РЕДКОЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ. НЕОРДИНАРНЫЙ ПУТЬ ОСТАНОВКИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

RARE GASTROINTESTINAL BLEEDING. AN EXTRAORDINARY WAY OF STOPPING GASTROINTESTINAL BLOOD FLOW

Проничев Вячеслав Викторович – заведующий кафедрой госпитальной хирургии, доктор медицинских наук, профессор; Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

Акберова Халима Исмаил кызы – студент, Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

Джениева Айсель Эльман кызы – студент, Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

Pronichev V.V. Pronicnevvv@mail.ru

Akberova KH. I. halimaakberova@yandex.ru

Dzhenieva A.E. Ayseldzenieva@mail.ru

Аннотация: В статье описан редкий клинический случай желудочно-кишечное кровотечение, возникшее на фоне аневризмы правой печеночной артерии, аномально отходящая от верхней брыжеечной артерии, которая вскрылась в кисту головки поджелудочной железы, и затем через вирсунгов проток попала в фатеров сосок и далее в пищеварительный тракт, вследствие чего и открылась желудочно-кишечное кровотечение.

Anotation: The article describes a rare clinical case of gastrointestinal bleeding that arose against the background of an aneurysm of the right hepatic artery, abnormally departing from the superior mesenteric artery, which opened into a cyst of the pancreatic head, and then through the wirsung duct entered the nipple of Vater and

further into the digestive tract, the instruction of which opened up gastrointestinal bleeding.

Ключевые слова: аневризма, псевдокисты поджелудочной железы, холедох, вирсунговый проток, окклюзия, холицистэктомия, дренирование.

Key words: aneurysms, pancreatic pseudocysts, common bile duct, Wirsung duct, occlusion, cholecystectomy, drainage.

Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) - одна из наиболее частых причин экстренной госпитализации в стационары хирургического профиля. На сегодняшний день описано более ста заболеваний, которые могут сопровождаться желудочно-кишечным кровотечением. Все геморрагии условно можно разделить на 4 группы: кровотечения при поражении ЖКТ, портальной гипертензии, повреждениях сосудов и заболеваниях крови.

Аневризма печеночной артерии - патологическое расширение печеночной артерии, занимает четвертое место среди всех аневризм внутренних органов. Опасность представляют осложнения аневризмы - разрыв или тромбоз. Печеночная аневризма может располагаться вне печени в ее воротах, либо внутри печени в ветвях собственной печеночной артерии. Аневризма печеночной артерии может долгое время никак себя не проявлять, но ее осложнения имеют очень высокий риск летального исхода от внутрибрюшного или кишечного кровотечения.

Цель исследования: изучить клиническое течение редкого желудочно-кишечное кровотечение и неординарные пути остановки желудочно-кишечного кровотечение в хирургической практике.

Материалы и методы исследования: В БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» проведено клиническое наблюдение и изучена история болезни больной Б.

Пациент Б. 38 лет, поступил хирургическое отделение в БУЗ УР «Можгинской РБ МЗ УР» с желудочно-кишечным кровотечением. В ходе обследований была обнаружена аневризма правой печеночной артерии, аномально отходящая от верхней брыжеечной артерии, которая вскрылась в кисту головки поджелудочной железы, затем через вирсунгов проток протекла в фатеров

сосок и далее в пищеварительный тракт, вследствие чего и открылась желудочно-кишечное кровотечение. За время нахождения в стационаре было проведено консервативное лечение и проведены лабораторные исследования: крови – лейкоциты – $10,48*10^9$/л, тромбоциты – $410*10^9$/л, СОЭ – 50мм/ч, щелочная фосфатаза – 159ед/л; анализ мочи без изменений. Рентгенография легких без видимой патологии. Обзорная рентгенография органов брюшной полости в прямой проекции, а положении стоя без признаков свободного газа и кишечной непроходимости. И вследствие желудочно-кишечного кровотечения, пациент экстренно был переведен в БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» г. Ижевска. Состояние при выписке, удовлетворительное, болевой синдром сохраняется в эпигастральной области. Живот не вздут, в дыхании участвует, при пальпации мягкий, умеренно болезненный, в эпигастральной области, пальпируется пульсирующее образование.

В БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» пациент был переведен в экстренном порядке. В течение 30 дней, с 08.01.2021г до 08.02.2021г, была назначена медикаментозная терапия, проведены лабораторные и инструментальные исследования: анализ крови - эритроциты – 3, $16*10^{12}$/л, гемоглобин – 91г/л, гематокрит – 28,60%, щелочная фосфотаза – 808,46ед/л, АСТ – 88,89ед/л, АЛТ – 180,44ед/л, СРБ – 7,36мг/л, общий билирубин – 27, 67мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: Внегастральная компрессия 12 п.к., острые эрозии желудка, ЖКК F IIb, подслизистое образование желудка. На момент осмотра данных за продолжающееся ЖКК нет.

МРТ брюшной полости: МР - признаки панкреатита с наличием жидкостного образования в головке поджелудочной железы. Гепатомегалия. Дилатация внутрипеченочных и общепеченочного протоков, Вирсунгова протока. Увеличение желчного пузыря с признаками дискинезии. Асцит. Правосторонний гидроторакс.

УЗИ органов брюшной полости: УЗ – признаки гепатомегалии на фоне диффузных изменений в паренхиме печени, осложненной псевдокисты головки поджелудочной железы на фоне хронического калькулезного панкреатита,

увеличение размеров с утолщением стенок, эховзвеси в желчном пузыре и паравезикального «выпота», «следов» жидкости в малом тазу.

СКТ органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием: Состояние после операции рентген-эндоваскулярной окклюзии правой печеночной артерии с признаками настоятельности и экстравазации контраста. Состояние после операции холицистэктомии, дренирование холедоха, санации и дренирование брюшной полости. Частично тромбированная псевдоаневризма правой печеночной артерии на фоне псевдокисты головки поджелудочной железы. Хронический калькулезный панкреатит. Киста паренхимы левой почки 1 типа.

При ангиографии брыжеечных сосудов: ложная аневризма правой артерии не визуализируется.

В период госпитализации были проведены операции: рентгенэндоваскулярная окклюзия правой печеночной артерии аномально отходящей от верхней брыжеечной артерии (Рис.1); Лапаратомия, Холицистэктомия, дренирование холедоха по Пиковскому. Санация, дренирование брюшной полости; Селективная ангиография чревного ствола, верхней брыжеечной артерии.



Рис.1. Рентгенэндоваскулярная окклюзия правой печеночной артерии аномально отходящей от верхней брыжеечной артерии

В послеоперационном периоде, пациент жаловался на боли в правом подреберье, явление механической желтухи. Дебют желчи до 1000мл в сутки,

уменьшился до 750-700мл в сутки. От перорального приема желчи пациент отказался в связи с появлением болей в эпигастрии после приема желчи.

Рана зажила первичным натяжением, швы сняты. Исход госпитализации, пациент выписан, с улучшением состояния. При выписке рекомендовано соблюдение диеты, ограничение физических нагрузок – не менее 4 месяцев после операции, наблюдение у хирурга по месту жительства, повторная госпитализация в хирургическое отделение БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» не ранее, чем 1 месяц для оперативного лечения – дренирование кисты поджелудочной железы, восстановление пассажа желчи.

30.03.2021г пациент планово поступил в хирургическое отделение БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» г. Ижевск, для решения вопроса удаления дренажа Пиковского и оперативного лечение кисты поджелудочной железы. Жалоб активно не предъявляет. Периодически тяжесть в области правого подреберья, наличие дренажа ЖВП. Отделяемое по дренажу нет. При осмотре: состояние удовлетворительное, сознание ясное, астеническое тип телосложения. Кожные покровы бледноваты. Дыхание везикулярное, ЧДД 16/мин, перкуторный звук легочной. Пульс 90уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, не вздут, чувствительный в эпигастрии и в правом подреберье. Перистальтика выслушивается. По МРХПГ состояние после холицистэктомии, холицистолитиаз, умеренная дилатация желчных протоков, вирсунгостаз, диффузные изменения печени и поджелудочной железы. Анализы крови: гемоглобин 102.00г/л, щелочная фосфатаза – 1594.74ед/л, АЛТ – 100.72ед/л, 87.38ед/л, ГТГ – 319.91ед/мл. При инструментальных исследованиях по УЗИ признаки легких диффузных изменений печени, расширения желчных протоков, состояние после холицистэктомии, диффузных изменений поджелудочной железы по типу хронического калькулезного панкреатита, вирсунгостаза, гастростаза. При ЭКГ ритм синусовый, тахикардия - 92уд/мин.

