreatoduodenal zone are displayed in the article. The complex radiation diagnosis methods of pseudoaneurysms in patients with chronic pancreatitis as a screening method for an ultrasound examination should be applied. For the final decision on the pseudoaneurysms, especially small diameter, poliprojectional angiography should be performed, which can later be used for minimally invasive treatments. X-ray-endovascular treatment should be the treatment of choice in the patients with type 2 pseudoaneurysms arising directly into the parenchyma of the pancreas and have no connection with the main pancreatic duct. If there is no data for the surgical treatment of other complications of chronic pancreatitis, X-ray-endovascular treatment is final.

Key words: chronic pancreatitis, pseudoaneurysms, X-ray-endovascular treatments

Стаття надійшла до редакції: 08.04.2016 р.