



12. Wilhelm, S.M. The American Association of Endocrine Surgeons Guidelines for Definitive Management of Primary Hyperparathyroidism / S.M. Wilhelm [et al.] // JAMA Surg. – 2016. – Vol.151, №10, – P.959-968.
13. Zhao, W. Evaluating the effectiveness of prophylactic central neck dissection with total thyroidectomy for cN0 papillary thyroid carcinoma: An updated meta-analysis / W. Zhao [et al.] // European Journal of Surgical Oncology. – 2017. – Vol.43, №11, – P.1989-2000.

Гасымов Х.Р.¹ (8618-5779)

АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ РАНеным С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ И ПОВРЕЖДЕНИЕМ СОСУДИСТО-НЕРВНОГО ПУЧКА

¹ ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург, 194044, ул. Ак. Лебедева, д.6

Резюме: Актуальность исследования обусловлена большой долей раненых с повреждением конечностей, которая составляет 54-70%, из них доля раненых с огнестрельными переломами костей достигает 35-40% [13]. При механических травмах оскольчатые переломы трубчатых костей встречаются в 15,4-16,1% случаев [5]. Высокая частота ранений конечности, обусловлена отсутствием прикрытия её средствами индивидуальной бронезащиты [3]. Проблема лечения данных пострадавших заключается в сложности восстановления функции пострадавшей конечности. Целью настоящего исследования является разработка наиболее эффективного алгоритма лечения раненых с переломами длинных трубчатых костей и повреждением магистрального сосудисто-нервного пучка. Произведен сравнительный анализ результатов лечения переломов длинных костей конечностей раненых во время боевых действий на Кавказе и пострадавших, проходивших лечение в клинике военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии с 2016 по 2018 год. Главными критериями при анализе являются: частота осложнений (инфекционные и неинфекционные) [5], длительность пребывания в стационаре [1, 2, 10]. В ходе анализа установлено, что наиболее эффективным методом восстановления костной ткани является внутрикостный остеосинтез, при котором длительность лечения составляет $24,1 \pm 9,7$ дня, а частота осложнений – 18,05%. Однако, он может применяться только после достижения стабилизации состояния у пострадавших с изолированными и множественными ранениями. При невозможности перехода к внутриочаговому остеосинтезу необходимо выполнить перемонтаж аппарата внешней фиксации с окончательной репозицией костных отломков [3]. Предпочтение стоит отдать спице-стержневые аппаратам, при которых наблюдается минимальный срок лечения, составляющий $30,1 \pm 9,5$ дня, а частота осложнений – 20,02%. Произведен анализ полного алгоритма лечения раненых с переломом длиной трубчатой кости и повреждением магистрального сосудисто-нервного пучка.

Ключевые слова: оскольчатые переломы, остеосинтез, перелом конечностей, внеочаговый, внутриочаговый, осложнения, сроки лечения, внутрикостный, спице-стержневой аппарат.

Gasymov Kh.R.¹ (8618-5779)

ALGORITHM OF PROVIDING SPECIALISED MEDICAL CARE OF THE WOUNDED WITH FRACTURES OF EXTREMITIES WITH INJURY OF NEUROVASCULAR BUNDLE

¹ S.M. Kirov Military Medical Academy of the Ministry of Defense, St. Petersburg, 194044, Academica Lebedeva str., 6, Russia

Abstract. The study is relevant due to the large proportion of the wounded with damage to the limbs, which makes up 54-70%, of which the proportion of the wounded with gunshot bone fractures reaches 35-40% [13]. With mechanical injuries, comminuted fractures of the tubular bones occur in 15.4-16.1% of cases [5]. There is high frequency of injuries of the limb due to the lack of coverage by individual armor protection [3]. The problem of treating these injuries is the difficulty in restoring the function of the affected limb. This study aims to develop the most effective algorithm for the treatment of wounded with a fracture of long tubular bones and damage to the main vascular-nerve bundle. A comparative analysis of the results of the treatment of fractures of long bones of the extremities was conducted. The main criteria in the analysis are the frequency of complications (infectious and non-infectious) [5] and the length of hospital stay [1, 2, 10]. The analysis found that the most effective method of bone tissue restoration is intraosseous osteosynthesis, in which the treatment duration is 24.1 ± 9.7 days, and the complication rate is 18.05% [10]. However, it can be used only after achieving stabilization victims with isolated wounds. If it is impossible to switch to intra-focal osteosynthesis, it is necessary to remount the external fixation apparatus with the final reposition of bone fragments [3]. Preference should be given to spoke-rod devices, in which a minimum treatment period of 30.1 ± 9.5 days is observed [1], and the complication rate is 20.02% [5]. Analysis of the complete treatment algorithm for the wounded with a fracture in the length of the tubular bone and damage to the main neurovascular bundle was made.

