

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ. ОПЫТ ФЛАГМАНСКОГО ЦЕНТРА

**Парфенов И.П.^{1,2}, Струценко М.В.^{1,2}, Болотов П.А.¹, Логвиненко Р.Л.¹,
Полянский В.Д.¹, Сушкевич М.А.¹, Бобылев А.А.¹**

¹ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ; ул. Лобненская, д. 10, 127644, Москва

²ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования МЗ РФ

ENDOVASCULAR HEMOSTASIS IN GASTROINTESTINAL BLEEDING. EXPERIENCE OF THE FLAGMAN CENTER

**Parfenov I.P.^{1,2}, Strutsenko M.V.^{1,2}, Bolotov P.A.¹, Logvinenko R.L.¹,
Polyansky V.D.¹, Sushkevich M.A.¹, Bobylev A.A.¹**

1GBUZ GKB named after V.V. Veresaev; 1. Veresaev Hospital, Moscow, Russia.

2FGBOU DPE Russian Medical Academy of Continuing Professional Education of the Ministry of Health of the Russian Federation;

Актуальность. Желудочно-кишечные кровотечения, на сегодняшний день, являются наиболее распространенным осложнением язвенной болезни, и составляют до 57 случаев на 100 000 человек, а 30-дневная летальность достигает 8,6%. Такая высокая частота кровотечений обусловлена, в том числе, широким применением антитромбоцитарных препаратов, антикоагулянтов и препаратов группы НПВС, а также, увеличением числа пожилых людей. Приоритетным методом лечения является комбинированный эндоскопический гемостаз в сочетании с противоязвенной терапией. Однако, у значительной группы пациентов сохраняется высокий риск рецидива развития кровотечений.

Цель исследования — изучить эффективность применения новых методов суперселективной эндоваскулярной эмболизации артерий желудка и 12-перстной кишки, а также определить показания к ее использованию при гастродуоденальных кровотечениях.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ за 2019-2024 гг. 303 пациентов с патологией (язвенная болезнь желудка, 12-перстной кишки, опухоль желудка), находившихся на стационарном лечении в ГКБ им. В.В. Вересаева. Мужчин было 173 (57%), женщин 130 (43%). Средний возраст составил 68,5±11,8 лет. При подозрении на наличие желудочно-кишечного кровотечения, пациенту выполнялась фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) с последующим эндоскопическим гемостазом. После чего, оценивался риск рецидива кровотечения. Показаниями к эмболизации считали высокий риск рецидива кровотечения: язвенный дефект более 2 см, нестабильный эндоскопический гемостаз, снижение уровня эритроцитов и гемоглобина после выполнения эндоскопического гемостаза, рецидив кровотечения. При поступлении Forrest 2a было у 100 пациентов (33%), Forrest 2b у 203 человек (67%). 233 пациентам (77%) была выполнена эндоваскулярная эмболизация левой желудочной артерии. В 27 случаях (9%)

выполнили эмболизацию правой и левой желудочных артерий. В 43 случаях (14%) выполнялась эмболизация желудочно-двенадцатиперстной артерии. У 85 пациентов (28%) доставка и имплантация эмболизирующего материала осуществлялась через широкопросветный катетер. В 218 случаях (72%) эмболизация выполнялась с использованием микрокатетеров и селективной и суперселективной техники.

Результаты и обсуждение. Технический успех эмболизации был достигнут в 98,7% случаев. У 4 пациентов, с тяжелым атеросклеротическим поражением аорты, с окклюзией питающих артерий, выполнить селективную катетеризацию и эмболизацию не представлялось возможным. Эмболизацию выполняли лучевым – 133 пациентов (44%) и бедренным – 170 пациентов (56%) доступами. При выполнении операции бедренным доступом, гемостаз в месте пункции осуществляли ушивающим устройством. Прямые ангиографические признаки активного кровотечения, были выявлены у 6 (2%) пациентов, косвенные признаки наблюдались у 204 (67%) больных, в 93 (31%) случаях – эмболизация выполнялась эмпирически, с учетом локализации язвы. В 79 случаях (26%), для навигации были использованы эндоскопические клипсы. В 179 (59%) случаях, в качестве эмболизационного агента использовали эмбосферы, в 67 (22%) - спирали. В 57 случаях (19%) была использована комбинация эмболизационных агентов. У 38 (13%) пациентов выявлены сложные анатомические варианты сосудистой анатомии, исключающие селективную доставку спиралей. Этим пациентам эмболизация была ограничена введением эмбосфер. После проведения эмболизации все пациенты получали стандартную противоязвенную и гемостатическую терапию. В 5 случаях (1%), при удалении катетера из левой желудочной артерии, произошла миграция спирали в общую печеночную артерию. Спираль удалена, эмболизация выполнена эмбосферами. В послеоперационном периоде умерли 3 пациенток (6%) с кровотечением из распадающейся опухоли желудка.

Выводы.

1. Современные технологии эмболизации являются эффективным дополняющим методом гемостаза у пациентов с кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.
2. Технически успех эмболизации приближается к 100% случаев при условии применения современных инструментов, обеспечивающих прецизионный селективный доступ.
3. Приоритетным направлением является использование всего спектра эмболизационных агентов и, при необходимости, их комбинация.