

**Можливості ангіохірургічних технологій в лікуванні виразкових
гастроудоденальних кровотеч**

В.Г. Дуденко, С.Ю. Масловський

Харківський національний медичний університет

Незважаючи на прогрес в інструментальних методах діагностики, розширення арсеналу терапевтичних засобів, оптимізацію хірургічної тактики, успіхи ендоскопії, анестезіології та реаніматології, летальність при гастроудоденальних кровотечах залишається високою, досягаючи 10 - 37% госпіталізованих хворих.

Метою нашої роботи було вивчення ефективності і доцільності застосування рентгенендоваскулярних методів припинення кровотечі у пацієнтів з ускладненим перебігом виразкової хвороби. Під нашим спостереженням було 320 пацієнтів (319 – чоловіків, 1 – жінка) віком 37-75 років з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки, ускладненою кровотечею, які перебували на стаціонарному лікуванні в хірургічних відділеннях Харківської обласної лікарні в період з 2005-2011 рр. Пацієнтам основної групи (57 осіб, 17,8%) були застосовані ендоваскулярні методики припинення кровотечі (показаннями до них вважали загальний тяжкий стан пацієнта у поєднанні з кардіальною патологією), пацієнтам групи порівняння (263 осіб, 82,2%) призначали загальноприйняте консервативне або хірургічне (71 особа, 22,2%) лікування.

Ендоваскулярний гемостаз проводився за стандартною методикою. Трансфеморальним доступом по Сельдінгеру катетеризувався черевний стовбур катетерами 5F (модифікації Head Hunter, або JL 3,5 – 4 залежно від варіанту відгалуження черевного стовбура), проводилася суперселективна целіакографія в різних проекціях для виявлення джерела кровотечі (екстравазація контрастної речовини в просвіт шлунково-кишкового тракту виявлена в 3 випадках). Мікрокатетер проведений селективно в ліву

шлункову артерію (ЛША), оклюзія якої проводилася частинками медичного пінополіуретану від 400 до 1200 мкн у діаметрі або мікросферичним емболізуючим матеріалом Bead Block, Terumo 900-1200 мкн. За технічний успіх операції вважали припинення кровотоку по ЛША. Щоб виключити псевдопозитивний результат (спазм артерії), всім пацієнтам після 10-15-хвилинної експозиції, була проведена повторна катетеризація черевного стовбура і целиакографія. При збереженні кровотоку по артерії (спостерігали в одному випадку) проводилася повторна емболізація.

При проведенні рентгеноендоваскулярної оклюзії лівої шлункової артерії ускладнень не було, в одного пацієнта в постемболізаційному періоді виникла гематома в місці пункції стегнової артерії, що не потребувала хірургічної корекції. Натомість у групі порівняння післяопераційні ускладнення виявлені у 32(12,2%), летальність становила 4 (1,52%).

Висновки.

1. Ендоваскулярний гемостаз - ефективний метод припинення кровотечі у провіт шлунково-кишкового тракту.
2. Застосування ендоваскулярного гемостазу особливо доцільно в пацієнтів з тяжким загальним станом і конкурентною поєднаною патологією.
3. Використання рентгеноендоваскулярних методів припинення кровотечі дозволяє значно зменшити частоту ускладнень та кількість ліжко-днів.