Keywords: comminuted fractures, osteosynthesis, fracture of extremities, extra-focal, intra-focal, complications, terms of treatment, intraosseous, spokes-rod apparatus.

Цель исследования: произвести анализ методов остеосинтеза с целью сокращения сроков стационарного лечения и снижения частоты осложнений. Разработка наиболее эффективного алгоритма лечения раненых с переломами костей конечностей и повреждением сосудисто-нервного пучка.

Материал и методы. Для выбора метода лечения переломов длинных трубчатых костей было проведено исследование пяти распространенных методов остеосинтеза, между которыми провели сравнение на основе результатов лечения. Оценку проводили по частоте развития осложнений и срокам стационарного лечения. Наиболее эффективным считался метод, при котором соотношение успешных результатов к числу прооперированных больше. Основой исследования является сравнение результатов обследования и лечения 209 раненых и 39 человек, получивших механическую травму с оскольчатыми переломами трубчатых костей. Проанализировано лечение в разных лечебных учреждениях: 160 раненых во время боевых действий на Кавказе эвакуируемых в военные госпитали и 88 пострадавших, проходивших лечение в клинике военно-полевой хирургии ВМедА с 2016 по 2018 гг. В зависимости от ведения пострадавших с переломом трубчатых костей выделено 5 групп. Первая группа – 112 раненых, которым выполнен внеочаговый остеосинтез по Илизарову, вторая – 25 раненых – остеосинтез стержневыми аппаратами, третья – 15 исследуемых – остеосинтез спице-стержневыми аппаратами, четвертая – 72 раненых – внутрикостный остеосинтез, пятая – 24 пострадавших – накостный остеосинтез.

Результаты. При поступлении раненых проводился первичный осмотр пациента по алгоритму ABCDE, мероприятия которого направлены на выявление и немедленную коррекцию жизнеугрожающих состояний. Затем проводилась оценка тяжести травмы: Тяжесть состояния оценивалась по шкале ВПХ-СП; тяжесть повреждений – по шкале ВПХ-П (ОР) конечности. В ходе оценки были получены следующие данные (табл. 1).



Таблица 1

Оценка тяжести травм

Тяжесть состояния по шкале ВПХ-СП	этап СМП во время боевых действий на Кавказе			Клиника военно-полевой хирургии ВМЕДА
	1 эшелон	2 эшелон	3 эшелон	
- удовлетворительное (до 12 баллов)	15 (27,3%)	27 (41,6%)	8 (20%)	6 (6,8%)
- средней тяжести (13-20 баллов)	25 (45,4%)	32 (49,2%)	26 (65%)	38 (43,2%)
- тяжелое (21-31 балл)	11 (20%)	6 (9,2%)	5 (12,5%)	27 (30,7%)
- крайне тяжелое (32-45 баллов)	3 (5,5%)	-	1 (2,5%)	17 (19,3%)
- критическое (> 45 баллов)	1 (1,8%)	-	-	-
шкала ВПХ-П (ОР) конечности				
- легкие (0,05-0,49 балла)	5 (9,1%)	8 (12,3%)	1 (2,5%)	-
- средней тяжести (0,5-0,99 балла)	8 (14,5%)	34 (52,3%)	2 (5%)	13 (16,8%)
- тяжелые (1-12,9 балла)	41 (74,6%)	23 (35,4%)	36 (90%)	61 (79,2%)
- крайне тяжелые (13 и более баллов)	1 (1,8%)	-	1 (2,5%)	-

При осмотре диагностировали переломы костей конечности при наличии следующих признаков: деформация, увеличение в объеме, укорочение конечности, патологическая подвижность, костная крепитация, болезненность при осевой нагрузке, рентгенологическая картина (табл.2).

