

ИННОВАЦИИ В ХИРУРГИИ

ВОЗМОЖНОСТИ ВНУТРИСОСУДИСТЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ПРОВЕДЕНИИ ГЕМОСТАЗА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Акимов В.П., Рыжков В.К., Чикин А.Е., Творогов Д.А.
Северо-западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

Введение. Использование традиционных консервативных и хирургических методов лечения гастродуоденальных язвенных кровотечений сопровождается летальностью до 10 - 14%. Такие кровотечения зачастую являются осложнением основного заболевания и при безуспешности консервативного гемостаза частота летальных исходов среди пациентов при хирургическом вмешательстве достигает 20%. Как показывает опыт ряда клиник современные технологии позволяют осуществить остановку кровотечения из язв желудка и двенадцатиперстной кишки использованием внутрисосудистой окклюзии. Использование технологий эндоваскулярного гемостаза справедливо рассматривается как вариант лечения больных с рецидивом кровотечения в случаях неэффективности попыток его остановки посредством методов внутрипросветной эндоскопии. При этом эндоскопическое вмешательство следует рассматривать как основной диагностический указатель локализации области кровотечения, поскольку ангиографическая картина кровотечения чаще всего весьма скудна и лишена четкости изображения из-за высокой подвижности желудка и двенадцатиперстной кишки. Прямой симптом кровотечения в виде экстравазации рентгеноконтрастного вещества встречается крайне редко.

Цель. улучшение результатов лечения пациентов с кровоточащей гастродуоденальной язвой посредством применения эндоскопические и эндоваскулярные способов гемостаза.

Материалы и методы. В исследование включено 1824 пациентов с язвенными кровотечениями в возрасте от 19 до 80 лет, находившихся на лечении в городской Александровской больнице Санкт-Петербурга - клинической базе кафедры хирургии им. Н.Д.Монастырского СЗГМУ им. И.И. Мечникова. На первом этапе для диагностики кровотечения и его остановки применялась экстренная фиброгастродуоденоскопия - источник кровотечения визуализирован у всех больных. С целью достижения эндоскопического гемостаза использовали: инъекционную терапию; монополярную коагуляцию; аргоноплазменную коагуляцию; клипирование сосуда, гемаспрей. Показанием к выполнению эндоваскулярных способов гемостаза являлись: неэффективность эндоскопического гемостаза; рецидив кровотечения после эндоскопического

гемостаза; значительный размер язвенного дефекта в проекции крупных артериальных стволов; тяжелая кровопотеря у больных группы высокого риска оперативного вмешательства. Для оптимизации выполнения суперселективной катетеризации основных артериальных сосудов на язву или слизистую оболочку прикрепляли клипсу или вводили 1 мл водорастворимого контраста в край язвенного дефекта. Эмболизация артерий проводилась клеевым композитом (Гистокрил) под визуальным контролем.

Накоплен опыт выполнения 196 эндоваскулярных вмешательств при ЖКК. Чаще всего эндоваскулярный гемостаз осуществлялся в случаях локализации язв на задней (55) и задне-верхней (27) стенке двенадцатиперстной кишки и на малой кривизне (44) и задней стенке (29) желудка. Эмболизация была выполнена при язвах передней стенки двенадцатиперстной кишки 11 пациентам и передней стенки желудка также 11 больным. Внутрисосудистая окклюзия в основном выполнялась 129 пациентам старших возрастных групп (60-80 лет).

Результаты и обсуждение. Эффективность эндоскопического гемостаза при ЯГДК составила: общая – 87,5%; при язвах ДПК – 91,8%; при язвах желудка – 76,1%; Оперативная активность – 5,4%.

Показаниями к выполнению эмболизации были: рецидив кровотечения (42%), неэффективность консервативного лечения после эндоскопического гемостаза с высоким риском рецидива кровотечения (30%) и неэффективность первичного эндоскопического гемостаза (28 %). Тяжелая степень кровопотери наблюдалась в 85% наблюдений, средняя отмечалась в 13% и низкая кровопотеря составила 2%.

Эндоваскулярное вмешательство было безрезультативным у 4 пациентов. Рецидив кровотечения после эмболизации развился у 8 пациентов и повторная процедура была эффективной у 3 больных, оставшиеся 5 человек прооперированы.

Окклюзия артериальных сосудов была связана с осложнениями 2 случаях. Тромбоз верхней брыжеечной артерии с последующим некрозом тонкой кишки привел к летальному исходу. у другого пациента была купирована лекарственной терапией. Эффективность эндоваскулярного гемостаза при язвах двенадцатиперстной кишки и желудка 94,7% использование эмболизации снизило показатели оперативной активности до 5,3% и общая летальность сократилась до 4,1 %. В группе пациентов высокого риска использование эндоваскулярного гемостаза позволило снизить летальности в с 21,4% до 8,2%. Необходимость в открытой хирургической операции признана у 18 больных (4 – из-за неэффективности первичного гемостаза, 5 – по причине рецидива кровотечения, 9 пациентов оперированы отсроченно.

Выводы. Таким образом, применение эндоскопических технологий гемостаза при ЖКК на фоне консервативного лечения и дополнением эндоваскулярной эмболизации, позволяет обеспечить эффективный гемостаз в 95% случаев. Эндоваскулярная эмболизация может рассматриваться как альтернатива хирургическому вмешательству, особенно в группе пациентов с

высоким риском осложнений при проведении хирургического вмешательства способом.

Для успешного использования методов внутрисосудистого гемостаза необходимо наличие высококвалифицированных специалистов и оснащение лечебного учреждения ангиографической аппаратурой с высокой разрешающей способностью. Учет анатомических особенностей артериального русла и повышение уровня селективности окклюзии с использованием соответствующих препаратов способствуют повышению результативности гемостаза и сокращению побочных эффектов вмешательств и осложнений.

Повторное кровотечение и высокий индекс коморбидности являются показателями к рентгенэндоваскулярному гемостазу. Они обеспечивают эмболизацию афферентных артериальных кровеносных сосудов с помощью самоклеящихся композитов и уменьшают необходимость в экстренных хирургических вмешательствах.