



М. О. Сикал

*Харківський національний  
медичний університет*

© Сикал М. О.

**ЗАСТОСУВАННЯ РЕНТГЕНЕНДОВАСКУЛЯРНОГО  
ГЕМОСТАЗУ В КОМПЛЕКСІ ХІРУРГІЧНОГО  
ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ ШЛУНКОВО-КИШКОВОЇ  
КРОВОТЕЧІ ВИРАЗКОВОГО ГЕНЕЗУ**

**Резюме.** Проліковано 390 хворих на гостру шлунково-кишкову кровотечу виразкового генезу. Проводилися загальноприйняті діагностичні та лікувальні заходи. Групі хворих були застосовані ендovasкулярні методики для зупинки кровотечі в просвіт шлунково-кишкового тракту. Були отримані гарні результати.

**Ключові слова:** *рентгенендоваскулярний гемостаз, хірургічне лікування, шлунково-кишкова кровотеча.*

**Вступ**

Успіхи консервативного лікування виразкової хвороби із застосуванням сучасних препаратів (блокаторів протонної помпи, H<sub>2</sub>-гістаміноблокаторів, що викликають ерадикацію *Helicobacter pylori* та ін.) призвели до скорочення кількості планових операцій [3]. Однак, кількість ускладнень виразкової хвороби (перфорація, кровотеча та ін.) не має тенденції до зниження і є причиною термінових оперативних втручань у 25–30 % випадків [1]. Незважаючи на прогрес в інструментальних методах діагностики, розширення арсеналу терапевтичних засобів, оптимізацію хірургічної тактики, успіхи ендоскопії, анестезіології та реаніматології, летальність при гастродуоденальних кровотечах залишається високою, досягаючи, за даними різних авторів, 10–37 % госпіталізованих хворих. У зв'язку з цим проблема поліпшення результатів хірургічного лікування пацієнтів із гастродуоденальними кровотечами виразкового генезу є актуальною і потребує подальшого вивчення [2, 4, 5].

**Мета роботи**

Вивчення ефективності та доцільності застосування рентгенендоваскулярних (РЕВГ) методів зупинки кровотечі у пацієнтів з ускладненим перебігом виразкової хвороби.

**Матеріали та методи досліджень**

Під нашим спостереженням було 390 пацієнтів з гострою шлунково-кишковою кровотечею виразкового генезу, які перебували на стаціонарному лікуванні в хірургічних відділеннях Харківської обласної лікарні в період з 2005 по 2012 роки. Вік хворих варіював від 37 до 75 років, жінок було 11, 379 пацієнтів — чоловічої статі.

Ендоскопія верхніх відділів шлунково-кишкового тракту для верифікації та локалізації ураження виконувалася всім пацієнтам. При проведенні ендоскопії та виявленні триваючої

кровотечі, всім хворим була виконана спроба ендоскопічного гемостазу, використовували діатермокоагуляцію, ін'єкційний і термічний метод, зрошення гемостатичними препаратами. З цієї кількості хворих 47 пацієнтів (основна група) були застосовані ендovasкулярні методики для зупинки кровотечі в просвіт шлунково-кишкового тракту (показанням до них вважали загальний важкий стан пацієнта в поєднанні з кардіологічною патологією), інші 343 пацієнти (група порівняння) отримували загальноприйняте лікування або були оперовані (91 пацієнт — 26,5 %).

Ендovasкулярний гемостаз проводився на апараті Siemens Axiom Artis MP, в умовах місцевої анестезії по Сельдінгеру трансформальним доступом катетеризовався черевний стовбур, локалізувалася ліва шлункова артерія. Після суперселективної катетеризації лівої шлункової артерії виконували її емболізацію частками пінополіуретану медичного інтегрального еластичного 400-750 мкр. Критерієм припинення емболізації вважали ефект стоп-контрасту з лівої шлункової артерії і ретроградне скидання контрастної речовини в селезінкову і печінкову артерії.

Ендovasкулярні методи зупинки кровотечі були застосовані відразу ж після надходження в стаціонар 5 пацієнтів з профузною кровотечею, без спроби попереднього консервативного гемостазу, що було пов'язано з важким станом пацієнта при вступі, триваючою кровотечею та геморагічним шоком 3 ст. У всіх інших пацієнтів проведенню ендovasкулярного гемостазу передувала консервативна або ендоскопічна гемостатична терапія.

За даними клініко-лабораторного обстеження важкий ступінь крововтрати у пацієнтів основної групи на момент госпіталізації була у 10 (27 %) хворих, середній — у 37 (73 %). У 33 (70,2 %) пацієнтів була супутня патологія з боку життєво важливих органів і систем. Супутня патологія по тяжкості клінічних про-



явів у значної частини хворих конкурувала з основним захворюванням.

