



НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЦИТОПРОТЕКТИВНОГО ГЕМОСТАЗА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНО ОСТАНОВИВШИМСЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)



Авторы: Баранников С.В., Юзефович И.С., Романцов М.Н., Попов А.В., Шкурина И.А., Маслова В.А.
Научный руководитель: профессор, доктор медицинских наук, Заслуженный врач РФ Е.Ф. Чередников

ВОРОНЕЖ, ФГБОУ ВО ВГМУ ИМ. Н.Н. БУРДЕНКО МИНЗДРАВА РОССИИ, КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Актуальность, научная новизна. Больные с нестабильно остановившимся гастродуоденальным кровотечением представляют сложную проблему клинической практики. В рамках данного проекта впервые разработан и успешно применен в клинической практике способ эндоскопического лечения язвенного гастродуоденального кровотечения, предусматривающий комбинированную инсуффляцию порошкообразного гемостатического средства желпластан и гранулированного сорбента асептисорб-Д (Патент РФ №2633588) и способ эндоскопической остановки желудочно-кишечного кровотечения путем применения гранулированного сорбента асептисорб-А и аутоплазмы крови, обогащенной тромбоцитами (Патент РФ № 2632771).

Цель исследования - улучшить результаты лечения больных путем применения инновационных цитопротективных эндоскопических технологий в комплексном лечении пациентов с нестабильно остановившимся кровотечением из гастродуоденальных язв.

Методы и результаты исследования. Работа поддержана Советом по Грантам Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых и ведущих научных школ (Грант МК-1069.2020.7) и велась по двум направлениям: экспериментальное и клиническое. Экспериментальный раздел, выполненный на 27 лабораторных животных, показал что использование асептисорб-А в комбинации с аутоплазмой крови, обогащенной тромбоцитами, для лечения кровоточащих моделированных язв желудка у собак позволило уменьшить время остановки кровотечения с 29,0(27,5;30,5) до 3,0(2,5;4,0) сек. ($p<0,01$) (в 9,7 раза) и ускорить заживление экспериментальных язв с 15,0(15,0;16,0) до 8,0(8,0;8,5) сут. ($p<0,01$) (в 1,9 раза) по сравнению с контролем.

В клиническом исследовании приняли участие 132 больных с нестабильно остановившимся язвенным гастродуоденальным кровотечением. Больные были разделены на две равнозначные группы: группу наблюдения ($n=66$ чел) и группу сравнения ($n=66$ чел).

Таблица - Сравнительная эффективность лечения больных в группе наблюдения и группе сравнения

Показатель	Группа наблюдения	Группа сравнения	P-value
Эффективность первичного эндогемостаза при типе кровотечения FIA-IB	20(95,2% with respect to n=21)	21(91,3% with respect to n=23)	$P>0,05$
Эффективность эндоскопической профилактики рецидивов кровотечения при типе кровотечения FIIA-IIIB	43(95,5% with respect to n=45)	35(81,4% with respect to n=43)	$P=0,047$
Общая частота рецидивов кровотечения	4(6,2%)	13(20,3%)	$P=0,02$
Сроки появления рецидива кровотечения (сут.)	3,5±0,56	3,27±0,027	$P>0,05$
Операция	2(3,0%)	10(15,2%)	$P=0,015$
Смерть	1(1,5%)	3(4,5%)	$P>0,05$
Койко-день	9,2±0,4	11,1±0,6	$P=0,007$

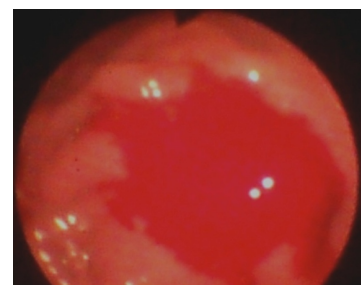


Рис. 1. Активное кровотечение из моделированного дефекта желудка



Рис. 2. Эндоскопический гемостаз опытной язвы: на область кровоточащего дефекта нанесен порошкообразный асептисорб-А и плазма, обогащенная тромбоцитами

В комплексном лечении группы наблюдения (66 чел) использовался индивидуальный подход с применением разработанных методов экстренного и превентивного эндоскопического гемостаза. Так, у больных группы наблюдения с типом кровотечения FIA-FIB применяли комбинированный метод экстренного эндоскопического гемостаза: вначале остановку кровотечения производили инфильтрационным методом, а затем производили аргоноплазменную коагуляцию. Экстренный эндоскопический гемостаз в группе наблюдения всегда заканчивался эндоскопическими инсуффляциями желпластана с асептисорб-Д. У больных группы наблюдения с неустойчивым гемостазом FIIA-FIIB при типе кровотечения FIIA, производили АПК тромбированного сосуда, при типе FIIB производили отмывание тромба, а затем осуществляли АПК источника геморрагии. Каждый случай превентивного профилактического гемостаза заканчивался пневмоинсуффляцией на область дефекта асептисорб-А с последующей пневмоаппликацией аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами.

Выводы. Применение инновационных эндоскопических технологий, включающих цитопротективное многокомпонентное персонализированное лечение кровоточащих дефектов гранулированными сорбентами и местными гемостатиками в комплексной терапии больных с нестабильно остановившимся гастродуоденальным кровотечением, позволило обеспечить надежный первичный гемостаз в 95,2% случаев, повысить эффективность эндоскопической профилактики рецидива геморрагий с 81,4% до 95,5% ($p=0,047$) и снизить частоту рецидивов кровотечения из гастродуоденальных язв с 20,3% до 6,2% ($p=0,02$).