

Анисимов А. А.
**ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ САМОРАСШИРЯЮЩИМИСЯ
НИТИНОЛОВЫМИ СТЕНТАМИ ДАНИША. НАШ ПЕРВЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ**
Научный руководитель: д-р. мед. наук, проф. Чикаев В. Ф.
Кафедра общей хирургии
Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Россия

Актуальность. В настоящее время любой специалист, имеющий дело с больными с синдромом портальной гипертензии, знает, в какое катастрофическое положение попадает такой пациент при остро начавшемся кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода, которое в 20% случаев не может быть остановлено стандартными методами лечения и часто приводит к летальному исходу. В зарубежной литературе описана методика остановки подобного кровотечения путем установки в пищевод саморасширяющихся нитиноловых стентов.

Цель: оценить перспективы и возможности эндоскопического гемостаза саморасширяющимися нитиноловыми стентами Даниша (СД) как альтернативу баллонной тампонаде зондом - обтуратором Сенгстакена – Блэкмора в комплексной лечебной программе больных с острыми кровотечениями из варикозно-расширенных вен пищевода.

Материал и методы. За период с июня 2015 года по май 2016 года на базе ГАУЗ «Городская клиническая больница №7» г. Казани в комплексном лечении 17 пациентов на высоте пищеводного кровотечения вместо традиционной баллонной тампонады зондом - обтуратором Сенгстакена - Блэкмора были использованы саморасширяющиеся нитиноловые стенты Даниша («SX - Ella Danis») производства ELLA – CS (Чешская республика). У 16 (94,1%) больных причиной варикоза был цирроз печени, в том числе у 2 - в сочетании с тромбозом воротной вены. У 1 (5,9%) имела место внепеченочная портальная гипертензия. Стент установили на высоте имеющегося пищеводного кровотечения у 4 (23,5%) больных, при высоком риске рецидива кровотечения – у 13 (76,5%). Срок установки: от 3 до 7 суток.

Результаты и их обсуждение. Все стенты были установлены по инструкции производителя. 5 (29,4%) стентов мигрировали в желудок: 4 - в расправленном виде, 1 не раскрылся совсем. В 12 (70,6%) случаях установка стента в стандартную позицию в пищевод прошла успешно, осложнений не наблюдалось. Из 4 пациентов со СД, установленным на высоте уже имеющегося пищеводного кровотечения, в половине наблюдений был достигнут надежный гемостаз. У третьего пациента стент в нераскрытом виде мигрировал в желудок, а у четвертого даже при стандартном раскрытии стента в пищеводе добиться гемостаза не удалось. У обоих пациентов это потребовало повторной, сразу после попытки стентирования, тампонады зондом - обтуратором Сенгстакена-Блэкмора. В 1 случае с высоким риском кровотечения возникло кровотечение из варикозно-расширенных вен желудка при установленном СД на 8-ые сутки.

У 13 пациентов на 3-7 сутки после установки стенты были успешно удалены эндоскопически, в том числе у 9 (69,2%) стандартным ELLA экстрактором, а у 4 (30,8%), в виду отсутствия последнего, - эндоскопом. Ни в одном из 17 наблюдений мы не отметили ни одного осложнения, вызванного нахождением стента в пищеводе или с процедурой его удаления. 5 (29,4%) пациентов скончались на фоне прогрессирующей полиорганной недостаточности, не смотря на достигнутый эндоскопический гемостаз.

Выводы. Наш скромный клинический опыт позволяет рассматривать эндоскопический гемостаз саморасширяющимися нитиноловыми стентами Даниша как привлекательную альтернативу баллонной тампонаде зондами - обтураторами Сенгстакена – Блэкмора в комплексном лечении больных с острыми кровотечениями из варикозно-расширенных вен пищевода. При этом необходимо подтверждение первоначальных клинических результатов в дальнейших сравнительных рандомизированных контролируемых исследованиях.