Таблица 2

Локализация перелома трубчатых костей

Локализация	СМП во время боевых действий на Кавказе	Клиника военно-полевой хирургии ВМЕДА
- плечо	40 (25%)	4 (4,55%)
- голень	61 (38,13%)	31 (35,23%)
- бедро	43 (26,87%)	35 (39,77%)
- сочетание переломов костей двух из этих сегментов	7 (4,37%)	9 (10,23%)
- две голени	6 (3,75%)	6 (6,82%)
- два бедра	1 (0,63%)	1 (1,13%)
- сочетание переломов трех из этих костей	2 (1,25%)	2 (2,27%)

Из данных, представленных в таблице, наблюдаем, что переломы костей голени в военное время являются наиболее распространенной локализацией переломов трубчатых костей – 38,13%. В мирное время – переломы бедренной кости – 39,77%. При переломах длинных костей повреждение магистральных сосудов наблюдается в 9,09 – 20,62% (табл.3).

Таблица 3

Частота повреждений магистральных сосудов

Вид поврежденного сосуда	СМП во время боевых действий на Кавказе	Клиника военно-полевой хирургии ВМЕДА
- подмышечная	2 (1,25%)	-
- плечевая	3 (1,88%)	1 (1,14%)
- предплечья	1 (0,62%)	-
- бедренная общая	7 (4,37%)	-
- глубокая артерия бедра	1 (0,62%)	-
- подколенная	1 (0,62%)	4 (4,55%)
- голени	15 (9,38%)	2 (2,27%)
- сочетание	3 (1,88%)	1 (1,14%)
Всего:	33 (20,62%)	8 (9,09%)

Повреждение нервов встречается в 17,05% -28,12% случаев у раненых в конечность (табл. 4).



Таблица 4

Частота повреждения периферических нервов

Вид поврежденного нерва	СМП во время боевых действий на Кавказе	Клиника военно-полевой хирургии ВМедА
- лучевой	11 (6,88%)	2 (2,27%)
- срединный	2 (1,25%)	-
- локтевой	2 (1,25%)	-
- плечевое сплетение	3 (1,87%)	-
- седалищный	8 (5%)	3 (3,41%)
- большеберцовый	6 (3,75%)	6 (6,82%)
-малоберцовый	5 (3,12%)	2 (2,27%)
-несколько нервов	8 (5%)	2 (2,27%)
Всего:	45 (28,12%)	15 (17,05%)

После оценки состояния были выявлены, раненые с жизнеугрожающими последствиями. У пострадавших с изолированными и множественными ранениями конечностей они представлены продолжающимся наружным кровотечением и острой ишемией. При продолжающемся наружном кровотечении выполнялась временная остановка кровотечения – перевязка поврежденных сосудов. В случае обнаружения признаков необратимой ишемии (отсутствие чувствительности, активных и пассивных движений) проводится ампутация конечности. У лиц с признаками некомпенсированной ишемии было выполнено временное протезирование сосуда [3]. Восстановив кровоснабжение конечности, приступали к установке аппаратов внешней фиксации (АВФ) при переломах. После фиксации костных отломков приступали к операции на сосудах: сосудистый шов (боковой, циркулярный), пластика сосуда (синтетическими протезами, аутовеной). Если в процессе первичной хирургической обработки раны визуальное диагностировано повреждение нерва выполняется хирургическое вмешательство: эпинеуральный и межпучковый шов, межпучковая аутопластика, невротизация поврежденного нерва [4]. Через 10,0 ± 1,0 дней после получения ранения, достигнув стабилизации состояния, у пострадавших с изолированными ранениями был выполнен переход от внеочагового к внутриочаговому остеосинтезу, в остальных случаях выполнялся ремонт аппаратов внешней фиксации с окончательной репозицией костных отломков [3, 6]. Раненые были распределены на 5 групп, в зависимости от способа восстановления костной ткани (табл. 5).

Таблица 5

Ведение раненых с переломом трубчатых костей

Метод остеосинтеза		Этап СМП во время боевых действий на Кавказе			Клиника военно-полевой хирургии ВМедА	Итого
		1 эшелон	2 эшелон	3 эшелон		
1	Аппарат Илизарова	37	42	19	14	112
2	Стержневой аппарат	2	7	15	1	25
3	Спице-стержневой аппарат	5	6	3	1	15
4	Внутрикостный остеосинтез	6	4	1	61	72
5	Накостный остеосинтез	5	6	2	11	24

Эффективность лечения оценивали по частоте развития осложнений, срокам стационарного лечения. Так как летальность и длительность пребывания в стационаре зависит от развития послеоперационных осложнений, их частоты и тяжести, они рассмотрены в первую очередь (табл. 6,7).