Операционная и послеоперационная холангиография: СПО РЭО правой печеночной артерии, холицистэктомии, дренирование холедоха по Пиковскому. R – пр. послеоперационной деформации стенок общего печеночного протока в холедоха. Не исключаются наличие в общем печеночном протоке.

При ангиографии брыжеечных сосудов: ложная аневризма правой артерии не визуализируется.

СКТ органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием: Состояние после операции рентгенэндоваскулярной окклюзии правой печеночной артерии с признаками миграции спиралей (Рис.2) в холедох и вирсунгов проток, с вирсунгостазом и холангиоэктазией. Расширение воротной вены. Состояние после операции холицистэктомии, дренирование холедоха, санации и дренирование брюшной полости. Псевдоаневризма правой печеночной артерии не визуализируется. Хронический калькулезный панкреатит. Киста паренхимы левой почки 1 типа.

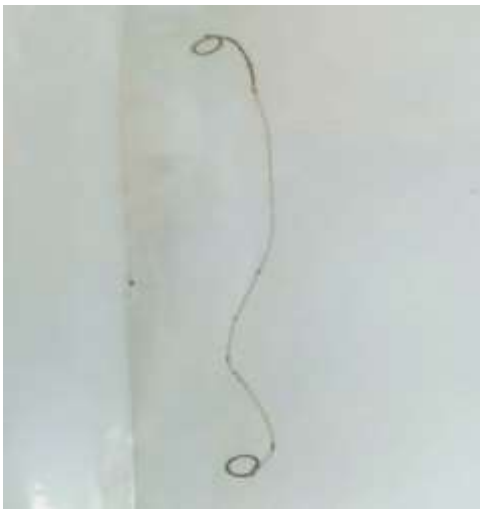

Рис.2.Образец эндоваскулярной спирали

Наличие клинически хронического, непрерывно - рецидивирующего панктреатита, состояния после эмболизации ложной аневризмы правой печеночной артерии, наличие инородных тел холедоха и вирсунгого протока, желчной и панкреатической гипертензии является показанием к оперативному лечению. Предлагается лапаротомия, ревизия, операция Бегера под наркозом. Диагноз подтвержден клинически, УЗИ, ФГДС, СКТ, МРТ и лабораторно.

В связи с этим под интубационным наркозом выполнена серединная лапаротомия, брюшина блестящая, выпота нет. В подпеченочном пространстве умеренный спаечный процесс, петли тонкой кишки сальник, желудок, ободочная кишка спаяны в конгломерате с париетальной брюшиной. Выполнен адгезиолизис, органы дифференцированы. Печень несколько увеличена, серо –

