

ЭМБОЛИЗАЦИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТА С «КРОВОТЕЧЕНИЕМ-СТРАЖНИКОМ» ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Коваленко И.Б.¹, Капранов М.С.^{2,3}, Ярош А.Л.^{1,2}, Карпачев А.А.^{1,2}, Аль-Канани Э.С.^{1,2},
Гришин С.С.¹

¹ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»,
г. Белгород, Россия

²ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»,
г. Белгород, Россия

³ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», г. Москва, Россия

Актуальность: панкреатодуоденальная резекция (ПДР) является одной из наиболее сложных операций в абдоминальной хирургии. Несмотря на то, что это оперативное вмешательство существует и совершенствуется более чем 120 лет, оно сопровождается высоким риском интра- и послеоперационных осложнений. Одним из наиболее грозных, жизнеугрожающих и сложным в коррекции является послеоперационное кровотечение. «Кровотечение стражник» - термин введенный применимый к ситуации, когда массивному фатальному кровотечению после ПДР предшествует нефатальное кровотечение по дренажам или в желудочно-кишечный тракт.

Цель: оценить отдаленные результаты эмболизации у пациента с «кровотечением-стражником» после панкреатодуоденальной резекции по поводу рака поджелудочной железы.

Материалы и методы: представлено клиническое наблюдение пациента М, 66 лет, которому в октябре 2018 года была выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция из двупод-реберного доступа по поводу умеренно дифференцированной протоковой аденокарциномы головки поджелудочной железы. На 23е сутки от оперативного вмешательства у пациента произошло массивное нефатальное желудочно-кишечное кровотечение («кровотечение-стражник», в связи с чем он был госпитализирован по месту жительства, а затем переведен в региональный сосудистый центр г. Белгород. При обследовании (мультиспиральная компьютерная томография с контрастным усилением) выявлена ложная аневризма правой печеночной артерии. В процессе транспортировки в РСЦ произошел рецидив кровотечения, на фоне нестабильной гемодинамики доставлен в рентген-операционную, выполнена попытка имплантации стент-графта в правую печеночную артерию, затем попытка эмболизации по методике «front-to-backdoor», не увенчавшиеся успехом из-за анатомически извитых сосудов бассейна чревного стола, перепадах в уровне артериального давления. Выполнена эмболизация ложной аневризмы спиральями. Через 5 суток после эмболизации - рецидив кровотечения, на ангиографии - признаки экспансии аневризмы. Дополнительно выполнена эмболизация спиральями ложной аневризмы, правой и общей печеночной артерии, при которых часть спиралей располагается вне просвета артерий (заподозрен артерио-дигестивный свищ). Через 5 суток от второго оперативного вмешательства - рецидив кровотечения. При ангиографии выявлено: одна из спиралей мигрировала по желудочно-кишечному тракту, источником кровотечения является ложная аневризма, заполняемая коллатеральными из бассейна левой печеночной артерии. С техническими трудностями выполнена эмболизация по методике «front-to-backdoor», путем эмболизации правой печеночной артерии дистальнее ложной аневризмы и проксимальнее аневризмы композицией из спиралей и препарата Опух. Пациент был выписан под наблюдение и для дальнейшего лечения (полихимиотерапия) у онколога.

Результаты: пациент находится на динамическом наблюдении (34 месяца) За период наблюдения и обследования - рецидивов кровотечения не было.

Выводы: эмболизация при «кровотечении-стражнике» у пациентов после перенесенной панкреатодуоденальной резекции позволяет добиться гемостаза даже в случае сложной анатомии, а также может позволить увеличить медиану выживаемости у пациентов с раком поджелудочной железы.

Ключевые слова: рак поджелудочной железы, панкреатодуоденальная резекция, «кровотечение-стражник», эмболизация.
