

склеротерапии. В 2007 г. госпитализировано 49 пациентов, умерли 16, летальность – 32,6%. В 2013 г. госпитализировано – 69, умерли 21, летальность – 30,4%, при этом 7 (10%) из них умерли в первые сутки госпитализации в связи с декомпенсацией ЦП (класса С) и полиорганной недостаточностью.

Таким образом, плановая этапная склеротерапия ВРВ пищевода является эффективным способом профилактики прогрессирования варикозного расширения вен пищевода и желудка и развития рецидивов кровотечений. Внедрение и активное применение плановой склеротерапии для профилактики прогрессирования расширения вен и при прогнозировании риска развития кровотечения – один из реальных, возможных и доступных методов улучшения непосредственных результатов лечения, улучшения качества жизни данных пациентов и снижение летальности.

Литература:

1. Лыткин, М.И. Отдаленные результаты лечения больных с портальной гипертензией, осложненной гастродуоденальным кровотечением / М.И. Лыткин, И.А. Ерохин, В.М. Диденко // Вестник хирургии. – 1984. - № 12. – С. 11-15.

УДК 616.37 – 006.6 – 089

ЗНАЧЕНИЕ АНОМАЛИЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ

**Гривачевский А.С.¹, Угляница К.Н.², Камарец А.М.¹, Балбатун А.И.¹,
Божско Г.Г.²**

¹ УЗ «Тродненская областная клиническая больница»

² УО «Тродненский государственный медицинский университет», Тродно, Беларусь

Известно, что кровоснабжение поджелудочной железы формируется соответственно двум ее эмбриональным зачаткам. Верхняя половина железы кровоснабжается из бассейна чревного ствола, а ее нижняя половина – верхней брыжеечной артерии [1]. Многовариантность деления сосудов в гепатопанкреатодуоденальной зоне настолько выражена, что потребовала даже разработки классификаций деления сосудов в этой зоне. Из них наиболее соответствующей запросам для применения в клинической практике является классификация таких аномалий, предложенная К. Adachi.

Особое значение в хирургической панкреатогепатологии имеет знание кровоснабжения поджелудочной железы, которое осуществляется ветвями печеночной, селезеночной и верхней брыжеечной артерий. В прогностическом плане наибольшее значение имеет кровоснабжение печени. При этом установлено, что вариабельность анатомических вариантов отхождения общей печеночной артерии и ее ветвей встречается от 5,4 до 20,4% наблюдений. Знание вариантов и аномалий артериального кровоснабжения печени имеет большое значение при операциях в этом

анатомически сложном регионе, особенно при таких массивных вмешательствах, как гастропанкреатодуоденальная резекция, при которой жизненно важно идентифицировать, выделить и сохранить множество витальных сосудов.

В литературе наиболее часто обсуждаются варианты отхождения правой печеночной и реже – общей печеночной артерии [2]. Пересечение ветвей печеночной артерии может приводить к ишемии печени и развитию ее некроза, значительно повышает риск несостоятельности гепатикоеюноанастомоза и/или его стеноза в отдаленном периоде [2, 3]. Поэтому в специальной литературе широко обсуждается вопрос об идентификации, резекции и реконструкции вовлеченных в опухоль аномально расположенных артерий [2].

Описание анатомических вариантов отхождения печеночных артерий в большей степени основано на секционном материале и интраоперационных находках. При этом публикации, посвященные клиническим случаям у пациентов, которым выполнены гастропанкреатодуоденальные резекции и другие операции в этой зоне, немногочисленны, основаны на описании единичных наблюдений [3, 4]. В нашей работе также наблюдались единичные случаи подобных аномалий кровоснабжения печени.

В онкологическом отделении №5 с 2007 по 2013 гг. выполнено 60 гастропанкреатодуоденальных резекций по поводу рака поджелудочной железы, реже – фатерова соска, опухоли Клатскина. При этом в 3 случаях (5,0%) интраоперационно нами выявлены аномалии правой и общей печеночной артерий, значительно затруднившие анатомическую ориентировку и проведение операции. Ниже приводим наши наблюдения.

1. Пациентка С., 56 лет, оперирована после соответствующей подготовки по поводу рака головки поджелудочной железы, осложненной механической желтухой. Во время операции установлено отсутствие общей печеночной артерии в типичном положении. После мобилизации головки поджелудочной железы, по задней ее поверхности, выявлен крупный артериальный сосуд, исходящий из верхней брыжеечной артерии и направляющийся к воротам печени позади воротной вены. Данный сосуд удалось отделить от опухоли, идентифицировать его как общую печеночную артерию, выделить и перевязать дугообразно отходящую от нее ветвь – гастродуоденальную артерию, и в дальнейшем выполнить стандартную гастропанкреатодуоденальную резекцию без каких-либо интраоперационных осложнений.

Выявленная аномалия артериального кровоснабжения печени относится к редкому VI типу по классификации K.Adachi и сопряжена с высоким риском повреждения и/или перевязки общей печеночной артерии, ошибочно принятой за гастродуоденальную артерию. Аналогичная анатомическая ситуация выявлена еще у одного оперированного пациента. Анализ анатомической ситуации в зоне операции позволил правильно

интерпретировать вариант отхождения общей печеночной артерии и избежать серьезных осложнений во время операции.