#### Результати досліджень та їх обговорення

Виявлено джерела кровотечі: виразка дванадцятипалої кишки — 21 (44,6 %), виразка шлунка — 22 (46,8 %), пухлини шлунка — 4 (8,6 %). На момент виконання екстреної ФГДС кровотеча, що продовжується, діагностована у 16 пацієнтів (34,04 %), з них струминна артеріальна кровотеча (Форрест І А) — у 4 (8,6 %) випадках; капілярна (Форрест І Б) — у 12 (25,5 %) випадках. Всім пацієнтам з моменту встановлення діагнозу починали комплексну проти-виразкову терапію, замісну і корегуючу терапію залежно від ступеня виявлених порушень. Гемотрансфузії робилися тільки при анемії нижче 70 г/л.

Всі пацієнти були простежені в терміни до 3 років. У одного пацієнта, незважаючи на проведення РЕЕ й ангіографічні ознаки оклюзії ЛША, було відзначено активну кровотечу з виразки малої кривизни шлунка. Він був оперований в ургентному порядку через 12 годин після спроби ендоваскулярного гемостазу на висоті триваючої кровотечі. У віддаленому періоді у 1 пацієнта виник рецидив шлунково-кишкової кровотечі, що зажадав проведення хірургічної корекції (через 1,5 місяці після РЕО хворого виконана резекція шлунка з кровоточивою виразкою). Після проведення ендоваскулярної оклюзії лівої шлункової артерії і отримання в подальшому консервативної терапії виразкової хвороби інші пацієнти були виписані в терміни від 5 до 7 діб (терміни пе-

ребування в стаціонарі варіювали в залежності від тяжкості наявної соматичної патології) або переведені в терапевтичні відділення

При проведенні рентгенендоваскулярної оклюзії лівої шлункової артерії серйозних ускладнень виявлено не було, у одного пацієнта в постемболізаційному періоді виникла гематома в місці пункції стегнової артерії, що не вимагала хірургічної корекції. Летальних випадків не було.

В групі порівняння післяопераційні ускладнення зустрілися у 42 (12,2 %), летальність склала 5 (1,45 %).

#### Висновки

Важливе значення в лікуванні гастродуоденальних кровотеч у хворих з тяжкою соматичною патологією, у яких не вдається досягти зупинки кровотечі консервативними методами, має комплексний підхід — проведення ендоваскулярних методів гемостазу, у поєднанні з комбінованою консервативною терапією (гемостатична, противиразкова і замісна). Хірургічне лікування у цієї групи хворих пов'язане з високим операційним та анестезіологічним ризиком.

Ендоваскулярний гемостаз є ефективним методом зупинки кровотечі в просвіт шлунково-кишкового тракту. Застосування його є доцільним, особливо у пацієнтів із загальним тяжким станом і конкурентною супутньою патологією. Використання РЕВГ дозволяє значно знизити кількість ускладнень і летальність, призводить до вираженого зменшення ліжкодня та економічних витрат на лікування.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Асадов С. А. Хирургическое лечение «трудных» и осложнённых гастродуоденальных язв / С. А. Асадов // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 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 пер-

- спективы лечения / Н.А. Ефименко, М.В. Лысенко, В.Л. Асташов // 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. Хірургічна тактика при гастродуоденальних виразках, ускладнених шлунково-кишковою кровотечею : дис. ... доктора мед. наук : 14.00.03 / В. В. Ганжий. — К., 2005. — 465 с.



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ  
РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОГО  
ГЕМОСТАЗА В КОМПЛЕКСЕ  
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ОСТРОГО ЖЕЛУДОЧНО-  
КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ  
ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА

*Н. А. Сыкал*

**Резюме.** Пролечено 390 больных с острым желудочно-кишечным кровотечением язвенного генеза. 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:** рентгенэндоваскулярный гемостаз, хирургическое лечение, желудочно-кишечное кровотечение.

THE USE OF X-RAY  
ENDOVASCULAR  
HEMOSTASIS IN THE  
COMPLEX SURGICAL  
TREATMENT OF ACUTE  
GASTROINTESTINAL  
BLEEDING OF ULCER  
GENESIS

*N. A. Sykal*

**Summary.** 390 patients were treated with acute upper gastrointestinal bleeding of ulcer genesis. Performed conventional diagnostic and therapeutic measures. Group of patients undergone endovascular techniques to stop bleeding into the lumen of the gastrointestinal tract. Good results were obtained.

**Key words:** X-ray endovascular hemostasis, surgery, gastro-intestinal bleeding.