

© Коллектив авторов, 2011  
УДК [616.37-006.25+616.34]-005.1-08

Е.М. Гоч, А.С. Толстокоров, А.Н. Карпочев, Т.А. Корнилов, З.О. Саркисян

## БЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ЦИСТОВИРСУНГОКИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Кафедра хирургии и онкологии (зав. — проф. А.С. Толстокоров) Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского

**Ключевые слова:** поджелудочная железа, псевдокиста, цистодигестивное кровотечение, ложная аневризма.

Одним из частых осложнений острого и хронического панкреатита является образование псевдокисты поджелудочной железы (ПЖ), при этом нередко возникает геморрагическое осложнение — кровотечение в полость кисты [1, 2, 4]. Цистодигестивные кровотечения, ложные аневризмы бассейна чревного ствола относятся к разряду наиболее сложных в диагностике и лечении осложнений хронического кистозного панкреатита. Кровотечения в зависимости от аррозированной сосуда могут носить артериальный и венозный характер и нередко осложняться кишечным кровотечением через панкреатический проток [3].

Кистозные опухоли ПЖ: серозные кистозные опухоли, муцинозные кистозные опухоли относятся к редким опухолям ПЖ, могут также явиться причиной кишечного кровотечения через панкреатический проток при их распаде.

В связи с этим представляет интерес клиническое наблюдение.

Больная А., 51 год, поступила в стационар 12.08.2010 г. с жалобами на слабость, одышку, тошноту, боли в эпигастриальной области и левом подреберье. Из анамнеза известно, что 1 год назад больную стали беспокоить боли в эпигастриальной области и левом подреберье, которые купировались применением спазмолитиков. В мае 2010 г., помимо болей, появилась выраженная слабость, головокружение, периодически возникал черный стул. Больная была госпитализирована в терапевтический стационар по месту жительства, где при обследовании выявлена выраженная анемия (гемоглобин снижался до 50 г/л.). Однако при обследовании источника кровотечения обнаружено не было. Проводилась противоанемическая терапия. Через 1 мес больная с вышеперечисленными жалобами госпитализирована в

терапевтическое отделение ОКБ с резко выраженной анемией и признаками кишечного кровотечения. При обследовании патологических изменений в верхних отделах желудочно-кишечного тракта обнаружено не было, и больная переведена в отделение колопроктологии. При колоноскопии был выявлен геморрагический колит. Проводилась гемостатическая, противоанемическая терапия, на фоне которой достигнут положительный эффект. Больная выписана на амбулаторное лечение.

В июле 2010 г. больную вновь стали беспокоить боли в эпигастриальной области, тошнота, слабость. При этом следует отметить, что болевому синдрому практически всегда предшествовали эпизоды появления кала черного цвета.

12.08.2010 г. больная вновь госпитализирована в ОКБ.

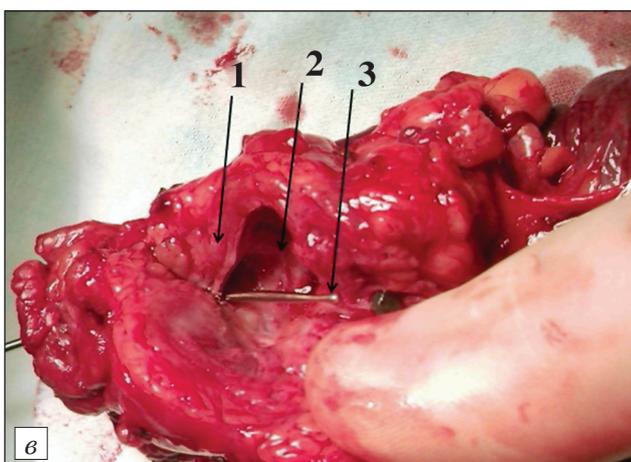
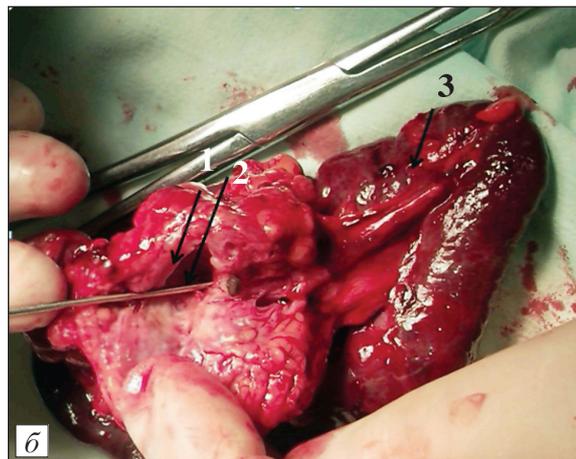
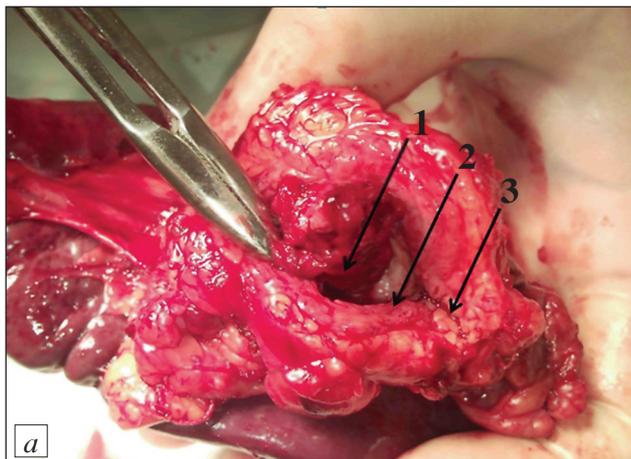
При поступлении состояние больной тяжелое, кожные покровы бледные. Уровень гемоглобина 69 г/л. Больной проводили гемо- и плазмотрансфузию. С целью установки источника кровотечения больной выполняли фиброгастроуденоскопию. При этом в двенадцатиперстной кишке обнаружили следы крови, однако источника кровотечения установлено не было. Также больную осмотрели проктолог, гинеколог, ей выполнили повторную колоноскопию, дуплексное сканирование крупных вен и артерий брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости, селективную ангиографию непарных ветвей брюшной аорты. При перечисленных исследованиях патологии не выявлено.