2. Пациент Ю., 47 лет, оперирован на высоте безболевого желтуха, инициированной раком головки поджелудочной железы. При мобилизации сосудистых структур в зоне операции установлено, что обычно расположенная общая печеночная артерия представлена только ее левой ветвью, в то время как правая печеночная артерия отходит от верхней брыжеечной и направляется к воротам печени по задней поверхности головки поджелудочной железы. Кроме того, данный сосуд оказался вовлеченным на большом протяжении в опухоль. Пациенту выполнена стандартная гастропанкреатодуоденальная резекция. При этом аномальная правая печеночная артерия вынужденно резецирована вместе с опухолью и перевязана без сосудистой реконструкции. В послеоперационном периоде каких-либо клинических и лабораторных последствий перевязки правой печеночной артерии мы не наблюдали, пациент выписан на 16 сутки после операции.

Варианты артериального кровоснабжения печени встречаются относительно часто и потенциально опасны послеоперационными осложнениями при ошибочном лигировании аномальных сосудов. При выполнении гастропанкреатодуоденальных резекций особое значение имеют aberrации правой печеночной и общей печеночной артерий. Нестандартная сосудистая архитектура, выявленная во время операции, увеличивает продолжительность операции, требует тщательной диссекции и идентификации всех артериальных стволов без их перевязки, таит угрозу повреждения сосудов, ишемии печени и сопутствующих ей осложнений.

В наших наблюдениях аномальная правая печеночная артерия выявлена лишь в одном случае (1,7%), хотя, по данным многочисленных исследований, подобная aberrация встречается значительно чаще (6-17%) [2,4]. Возможно, что подобная анатомическая ситуация в ряде других случаев нами не была правильно расценена. Все случаи аномалий сосудов печени нами выявлены лишь в последние годы, по мере накопления опыта хирургических операций. Однако мы в последнем случае резецировали вовлеченную в опухоль правую печеночную артерию без сосудистой реконструкции и не получили каких-либо осложнений послеоперационного периода. Хотя в литературе имеются также аналогичные сообщения о перевязке правой печеночной артерии без восстановления кровотока, большинство авторов высказываются в такой ситуации за обязательную реконструкцию сосуда [2].

Аномальная общая печеночная артерия, отходящая от верхней брыжеечной артерии, нами диагностирована в 2 случаях (3,3%), что несколько чаще, чем по литературным данным, и представляла наибольшие технические трудности при выполнении гастропанкреатодуоденальных резекций. В наших наблюдениях эта нестандартная анатомическая ситуация потребовала длительной и кропотливой диссекции сосудов, прежде чем

удалось понять и оценить характер сосудистых аномалий. В обоих случаях удалось отделить общую печеночную артерию от опухоли, однако вероятность ее прорастания опухолью при такой локализации очень высока. По литературным данным, аномальная общая печеночная артерия может являться единственной витальной структурой, пораженной опухолью, что требует ее резекции и обязательной реконструкции печеночного кровотока [3].

Таким образом, знание вариантов артериального кровоснабжения печени имеет важное значение при выполнении гастропанкреатодуоденальных резекций и позволит избежать тяжелых послеоперационных осложнений. У пациентов, которым планируется гастропанкреатодуоденальная резекция, по нашему мнению, целесообразно рутинное дооперационное исследование сосудов (КТ-ангиография).

Литература:

1. Yamaguchi H. Blood supply to the duodenal papilla and the communicating artery between the anterior and posterior pancreaticoduodenal arterial arcades / H.Yamaguchi, S. Wakiguchi, G. Murakami, F. Hata et al. // J. Hepatobiliary Pancreat. Surg. – 2001. – Vol. 8. – P. 238-244.
2. Yang Y. Anatomical variation of the donor hepatic arteries: Analysis of 843 cases / Y.Yang, N.Jiang, Lu MQ et al. // Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao. – 2007. – Vol.27. – P. 1164-1166.
3. Shukla PJ. Vascular anomalies encountered during pancreatoduodenectomy: do they influence outcomes? / PJ. Shukla, SG. Barreto, A. Kulkarni // Ann Surg. Oncol. – 2010. – Vol.1. – P. 186-193.
4. Егоров В.И. Артериальные целиако-мезентериальные aberrации: сравнение операционных данных и КТ-ангиографии / В.И. Егоров, Н.И. Яшина, А.В. Федоров и др. // Хирургия. – 2009. – №11. – С. 4-9.

УДК 616.26-007.5:616Ю329-007.43]-035.7

ТАКТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Дедуль В.И.¹, Снитко В.Н.¹, Шишко В.И.¹, Лазута С.Ф.², Карева Л.В.³

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹

УЗ «Городская клиническая больница №2, г. Гродно»²

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»³, Гродно, Беларусь

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы является одним из распространенных заболеваний органов пищеварения. Примерно около 0,3-0,5% взрослого населения страдают этой патологией. Однако в связи с тем, что не менее 1/3 пациентов не обращаются к врачу в связи с бессимптомным или малосимптомным течением заболевания, истинная частота гораздо выше. Наиболее часто эта патология обнаруживается у лиц пожилого и