

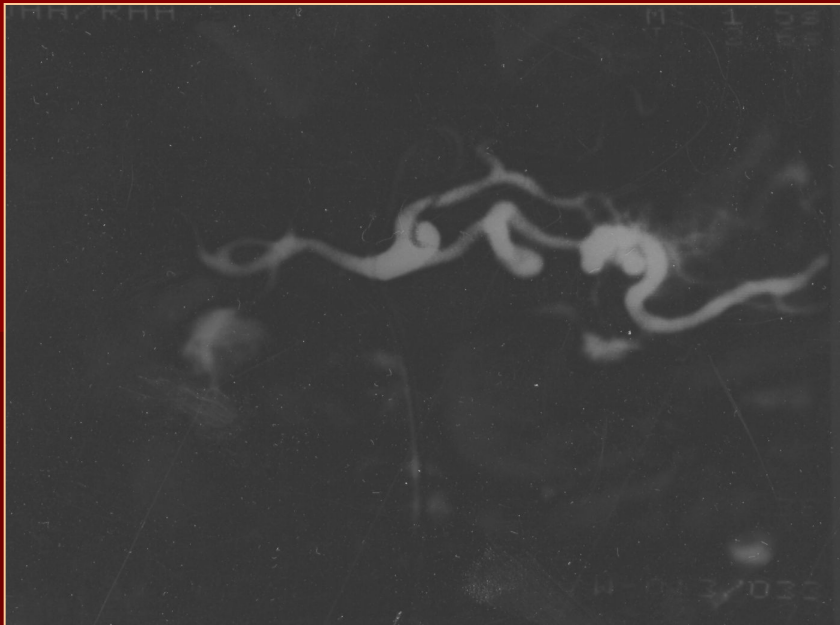
Эндоваскулярный гемостаз у больных с желудочно-кишечными кровотечениями

НИИ СТТ им Н.В. Склифосовского

Спасский А.А. Белозеров Г.Е.

Москва 2009

Наиболее частыми причинами кровотечений в верхнем отделе желудочно-кишечного тракта являются: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, а также злокачественные новообразования желудка или кишечника.



Ю.А. Лосев



Всего Больных с ЖКК

107

Язвенная болезнь
желудка и
двенадцатиперстной
кишки

73

Злокачественные
новообразования
желудка.

34

Для уточнения локализации источника кровотечения использовались рентгенологический и эндоскопический методы диагностики, но основным являлся ангиографический.

Рентгенохирургический метод остановки кровотечения чаще проводился больным с локализацией источника кровотечения в верхней и средней трети желудка, по малой кривизне, а также дне желудка (в бассейне кровоснабжения левой желудочной артерии).

Ангиографическими признаками кровотечения являются:

