

УДК 616.33+616.342]-002.44005.1-08-073.75-089

*В.Г. Дуденко, Н.А. Сыкал, В.П. Коноз***РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫЙ ГЕМОСТАЗ В КОМПЛЕКСЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА***Харьковский национальный медицинский университет*

Пролечено 290 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложнённой кровотечением. Проводились общепринятые диагностические и лечебные мероприятия. Группе больных были применены эндоваскулярные методики для остановки кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта. Были получены хорошие результаты.

**Ключевые слова:** язва двенадцатиперстной кишки, кровотечение, гемостаз.

Современное развитие медицины и фармакологии позволило с высокой эффективностью лечить язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), снизило количество количество операций по поводу неосложненной ЯБДК практически до нуля [3, 6]. Однако, количество осложнений язвенной болезни (перфорация, кровотечение и др.) не имеет тенденции к снижению и является причиной срочных оперативных вмешательств в 25-30% случаев [1]. Несмотря на прогресс в инструментальных методах диагностики, расширение арсенала терапевтических средств, оптимизацию хирургической тактики, успехи эндоскопии, анестезиологии и реаниматологии, летальность при гастродуоденальных кровотечениях остается высокой, достигая, по данным разных авторов 10-37% госпитализированных больных. В связи с этим проблема улучшения результатов хирургического лечения пациентов с гастродуоденальными кровотечениями язвенного генеза является актуальной и требует дальнейшего изучения [2, 4, 5].

**Целью** нашей работы было изучение эффективности и целесообразности применения рентгенэндоваскулярных (РЭВГ) методов остановки кровотечения у пациентов с осложненным течением язвенной болезни.

**Материал и методы**

Под нашим наблюдением было 290 пациентов с ЯБДК осложненной кровотечением находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях Харьковской областной больницы в период с 2005 по 2010 годы. Возраст больных колебался от 37 до 75 лет,

женщина была одна, 289 пациентов мужского пола.

Эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта для верификации и локализации поражения выполнялась всем пациентам. При проведении эндоскопии и выявлении продолжающегося кровотечения всем больным была выполнена попытка эндоскопического гемостаза использовали диатермокоагуляцию, инъекционный и термический метод, орошение гемостатическими препаратами. Из этого количества больных 27 пациентам (основная группа) были применены эндоваскулярные методики для остановки кровотечения в просвет ЖКТ (показанием к ним считали общее тяжелое состояние пациента в сочетании с кардиальной патологией), остальные 263 пациента (группа сравнения) получали общепринятое лечение или были оперированы (71 пациент – 26,99%).

Эндоваскулярный гемостаз проводился по стандартной методике трансфеморальным доступом по Сельдингеру катетеризировался чревной ствол катетерами 5F (модификации Head Hunter или JL 3,5-4 в зависимости от анатомии отхождения чревного ствола), производилась суперселективная целиакография в различных проекциях для выявления источника кровотечения, причем экстравазация контрастного вещества в просвет ЖКТ была выявлена всего в 3 случаях. Микрокатетер был проведен селективно в левую желудочную артерию, окклюзия которой проводилась частицами пенополиуретана медицинского 0т 400 до 1200 мкн в диаметре либо микросферическим эмболизирующим материалом Bead Block, Tegumo 900-1200 мкн.

Техническим успехом операции считали прекращение кровотока по левой желудочной артерии. Чтобы исключить ложноположительный результат, связанный со спазмом артерии, у всех, без исключения, пациентов, после 10-15 минутной экспозиции, была произведена повторная катетеризация чревного ствола и целиакография. При сохранении кровотока по артерии (что мы наблюдали в 1 случае) производилась повторная эмболизация ее.

Двое пациентов с профузным кровотечением эндоваскулярные методы остановки кровотечения были применены сразу же после поступления в стационар, без попытки предварительного консервативного гемостаза, что было связано с тяжелым состоянием пациента при поступлении, продолжающимся кровотечением и геморрагическим шоком 3 ст. У всех остальных пациентов проведению эндоваскулярного гемостаза предшествовала консервативная либо эндоскопическая гемостатическая терапия.

По данным клинико-лабораторного обследования тяжелая степень кровопотери у пациентов основной группы на момент госпитализации была у 8 (29,9%) больных, средняя – у 19 (70,1%). У 21 (77,7%) пациентов имелась сопутствующая патология со стороны жизненно важных органов и систем. Сопутствующая патология по тяжести клинических проявлений у значительной части больных конкурировала с основным заболеванием.

### **Результаты и обсуждение**

Выявлены источники кровотечения: язва двенадцатиперстной кишки – 12 (44,4%), язва желудка – 13 (48,1%), опухоли желудка – 2 (7,4%). На момент выполнения экстренной ЭГДС продолжающееся кровотечение диагностировано у 11 пациентов, из них струйное артериальное кровотечение (Форрест I А) – в 2 (7,4%) случаях; капиллярное (Форрест I Б) – в 9 (33,3%) случаях. Всем пациентам с момента установления диагноза начинали комплексную противоязвенную терапию, заместительную и корригирующую терапию в зависимости от степени выявленных нарушений. Гемотрансфузии предпринимались только при анемии ниже 70 г/л.