31.08.2010 г. выполнена КТ брюшной полости, при этом в хвосте ПЖ была обнаружена киста небольших размеров (до 14 мм) с очагами кровоизлияний. 03.09.2010 г., учитывая нарастание анемии, по жизненным показаниям произведена операция.

На операции патологии в брюшной полости не выявлено, за исключением наличия описанной при КТ кисты диаметром 2 см в хвосте ПЖ. Учитывая данные КТ, а также отсутствие иных возможных источников кровотечения, выполнены резекция хвоста ПЖ, спленэктомия.

При рассечении препарата в полости кисты обнаружен сгусток темной крови, а также 2 открывающихся в полость кисты венозных сосуда и дистальный отдел протока ПЖ (рисунок).

Послеоперационный период протекал без особенностей. Больная получала антисекреторную, спазмолитическую,



*Препарат хвоста поджелудочной железы.*

*а: 1 — кровяной сгусток, находящийся в кисте ПЖ; 2 — полость кисты ПЖ; 3 — ткань ПЖ; б: 1 — киста ПЖ; 2 — пугочатый зонд введен через кисту ПЖ в венозный сосуд; 3 — селезенка; в: 1 — ткань ПЖ; 2 — полость кисты ПЖ; 3 — пугочатый зонд введен через кисту ПЖ в проток ПЖ.*

инфузионную, антианемическую терапию. На фоне лечения состояние больной стабильное. Дренаж к ложу селезенки удален на 6-е сутки.

Гистологически — выявлена доброкачественная муцинозно-кистозная опухоль с распадом, кровоизлияние в стенку и в просвет кисты.

В удовлетворительном состоянии больная на 14-е сутки была выписана на амбулаторное лечение. Через 2 мес больной проведено контрольное обследование. Жалоб не предъявляет. Прибавка в массе тела 5 кг. Нб 131 г/л.

**БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК**

1. Козлов В.Г., Третьяк С.И., Ращинская И.Т., Ращинский С.М. Дифференциальная диагностика и хирургическая тактика при лечении пациентов с кистозными опухолями поджелудочной железы // Тезисы докладов XVII Межд. конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ «Актуальные вопросы хирургической гепатологии». — Уфа, 2010. — С. 219.
2. Кузин М.И., Данилов М. В., Благовидов Д.Ж. Хронический панкреатит. — М.: Медицина, 1985. — 361 с.
3. Федоров В.Д., Кригер А.Г., Цыганков В.Н. и др. Лечение больных с хроническим панкреатитом, осложненным ложной аневризмой артерии бассейна чревного ствола // Вестн. хир.—2010.—№ 1.—С. 44–52.
4. Чикотеев С.П., Корнилов Н.Г., Елисеев С.М. и др. Опыт диагностики и лечения хронического кистозного панкреатита, осложненного цистодигестивным кровотечением // Анналы хир. гепатол.—2007.—№ 3.—С. 236–237.

Поступила в редакцию 29.11.2010 г.