Таблица 6

Частота неинфекционных осложнений

Группа	Вторичные кровотечения	ДВС-синдром	Посттравматическая невропатия	Тромбоз магистральных сосудов	Итого
1	7 (6,32%)	1 (0,57%)	2 (1,15%)	1 (1,15%)	15 (8,62%)
2	2 (8,0%)	-	-	-	2 (8,0%)
3	1 (6,6%)	-	-	-	1 (6,6%)
4	2 (2,77%)	-	4 (5,55%)	6 (8,33%)	11 (15,27%)
5	1 (4,16%)	-	1 (4,16%)	1 (4,16%)	7 (16,66%)



Таблица 7

Частота инфекционных осложнений

Группа	Местные инфекционные осложнения	Краевой некроз области хирургического вмешательства	Глубокий пролежень	Послеоперационная флегмона	Итого
1	14 (8,05%)	3 (1,72%)	1 (0,57%)	4 (2,3%)	22 (12,64%)
2	1 (4,0%)	3 (12,0%)	-	1 (4,0%)	5 (20%)
3	1 (6,66%)	1 (6,66%)	-	-	2 (13,33%)
4	1 (1,38%)	1 (1,38%)	-	-	2 (2,77%)
5	1 (0,9%)	4 (3,6%)	-	-	5 (4,55%)

Из полученных данных, видно, что осложнения наблюдаются реже в группе раненых, которым выполнен внутрикостный остеосинтез. Поскольку длительность лечения в стационаре зависит не только от развития осложнений, было проведено сравнение сроков стационарного лечения (табл. 8).

Таблица 8

Сроки стационарного лечения раненых с переломом трубчатых костей

Сроки стационарного лечения	Внеочаговый остеосинтез по Илизарову	Остеосинтез стержневыми аппаратами	Остеосинтез спице-стержневыми аппаратами	Внутрикостный остеосинтез	Накостный остеосинтез
Длительность	42,1 ± 8,0	54,4 ± 4,1	30,1 ± 9,5	24,1 ± 9,7	31,1 ± 1,6

Анализ представленных данных показывает, что при выполнении внутрикостного остеосинтеза требуется минимальный срок стационарного лечения, который составляет в среднем 24,1 ± 9,7. Следовательно, внутрикостный остеосинтез является предпочтительным методом восстановления костной ткани. Так как переход к внутриочаговым методам остеосинтеза возможен лишь при стабильном состоянии раненого, резервным методом является остеосинтез спице-стержневыми аппаратами.

После закрытия дефектов покровной ткани, всех пострадавших осматривает невролог, а именно – оценивает нарушения чувствительности по зонам иннервации и нарушения двигательной функции [4]. При подозрении на повреждение нервов выполнялось ультразвуковое исследование, для оценки анатомической целостности нервного ствола, его структуру, четкости контуров нерва и состояния окружающих тканей [7]. После чего принимается решение о методе лечения: консервативная терапия или хирургическое вмешательство. Виды операций: эпинеуральный и межпучковый шов, межпучковая аутопластика, внешний и внутренний невролиз, невротизация поврежденного нерва. С 1–2-х суток после операции на нерве при отсутствии противопоказаний назначают лечебную гимнастику, массаж [4]. Таким образом, достигается полное восстановление раненых и пострадавших. Алгоритм оказания медицинской помощи выглядит следующим образом: 1) борьба с жизнеугрожающими последствиями: при повреждении магистрального сосуда с продолжающимся наружным кровотечением производилась временная остановка кровотечения; с развитием некомпенсированной ишемии – временное восстановление кровообращения; 2) лечебно-транспортная иммобилизация путем установки аппаратов внешней фиксации; 3) операции на сосудах и нервах (при показаниях); 4) ремонт аппаратов или их демонтаж с переходом на внутриочаговый остеосинтез; 5) восстановление периферических нервов; 6) реабилитация.