Все пациенты были прослежены в сроки до

3 лет. У одного пациента, несмотря на проведение РЭО и ангиографические признаки окклюзии ЛЖА, было отмечено продолжающееся кровотечение из язвы малой кривизны желудка. Он был оперирован в ургентном порядке через 12 часов после попытки эндоваскулярного гемостаза на высоте продолжающегося кровотечения. В отдаленном периоде у 1 пациента возник рецидив желудочно-кишечного кровотечения, потребовавший проведения хирургической коррекции (через 1,5 месяца после РЭО больному выполнена резекция желудка с кровоточащей язвой). Остальные пациенты после проведения эндоваскулярной окклюзии левой желудочной артерии и получения в дальнейшем консервативной терапии язвенной болезни были выписаны в сроки от 5 до 7 суток (сроки нахождения в стационаре варьировали в зависимости от тяжести имеющейся соматической патологии) или переведены в терапевтические отделения.

При проведении рентгенэндоваскулярной окклюзии левой желудочной артерии серьезных осложнений выявлено не было, у одного пациента в постэмболизационном периоде возникла гематома в месте пункции бедренной артерии, не потребовавшая хирургической коррекции. Летальных исходов не было.

В группе сравнения послеоперационные осложнения встретились у 32 (12,6%), летальность составила 4 (1,52%).

### **Заключение**

Важное значение в лечении гастродуоденальных кровотечений у больных с тяжелой соматической патологией, у которых не удается добиться остановки кровотечения консервативными методами, имеет комплексный подход – проведение эндоваскулярных методов гемостаза, в сочетании с комбинированной консервативной терапией (гемостатическая, противоязвенная и заместительная). Хирургическое лечение у этой группы больных сопряжено с высоким операционным и анестезиологическим риском.

Эндоваскулярный гемостаз является эффективным методом остановки кровотечения в просвет ЖКТ. Применение его является целесообразным, в особенности у пациентов с общим тяжелым состоянием и конкурентной сопутствующей патологией. Использование

РЭВГ дозволяє значительно снизити количество ускладнень и летальность, приводить к вираженному уменьшению койко-дня и економічних затрат на лікування.

#### **РЕНТГЕНЕНДОВАСКУЛЯРНИЙ ГЕМОСТАЗ В КОМПЛЕКСІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ КРОВОТЕЧ ВИРАЗКОВОГО ГЕНЕЗУ**

*В.Г. Дуденко, М.О. Сикал, В.П. Коноз*

Проліковане 290 хворих з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки, ускладненої кровотечею. Проводилися загальноприйняті діагностичні і лікувальні заходи: консервативна терапія та ендоскопічний гемостаз. Групі хворих були застосовані ендовакулярні методики для зупинки кровотечі в просвіт шлунково-кишкового тракту. Були отримані добрі результати.

**Ключові слова:** виразка дванадцятипалої кишки, кровотеча, гемостаз.

#### **RENTGENENDOVASCULAR HEMOSTASIS IN COMPLEX SURGICAL TREATMENT OF BLEEDING GASTRODUODENAL ULCER**

*V. Dudenko, N. Sykal, V. Konoz*

Were treated 290 patients with bleeding peptic ulcer. Common diagnostic and therapy were used. Endovascular methodic were used in group of patients for the purpose of arrest of bleeding into the lumen of gastrointestinal tract. Good results were achieved.

**Key words:** duodenal peptic ulcer, bleeding, hemostasis.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Асадов С.А. Хирургическое лечение «трудных» и осложнённых гастродуоденальных язв / С.А. Асадов // Хирургия. – 2002. – № 11. – С. 64-67.
2. Алгоритм ведения больных при язвенных гастродуоденальных кровотечениях / В.И. Мидленко, Н.И. Белоногов, П.Н. Ванюшин [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 2008. – № 3. – С. 238-241.
3. Ефименко Н.А. Кровотечение из хронических гастродуоденальных язв: современные взгляды и перспективы лечения. / Н.А. Ефименко, М.В. Лысенко, В.Л. Астахов // Хирургия. – 2004. – № 3. – С. 56-60.
4. Жерлов Г.К. Современные тенденции диагностики и лечения гастродуоденальных язв / Г.К. Жерлов // Бюллетень сибирской медицины. – 2003. – № 4. – С. 5-14.
5. Ганжий В.В. Хирургічна тактика при гастродуоденальних виразках, ускладнених шлунково-кишковою кровотечею : дис. ... доктора мед. наук : 14.00.03 / В.В. Ганжий. – К., 2005. – 465 с.
6. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала / В.Ф. Саенко, П.Г. Кондратенко, Ю.С. Семенюк [и др.] – Ровно, 1997. – 384 с.

---

Стаття надійшла 27.01.2011