

© Коллектив авторов, 2017
УДК 616.37-006.6-089.87:616.131-005.6/7

Р. А. Хвастунов, Е. Н. Зюбина, П. В. Мозговой, В. И. Кондаков

УСПЕШНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСА ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Клиника № 1 (главрач — проф. Е. Н. Зюбина) и кафедра онкологии с курсом онкологии и гематологии ФУВ (зав. — проф. Р. А. Хвастунов), ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России

Ключевые слова: поджелудочная железа, рак, осложнения, лечение

R. A. Khvastunov, E. N. Zyubina, P. V. Mozgovoi, V. I. Kondakov

Successful surgical treatment of the patient with pancreatic cancer against the background of complex life-threatening complications

Clinic № 1 and department of oncology with course of oncology and hematology, Volgograd State Medical University

Key words: *pancreas, cancer, complications, treatment*

Частота ТЭЛА в онкологической практике в 4–7 раз выше, чем в общей хирургии, а риск фатальной ТЭЛА возрастает трехкратно. Вот почему сочетание злокачественного новообразования с ТЭЛА практически исключает противоопухолевое лечение. Если к тому же первичная опухоль поражает поджелудочную железу (ПЖ) и сопровождается кровотечением у пациента старше 70 лет, то ситуация представляется безвыходной.

Больной К., 73 лет, поступил в клинику № 1 нашего университета в срочном порядке 23.05.2016 г., интубированный зондом Сэнгстагена — Блэкмора по поводу опухоли поджелудочной железы с кровотечением. Из направительного эпикриза следует, что пациент перенес 2 эпизода пищеводно-желудочного кровотечения из варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка в течение последнего месяца с падением содержания гемоглобина до 67 г/л. По данным компьютерной томографии (КТ), имеется опухоль хвоста ПЖ и подозрение на ТЭЛА.

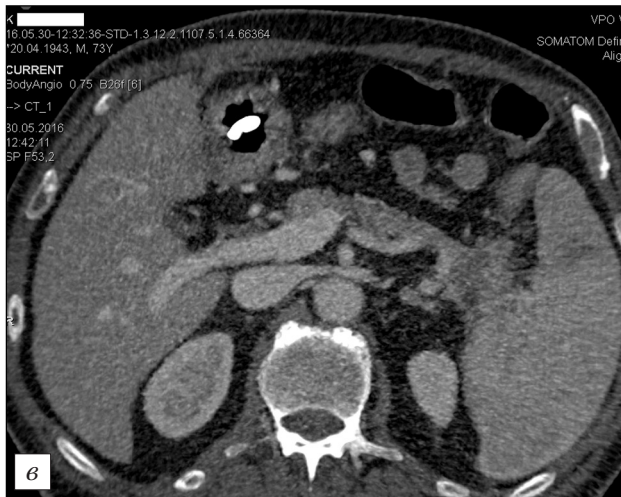
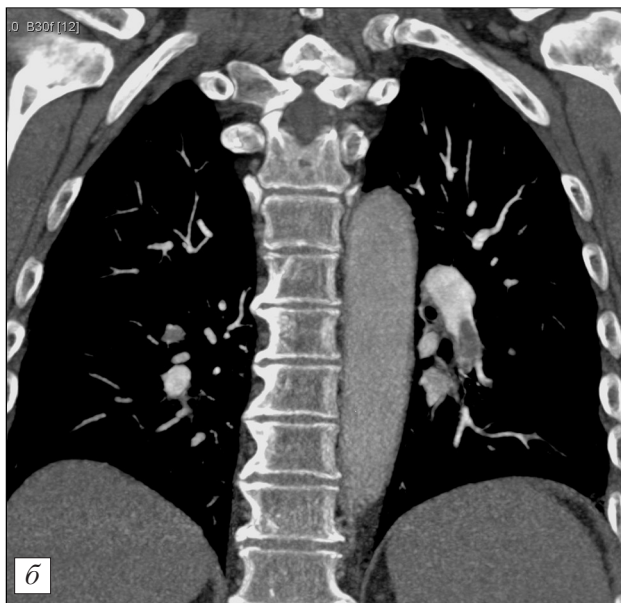
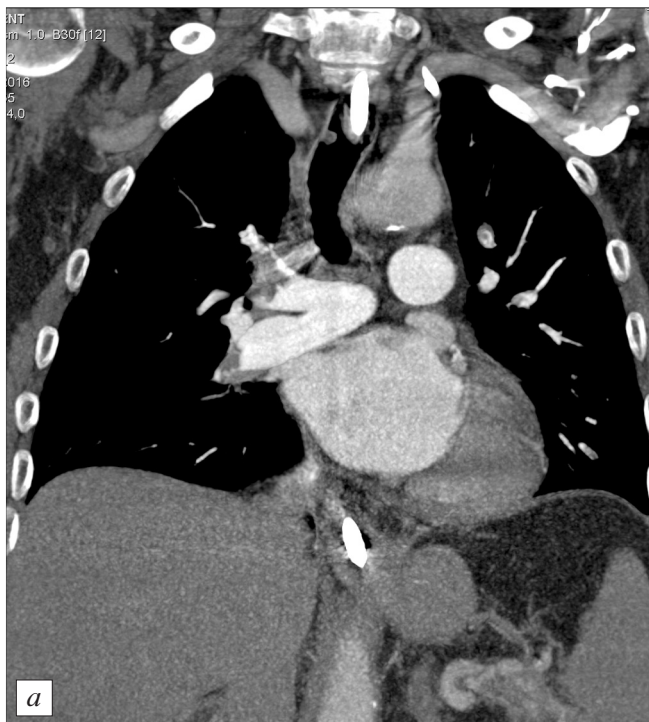
При поступлении пациент в состоянии средней тяжести, нормостеник (ВМІ 29 кг/м²), анемия I степени (Hb 104 г/л), из сопутствующих заболеваний — ишемическая болезнь сердца, хроническая мерцательная аритмия, ВРВ нижних конечностей. Остальные клинико-лабораторные данные без особенностей. После извлечения зонда выполнена ФЭГДС и подтверждено ВРВ пищеводно-желудочного перехода и кардии желудка до 5–7 мм без признаков продолжающегося кровотечения. При повторной КТ с контрастированием зафиксировано объемное образование в хвосте поджелудочной железы, признаки портальной гипертензии, субмассивная тромбоэмболия ветвей лёгочной артерии с пристеночными