Выводы. Наиболее эффективный алгоритм лечения раненых с переломами костей конечностей и повреждением сосудисто-нервного пучка состоит в следующем:

1. Борьба с жизнеугрожающими последствиями; при повреждении магистрального сосуда с продолжающимся наружным кровотечением производилась временная остановка кровотечения; с развитием некомпенсированной ишемии – временное восстановление кровообращения;
2. Лечебно-транспортная иммобилизация путем установки аппаратов внешней фиксации;
3. Операции на сосудах и нервах (при их полном пересечении);
4. Демонтаж аппаратов внешней фиксации при стабильном состоянии с переходом на внутриочаговый остеосинтез, при невозможности ремонта с окончательной репозицией костных отломков;
5. Восстановление периферических нервов;
6. Реабилитация.

Выбор метода окончательного остеосинтеза является важным фактором, определяющим исход лечения и его сроки. При изолированных ранениях со стабильным состоянием пострадавших предпочтительнее выполнять демонтаж аппаратов внешней фиксации и выполнение внутрикостного остеосинтеза, продолжительность стационарного лечения при этом составляет 24,1 ± 9,7 дней. В других случаях



выполняется перемонтаж аппаратов внешней фиксации, лучшие результаты лечения наблюдались при применении спице-стержневых аппаратов, длительность нахождения в стационаре – 30,1 ± 9,1 дней.

Литература:

1. Алахвердиев, А.С. Оптимизация технологии чрескостного остеосинтеза при лечении больных с переломами шейки бедренной кости : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.15 / А.С. Алахвердиев. – Пермь: Перм. гос. мед. акад. им. акад. Е.А. Вагнера, 2016. – 24 с.
2. Бобровский, Н.Г. Лечение переломов длинных костей при тяжелых сочетанных травмах универсальными стержневыми аппаратами комплекта КСТ-1: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Н.Г. Бобровский. – СПб.: ВМедА, 1996. – 22 с.
3. Военно-полевая хирургия: Национальное руководство / И.Ю. Быков, Н.А. Ефименко, Е.К. Гуманенко [и др.]. – М.: ГОЭТАР Медиа, 2009. – 816 с.
4. Гайдар, Б.В. Практическая нейрохирургия: Руководство для врачей. – СПб.: Гиппократ, 2002. – 648 с.
5. Ганин, Е.В. Лечебно-транспортная иммобилизация переломов длинных костей конечностей в системе этапного лечения раненых и пострадавших: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.17 / Е.В. Ганин. – СПб.: ВМедА, 2016. – 255 с.
6. Гуманенко, Е.К. Исходы хирургического лечения переломов длинных трубчатых костей у пострадавших с политравмами / Е.К. Гуманенко, А.А. Хромов, В.А. Чапурин, У.Х. Эсхан // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – №3. – С.196.
7. Журбин, Е.А. Возможности ультразвукового исследования в диагностике и хирургическом лечении повреждений периферических нервов конечностей: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.18 / Е.А. Журбин. – СПб., 2018. – 147 с.
8. Писарев, В.В. Оценка результатов лечения различных типов диафизарных переломов костей голени при накостном и внутрикостном остеосинтезе / В.В. Писарев, А.В. Алейников, И.В. Васин, Ю.А. Ошурков // Травматология и ортопедия России. – 2013. – №3. – С.29-36.
9. Скорогудаев, А.В. Современный стабильно-функциональный накостный остеосинтез при закрытых диафизарных переломах костей голени: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.22 / А.В. Скорогудаев. – М., 1994. – 22 с.
10. Столбиков, С.А. Тактика лечения больных с диафизарными переломами костей голени в зависимости от локализации и характера перелома: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.15 / С.А. Столбиков. – Курган, 2010. – 142 с.
11. Хомянец, В.В. Особенности лечения раненых с огнестрельными переломами длинных костей конечностей методом последовательного внутреннего остеосинтеза / В.В. Хомянец, А.В. Шукин, С.В. Михайлов, И.В. Фоос // Политравма. – 2017. – №3. – С.12-22.
12. Шаповалов, В.М. Современное состояние и совершенствование травматолого-ортопедической помощи раненым в конечности / В.М. Шаповалов, В.В. Хомянец, А.К. Брижань [и др.] // Военно-медицинский журнал. – 2018. – №10. – С.20-27.
13. Шукин, А.В. Совершенствование последовательного остеосинтеза при лечении раненых с огнестрельными переломами длинных костей конечностей: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.15 / А.В. Шукин. – СПб., Науч.-иссл. ин-т травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена, 2017. – 24 с.
14. Khominets, V.V. Application features for external and sequential osteosynthesis in patients with gunshot fractures of longbones of the extremities / V.V. Khominets, V.M. Shapovalov, S.V. Mikhailov [et al.] // International Review of the Armed Forces Medical Services. – 2016. – Vol.89, №1. – P.63-72.
15. Çiloğlu, O. Outcome of minimal invasive plate osteosynthesis in distal tibia fractures / O. Çiloğlu, F. Seyfettinoğlu, H. Çiçek // Cukurova Medical Journal. – 2017. – №3. – P.518-525.
16. Parmaksizoglu, A.S. Fixation of extra-articular distal humeral fractures with a lateral approach and a locked plate: an alternative method / A.S. Parmaksizoglu, U. Özkaya, F. Bilgili // Acta Orthop. Traumatol. Turc. – 2016. – Vol.50, №2. – P.132-138.

