

## ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ПРИ ЛОЖНЫХ АНЕВРИЗМАХ СОСУДОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

*Шорох Г.П.<sup>1</sup>, д-р мед. наук, профессор, Тарасик Л.В.<sup>1</sup>, Козик Ю.П.<sup>1</sup>, Неверов П.С.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Городской центр по лечению больных с желудочно-кишечными кровотечениями УЗ «10-я ГКБ».*

*Кафедра неотложной хирургии БелМАПО,*

*<sup>2</sup>Белорусский государственный медицинский университет*

*Цель работы.* Определить оптимальный комплекс мероприятий у пациентов с ложными аневризмами (ЛА) сосудов гепатопанкреатодуоденальной зоны.

*Материал и методы.* В Городском центре по лечению больных с желудочно-кишечными кровотечениями с 2005 по 2010 гг. оперировано 69 пациентов с панкреатогенными кровотечениями (ПК). У 49 из них диагностированы ЛА в гепатопанкреатодуоденальной зоне.

Диагностический алгоритм у больных с ПК, обусловленными ЛА, включал проведение серии ФГДС с детальным осмотром постбульбарной зоны ДПК, области Фатерова сосочка, кардиального отдела и дна желудка; УЗИ брюшной полости с дуплексным сканированием, СКТ с болюсным усилением, по возможности РХПГ, эндосонографию, ангиографию.

СКТ с болюсным контрастным усилением во всех случаях позволило детализировать патоморфологические изменения в поджелудочной железе, произвести ангиографическое исследование с определением точной локализации ЛА и ее связи с панкреатической протоковой системой или с просветом ЖКТ.

ЛА в бассейне а. lienalis диагностирована в 17 случаях, у 29 больных отмечены ЛА а. gastroduodenalis и ее ветвей, и у 3 они исходили из а. pancreaticoduodenalis inf.

Наличие ПК вследствие формирования ЛА считаем показанием к хирургическому лечению, сроки и объем которого определяются индивидуально и зависят в первую очередь от интенсивности и объема кровопотери. В качестве временного достижения гемостаза можно рассматривать рентгеноваскулярное выключение ЛА из кровотока в комплексе с тщательной коррекцией гемодинамических и гематологических показателей.

Все пациенты оперированы.

*Результаты:* релапаротомий и летальных исходов не было.

*Выводы.*

1. Сочетание ФГДС и СКТ с болюсным усилением следует считать стандартом диагностики ЛА сосудов гепатопанкреатодуоденальной зоны, который не требует проведения дополнительных сложных и не всегда доступных в круглосуточном режиме диагностических манипуляций.

2. Проведение параллельной адекватной предоперационной подготовки позволяет сделать переносимым радикальное одномоментное хирургическое лечение у этой группы пациентов.