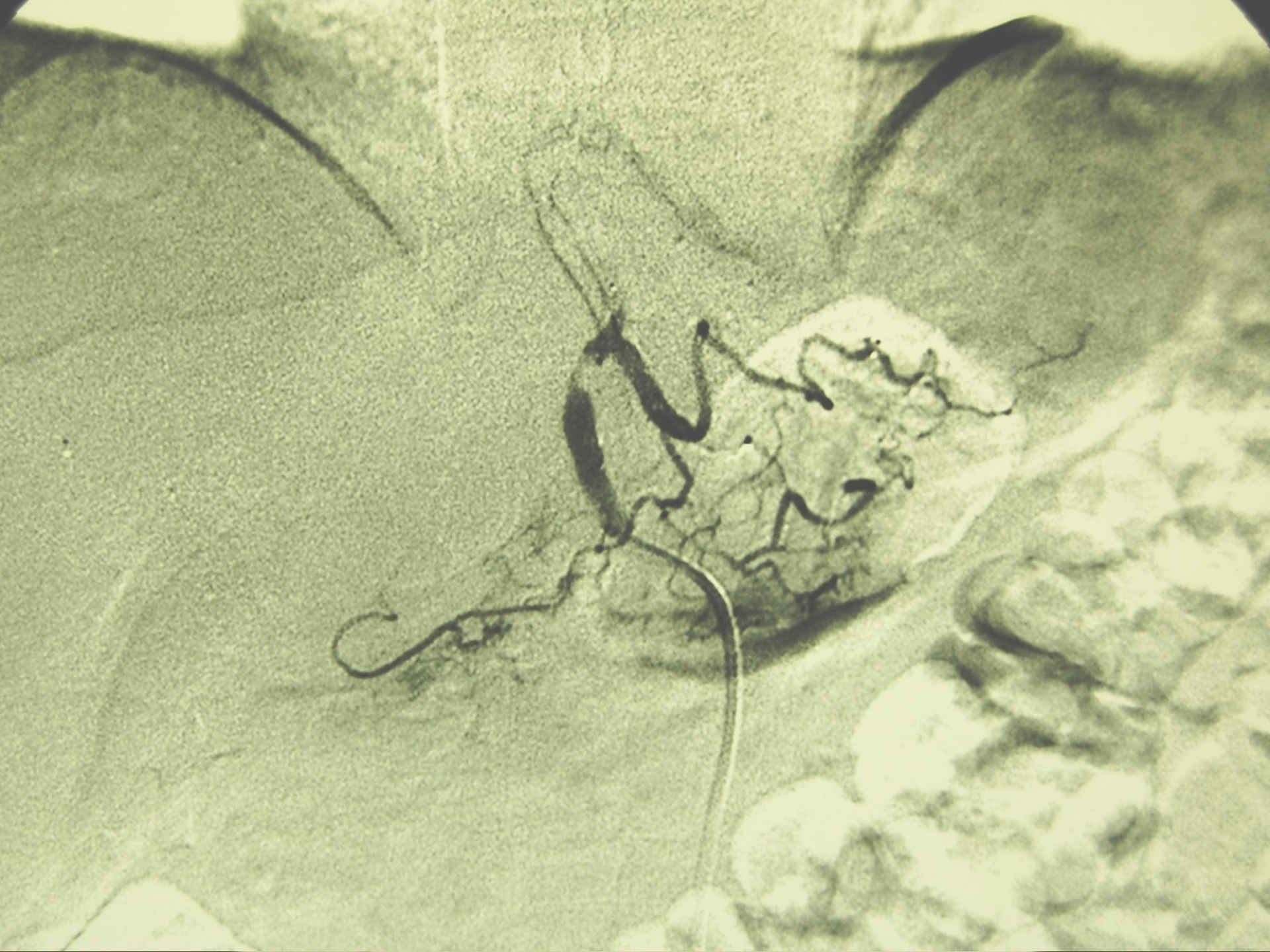
- Экстравазация контрастного вещества
- Гиперваскуляризация исследуемой зоны
- Регионарный артериальный спазм
- Резкая перекалибровка сосудов или их окклюзия
- Ранний венозный сброс
- Аневризматические расширения сосудов