Гуров Д.В. 1(5269-3453)

ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ИЗ ЯЗВЫ ДЬЕЛАФУА

¹ ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург, 194044, ул. Ак. Лебедева, д.6

Резюме. Язва или болезнь Дьелафуа – редкое заболевание, проявляющееся аномалией сосудов подслизистого слоя желудка и формированием острой язвы с профузным кровотечением из необычно крупной аррозированной артерии. Характерным для данного заболевания являются повторяющиеся рецидивы кровотечений, лечение которых представляет одну из актуальных и нерешенных проблем в клинической практике. Статья демонстрирует два клинических случая лечения пациентов с рецидивирующими кровотечениями из язвы Дьелафуа, которым применялся комплекс эндоскопических, эндоваскулярных методов гемостаза в сочетании с открытыми оперативными вмешательствами. В первом клиническом наблюдении представлен пациент с язвой Дьелафуа на фоне цирроза печени синдрома портальной гипертензии. В связи с многократными рецидивами язвенных кровотечений пациенту применялся комбинированный эндоскопический гемостаз (инъекционный, клипирование, аргон-плазменная коагуляция), выполнена лапаротомия, гастротомия, ушивание кровоточащей язвы Дьелафуа дна желудка. Однако окончательный гемостаз достигнут эндоваскулярным методом. Была выполнена суперселективная эмболизация источника кровотечения - ветвей левой желудочной артерии. Во втором клиническом наблюдении пациентке с многократными рецидивами кровотечения из язвы Дьелафуа на фоне комбинированного эндоскопического гемостаза и невозможности селективной эмболизации, ввиду риска инфаркта селезенки, была выполнена лапаротомия, полная деваскуляризация абдоминального отдела пищевода и желудка по большой и малой кривизне с сохранением правой желудочно-сальниковой артерии. На клинических примерах показаны возможности малоинвазивных технологий в комплексном лечении больных с рецидивирующими кровотечениями из язвы Дьелафуа.

Ключевые слова: желудочные кровотечения, рецидив кровотечения, эндоскопический гемостаз, эндоваскулярная эмболизация, язва Дьелафуа.

Гуров Д.В. 1(5269-3453)

THE POSSIBILITIES OF MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH RECURRENT BLEEDING FROM ULCERS DIEULAFOY

¹ S.M. Kirov Military Medical Academy of the Ministry of Defense, St. Petersburg, 194044, Academica Lebedeva str., 6, Russia

Abstract. An ulcer or Dieulafoa disease is a rare disease that manifests itself through an anomaly of the vessels of the submucosal layer of the stomach and the formation of an acute ulcer with profused bleeding from an unusually large artery of artery. Typical for this disease are repeated relapses of bleeding, the treatment of which is one of the current and unresolved problems in clinical practice. The article demonstrates two clinical cases of treatment of patients with recurrent bleeding from Dieulafoa ulcer, who used a complex of endoscopic, endovascular methods of hemostasis in combination with open surgery. In the first clinical observation a patient with Dieulafoa ulcer on the background of liver cirrhosis of portal hypertension syndrome is presented. Due to repeated recurrence of hemorrhage, the patient used a combined endoscopic hemostasis (injection, clipping, argon-plasma coagulation), laparotomy, gastrotomy, suturing of the Dieulafoa ulcer of the stomach floor. However, the final hemostasis was achieved by endovascular method. Super-selective embolization of the bleeding source, the branches of the left gastric artery, was performed. In the second clinical observation in a patient with multiple recurrences of bleeding from Dieulafoa ulcer against the background of combined endoscopic hemo-