

От редактора раздела

From Editor of the Issue

Уважаемые коллеги!

Большинство читателей нашего журнала являются опытными клиницистами, хорошо ориентирующимися в проблемах хирургической панкреатологии. Мне кажется, коллеги согласятся с утверждением, что по мере накопления опыта в диагностике и лечении заболеваний поджелудочной железы возрастает число вопросов, на которые нет однозначных ответов. В полной мере это относится к проблеме кровотечения, которое может возникнуть у больных хроническим панкреатитом и опухолями поджелудочной железы или являться осложнением послеоперационного периода.

Кровотечение любого генеза требует от хирурга быстрого действия и не дает времени на неспешные размышления и неоправданные диагностические изыскания. В полной мере это относится к кровотечению при заболеваниях поджелудочной железы. Однако, как показывает практика, у хирургов скоромощных стационаров отсутствует настороженность в отношении возможности возникновения кишечного кровотечения у больного хроническим панкреатитом. К сожалению, бывают ситуации, когда операции по поводу заболеваний поджелудочной железы выполняют в хирургических стационарах, не специализирующихся в этом направлении, а при возникновении кровотечения в послеоперационном периоде хирурги не в состоянии принять оптимальное тактическое решение и оказать требуемую помощь.

Стремительное развитие методов лучевой диагностики и рентгенэндоваскулярных вмешательств позволило существенно улучшить выявление источников кровотечения у больных заболеваниями поджелудочной железы, появилась возможность верифицировать причину кровотечения в послеоперационном периоде. В резуль-

тате начала складываться концепция ранней диагностики и тактики миниинвазивного лечения кровотечения в хирургии поджелудочной железы.

В настоящее время приоритет рентгенэндоваскулярного лечения кровотечения в просвет постнекротических кист у больных хроническим панкреатитом не вызывает сомнений. Наиболее драматичная ситуация складывается при послеоперационном аррозионном кровотечении, особенно при дефекте стенки общей печеночной или верхней брыжеечной артерии. В ситуации, когда для остановки кровотечения выполняют релапаротомию, для обеспечения адекватного доступа к поврежденному сосуду требуется разобщение панкреатико-, а иногда и гепатико-еюноанастомоза, при этом осуществить реанастомозирование невозможно, следовательно, требуется формирование наружных свищей. Кроме того, обеспечение гемостаза боковым сосудистым швом в условиях бактериальной контаминации тканей несет высокую вероятность рецидива аррозионного кровотечения или тромбоза артерии. В то же время эндоваскулярный гемостаз с имплантацией стент-графта позволяет избежать подобных вынужденных и зачастую фатальных действий.

В предлагаемых публикациях изложены результаты применения рентгенэндоваскулярных методов в диагностике и лечении кровотечений в хирургических клиниках, которые на протяжении многих лет успешно занимаются лечением заболеваний поджелудочной железы. Накопленный коллективный опыт на сегодняшний день относительно небольшой и не позволяет создать окончательную концепцию тактики лечения кровотечений при заболеваниях поджелудочной железы. Наметившиеся тенденции помогут в поиске направлений дальнейших изысканий.