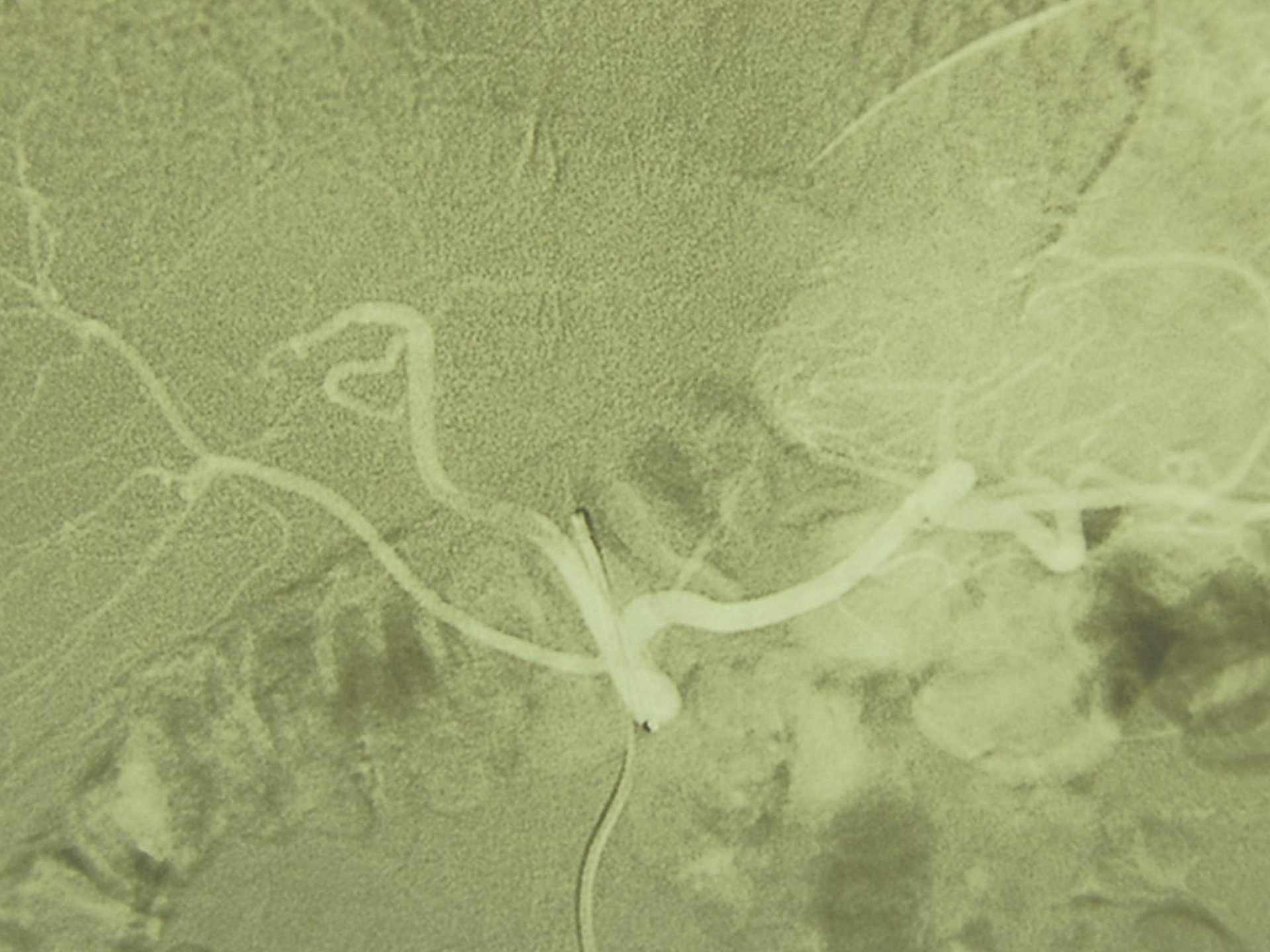
Показанием к применению эндоваскулярного гемостаза являются:

- ❶ Кровотечение при язве кардиального отдела желудка или двенадцатиперстной кишки, осложненное выраженной анемией, сопутствующими заболеваниями и делающими оперативное вмешательство опасным для жизни пациента
- ❷ Невозможность остановки кровотечения эндоскопическим методом.
- ❸ Поздние стадии рака желудка, когда оперативное лечение сопряжено с высоким риском.

- ① Инфузия вазоконстрикторных препаратов, однако, этот метод имеет ряд недостатков и не подходит для остановки профузных кровотечений.

- ② Эмболизация. Производится селективная катетеризация левой желудочной артерии и ее эмболизация микроэмболами (ПВА, Гидрогель, гемостатическая губка), а также свободными микроспиральями.





Результаты

Из 73 больных с кровотечением при хронической язве желудка, эндоваскулярный гемостаз выполнен у 51 больного, в остальных 22 наблюдениях селективная катетеризация левой желудочной артерии была невозможна. Из 34 больных с кровотечением при опухолях желудка эндоваскулярные вмешательства удались только в 18 случаях.

Все неудачные попытки селективной катетеризации левой желудочной артерии связаны с особенностями ангиоархитектоники чревного ствола, либо изменениями в самой левой желудочной артерии (ее извитость, сужение устья).

Эффективность гемостаза составила 96% у больных с язвенной болезнью желудка и 100% при злокачественных новообразованиях желудка.

У двух больных в первые сутки после эмболизации был отмечен рецидив кровотечения, который был связан с сохранением коллатерального русла.

Заключение

Эндоваскулярная эмболизация может применяться как самостоятельный метод гемостаза, так и в комплексе с консервативным либо хирургическим методом лечения больных с язвенной болезнью и опухолевыми процессами желудка.

Метод эндоваскулярной эмболизации должен выполняться у больных с высоким операционным риском, при невозможности эндоскопической остановки кровотечения, а также для уменьшения кровопотери во время оперативного вмешательства.

Спасибо за внимание!