вишневого цвета. В области гепатодуоденальной связки, головки поджелудочной железы грубый рубцово - инфильтративный процесс. Дифференцирована культя пузырного протока по дренажу Пиковского, установленному ранее. Дренаж удален. Через устье пузырного протока выполнена холангиоскопия, в просвете гепатико – холедоха шлам, мелкие конкременты, фибрин, не исключается сообщение гепатико – холедоха с полостью кисты головки поджелудочной железы (бывшая ложная аневризма). В дистальном направлении катетер 0,2см проходит через папиллу в ДПК. Вскрыта сальниковая сумка. Поджелудочная железа пальпаторно не увеличена, плотная, в области головки и перешейки имеется отек парапанкреатической клетчатки. Подкова ДПК распластана на увеличенной головке поджелудочной железы. В области тела поджелудочной железы дифференцирован вирсунгов проток, пунктирован, получен сок поджелудочной железы, вирсунгов проток рассечен продольно на протяжении 7см, выполнена вирсунгоскопия, удалены мелкие конкременты, грубые рубцовые изменения в области головки и перешейка. При ревизии металлическим зондом, не исключено его проникновение в кисту головки поджелудочной железы. В дистальном направлении металлический катетр 0,1см проникает через папиллу в ДПК. Выполнена дуоденумсохраняющая резекция головки поджелудочной железы, дифференцирован интрапанкреатический отдел холедоха, сформировано холедохо – панкреатическое соустье. Холедох дренирован через холедохотомическую рану по Керу, герметизирован на дренаже. Тонкая кишка пересечена дистальнее Трейтца на 40см, с учетом ангиоархитектоники сформирована Ру-петля. По краю реецированной головки и вирсунгого протока наложен позадиободочный холедохопанкреатикоеюно анастомоз. Межкишечный анастомоз бок в бок наложен на расстоянии 90см от холедохопанкреатикоеюно анастомоза. Окна в брыжейке ушиты. Контроль гемотаза – сухо, учет салфеток верен, подпеченочное пространство, сальниковая сумка (к анастомозу), малый таз дренированы ПХВ – трубками, дренажи выведены через контрапертуру. Операционная рана ушита послойно, наглухо. Состояние после операции удовлетворительное.

Таким образом, желудочно-кишечное кровотечение, возникшее на фоне аневризмы правой печеночной артерии, явилась причиной осложнения течения болезни пациента, вследствие которого и были предприняты неординарные методы остановки кровотечения.

Список литературы

1. И.Н. Бокарев, Е.Н. Немчинов. Желудочная и кишечная диспепсия // Практическая медицина. **2017**. С. 176.
2. А. А. Квашин, С.А. Атаманов, А.В. Мельник, А.О. Быков, А. А. Помкин, М.Г. Ширкин. Эндоваскулярная редукция ложной аневризмы собственной печеночной артерии. Клинический случай //StudNet. 2011-2012. № 27/28. С. 58-60.
3. Laopaiboon V., Ahinives C., Pongsuwan P. et al. Hepatic artery embolozation to control liver hemorrhages by interventional radiologists: experiences from Khon Kaen University. J. Med. Ass. Thaliand 2006. 89(3). С. 384-9.
4. С.Н. Стяжкина, А.А. Айратовна, Я.Р. Худеев. Диагностика и лечение осложнений хронического панкреатита. Псевдокисты поджелудочной железы при хроническом панкреатите. Клинический случай // StudNet. 2020. №2. С. 167-173.
5. В.М. Буйлов. Диагностика кист поджелудочной железы в средостении: что изменилось за последние 25 лет // Вестник рентгенологии и радиологии. 2013. № 5. С. 21-25.
6. Кузьмич, С. В. Желудочно-кишечный тракт. Лечение препаратами "Тяньши" и не только // Феникс. 2011. С. 256/

List of literature

1. N. Bokarev, E. N. Nemchinov. Gastric and intestinal dyspepsia // Practical medicine. 2017. p. 176.
2. Kvashin, S. A. Atamanov, A.V. Melnik, A. O. Bykov, A. A. Pomkin, M. G. Shirkin. Endovascular reduction of a false aneurysm of the own hepatic artery. Clinical case / / StudNet. 2011-2012. No. 27/28. pp. 58-60.

3. Laopaiboon V., Ahinives C., Pongsuwan P. et al. Hepatic artery embolozation to control liver hemorrhages by interventional radiologists: experiences from Khon Kaen University. J. Med. Ass. Thaliand 2006. 89(3). pp. 384-9.
4. S. N. Styazhkina, A. A. Ayratovna, Ya. R. Khudeev. Diagnosis and treatment of complications of chronic pancreatitis. Pseudocysts of the pancreas in chronic pancreatitis. Clinical case / / StudNet. 2020. No. 2. pp. 167-173.
5. V. M. Buylov. Diagnosis of pancreatic cysts in the mediastinum: what has changed in the last 25 years // Bulletin of Radiology and Radiology. 2013. No. 5. pp. 21-25.
6. Kuzmich, S. V. Gastrointestinal tract. Treatment with drugs "Tianshi" and not only / / Phoenix. 2011. p. 256