

**Чикин А.Е.<sup>1</sup>, Творогов Д.А.<sup>2</sup>, Качесов Э.Ю.<sup>1</sup>, Мовчан К.Н.<sup>2</sup>, Ганин А.С.<sup>1</sup>,  
Коваленко С.А.<sup>2</sup>, Ярцев М.М.<sup>2</sup>**

## **ОБ УЧЕТЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ СОСУДОВ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ В СЛУЧАЯХ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

<sup>1</sup>*СПб ГБУЗ «Александровская больница»,*

<sup>2</sup>*ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург*

**Актуальность.** Острые желудочно-кишечные кровотечения (ОЖКК) чаще всего обуславливаются язвенной болезнью (ЯБ) желудка (Ж) и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Показатель летальности в случаях язвенных ЖКК составляет 10-14%, при рецидиве кровотечения достигает 20-23%, а на фоне выполнения хирургических вмешательств при продолжающемся кровотечении – 20 - 40%. Внедрение в медицинскую практику современных медицинских технологий позволило осуществлять остановку ЖКК, используя в качестве гемостаза второй линии малотравматичные, миниинвазивные эндоваскулярные технологии. Методики эндоваскулярного гемостаза (ЭвскГмст) рассматриваются оптимальными в случаях рецидивов кровотечения после попыток остановить его посредством внутрипросветной эндоскопии (ВпЭ). Поиск критериев объективной оценки качества оказания медицинской (МП) помощи больным ЖКК при разных тактических подходах в достижении гемостаза – важное направление научной деятельности по обоснованию безопасности в интервенционной ангиохирургии.

**Цель исследования:** улучшить результаты лечения желудочно-кишечных кровотечений путем применения селективной эмболизации артерий.

**Материалы и методы.** В Александровской больнице Санкт-Петербурга до декабря 2020 г. выполнены 196 висцеральных ангиографических манипуляций (эмболизация левой желудочковой артерии (ЛЖА) - в 84 (42,9%) случаях и гастродуоденальной артерии (ГДА) - в 93 (47,4%) наблюдениях). В 19 (9,7%) случаях ангиоэмболизация (АнгЭмб) не выполнялась из-за затруднений катетеризации целевого сосуда по причине вариантов его ангиоархитектоники и выраженности атеросклеротических изменений (9), и отсутствия ангиографических признаков ЖКК (10). Чаще всего ЭвскГмст выполнялся при локализации язв на задней (55) и задне-верхней (27) стенках ДПК, на малой кривизне (44) и задней стенке (29) Ж. При локализации язвы на передней стенке ДПК АнгЭмб осуществлена 11 больным и еще 11 пациентам эта манипуляция осуществлена в случае язвы передней стенки Ж.

Контингент пациентов, которым выполнен ЭвскГмст, составили люди из когорт пожилого (32 - при язве ДПК, 29 - при язве Ж) и старческого (37 и 31, соответственно) возраста. В группу больных молодого возраста вошли 6 пациентов с ЯДПК и 5 – с ЯЖ (среднего – 16 и 19, соответственно).

**Результаты.** АнгЭмб осуществлялась при: повторных кровотечениях (42%); неэффективности терапии после эндоскопического гемостаза и высоком риске рецидива кровотечения (30%); в случаях несостоятельности первичного эндоскопического гемостаза (28%). В 92% наблюдений констатировался высокий риск рецидива кровотечения (в 8% - умеренный). Тяжелая степень кровопотери отмечена в 85% наблюдений. В 13% случаев степень кровопотери расценивалась как средняя и в 2% - как низкая. В 4 наблюдениях ЭвскГмст оказался не достигнут (экстравазация выявлена в 1 случае). После ЭвскГмст кровотечение повторилось в 8 случаях: 5 чел. оперированы, а 3 - повторно перенесли успешную АнгЭмб. Всего хирургические операции выполнены открыто 18 больным: в 4 случаях констатирован неэффективный первичный гемостаз, в 5 – рецидив кровотечения, 9 пациентов оперированы в отсроченном порядке. У 2 больных при попытках достижения ЭвскГмст произошли осложнения: у одного пациента - тромбоз верхней брыжеечной артерии, завершившийся летальным исходом (в связи с ее окклюзией и с некрозом тонкой кишки); еще у одного пациента произошел тромбоз ветвей печеночной артерии, устраненный посредством консервативного лечения. Эффективность ЭвскГмст при ЯГДК составила 94,7%, со снижением показателей оперативной активности до 5,3% и общей летальности до 4,1%. Применение ЭвскГмст позволило снизить параметры летальности в группе пациентов высокого риска в 2,6 раза (с 21,4% до 8,2%).

**Выводы.** 1. Применение технологий внутрисветовой эндоскопии, целенаправленной терапии и эндоваскулярной эмболизации позволяет эффективно обеспечить гемостаз в 95% случаев ЖКК. Не учитывать этого при комплексной оценке качества медицинской помощи больным ЖКК как в целом, так и в спорных случаях интерпретации данных нельзя. 2. В группе пациентов с высоким риском выполнения хирургического вмешательства, ЭвскЭмб может рассматриваться как альтернатива оперативным технологиям проводимым традиционным (открытым) способом. Последнее возможно при: использовании Эвск технологии в комплексе с предпочтением варианта селективной эмболизации; учете анатомических особенностей ангиоархитектоники пациентов; осуществление манипуляций – ангиохирургами при должном материально-техническом сопровождении лечебно-диагностического процесса.