тромбами в нижедолевых и сегментарных артериях билатерально (рисунок). Произведено УЗ-сканирование (УЗДС) вен нижних конечностей: справа в венах голени тромб, верхушка его в подколенном сосуде подвижна на участке 3 см, слева в подколенной вене тромб с верхушкой на уровне щели коленного сустава без флотации, нижняя полая вена проходима.

Консилиум онкологов, сосудистых хирургов и анестезиологов установил жизненные показания к хирургическому лечению больного с операционно-анестезиологическим риском IV степени (шкала ASA) для предупреждения следующего рецидива кровотечения на фоне ВРВ желудка, которое, возможно, является следствием блокады опухолью селезёночной вены.

Первым этапом 30.05.2016 г. под местной анестезией выполнена двусторонняя пликация бедренных вен для предупреждения повторной ТЭЛА и одновременная рентгеноэндоваскулярная эмболизация селезёночной артерии для возможной редукции перигастрального кровотока.

Вторым этапом 02.06.2016 г. под наркозом на фоне гепаринотерапии (20 000 ЕД/сут) произведена лапаротомия, субтотальная дистальная резекция поджелудочной железы со спленэктомией, резекцией поперечной ободочной кишки и деваскуляризация желудка. Удалена опухоль хвоста ПЖ диаметром 7 см, блокирующая селезёночную вену, а также средние и левые ободочные сосуды. Выполнена интраоперационная ФЭГДС, не отмечено наличие варикозно-расширенных вен пищевода, ранее видимые вены в желудке значительно уменьшились в размерах, стигм нет. ПЖ на границе её головки и тела перевязана лигатурой, толстокишечный анастомоз в конце сформирован двухрядным швом. При морфологическом исследовании опухоли — аденокарцинома без регионарных метастазов. В послеоперационном периоде



Компьютерные томограммы органов груди (а, б) и брюшной полости (в) больного К., 73 лет, с опухолью хвоста ПЖ и ТЭЛА

отмечена двусторонняя нижнедолевая пневмония, которая купирована консервативно.

Пациент выписан 05.07.2016 г. в удовлетворительном состоянии. При контрольном обследовании в октябре 2016 г. рецидива опухоли, ВРВ пищевода и желудка нет. При УЗИ вен нижних конечностей — признаки флелотромбоза глубоких вен в стадии реканализации, при рентгенографии органов груди — очаговых и инфильтративных изменений не выявлено, ЭхоКГ-данных за лёгочную гипертензию нет. Состояние пациента хорошее, масса тела увеличилась, активен.

Данное клиническое наблюдение демонстрирует успешный исход комбинированной резекции

ПЖ у пожилого больного раком, осложненным рецидивирующим кровотечением на фоне субмассивной ТЭЛА.

Поступила в редакцию 12.04.2017 г.

Сведения об авторах:

Хвастунов Роман Александрович (e-mail: hra-4@yandex.ru), д-р мед. наук, проф., зав. каф. онкологии с курсом онкологии и гематологии ФУВ; Зюбина Елена Николаевна (e-mail: 1karlson1@mail.ru), д-р мед. наук, проф., главврач Клиники № 1; Мозговой Павел Вячеславович (e-mail: mozgovoypv@mail.ru), д-р мед. наук, проф., зав. курсом сердечно-сосудистой хирургии кафедры факультетской хирургии с курсом эндоскопической хирургии и с курсом сердечно-сосудистой хирургии ФУВ; Кондаков Вадим Игоревич (e-mail: Vadim-kondakov@mail.ru), канд. мед. наук, врач-хирург Клиники № 1; Волгоградский государственный медицинский университет, 400151, г. Волгоград, площадь Павших борцов, 1.