

4. Korchak V.M., Korchak K.V., Duvalko A.V., Zelinskiĭ A.I., Shevkolenko G.G., Borisov B.V., Romaniv Ia.V., Domnich A.N. Pancreaticoduodenal resection in the treatment of malignant periampullar tumors. // *Klin Khir.* – 2011. – № 1. - P. 21-26.

5. Barvanyan G.M. Method of forming of reservoir pancreatoanastomosis in pancreatoduodenal resection // *Vestn. Khir. Im. I. I. Grek.* – 2016. - № 175(2). – P. 90-3.

6. E. Etala. Атлас абдоминальной хирургии (перевод с английского под редакцией Мартова Ю.Б.). М.: Медицинская литература. - 2006. - Т.1. – 508 с.

УДК 616.34-006

**Павлова В.Н., Амарантов Д.Г., Оревкин Е.Б., Спиридонова Е.В., Алиева Э.С., Стринкевич А.В., Баяндина С.Г.**

**ЛЕЧЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ  
МАЛЬФОРМАЦИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА С  
ПОМОЩЬЮ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ**

Кафедра факультетской хирургии №2

Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А.

Вагнера

Пермь, Российская Федерация

**Pavlova V. N., Amarantov D. G., Orevkov E. B., Spiridonova E. V., Alieva E. S.,  
Strinkevich A. V., Bayandina S. G.**

**TREATMENT AND DIAGNOSIS OF ARTERIOVENOUS MALFORMATION  
OF THE GASTROINTESTINAL TRACT USING ENDOSCOPIC METHODS**

Department of Faculty Surgery № 2

Perm State Medical University n.a. acad. E. A. Vagner

Perm, Russian Federation

E-mail: var.pawlowa2013@yandex.ru

**Аннотация.** Выполнен анализ 21 истории болезни пациентов с артериовенозной мальформацией. Выявлены особенности клинического течения, проанализированы различные виды эндоскопического гемостаза у пациентов с данным синдромом.

**Annotation.** The analysis of 21 medical records of patients with arteriovenous malformation was performed. The features of the clinical course were revealed, and various types of endoscopic hemostasis were analyzed in patients with this syndrome.

**Ключевые слова:** кровотечение, фиброэзофагогастродуоденоскопия

**Key words:** bleeding, fibroesophagogastroduodenoscopy

**Введение**

Желудочно-кишечные кровотечения - одна из главных причин смертности в экстренной хирургии на сегодняшний день [1, 2]. Одна из причин – процесс мальформации, характеризующийся аномальным развитием сосудов подслизистого слоя без наличия воспалительного процесса (поражение Дьелафуа). В результате происходит разрыв сосуда [1, 3, 8].

Лечение данной патологии до сих пор остается сомнительным в связи с неэффективностью консервативного лечения, так как сосуды подслизистого слоя неподвижны по отношению к мышцам желудка и не спазмируются[3].

В настоящий момент времени эндоскопические методы лечения являются ведущими в коррекции различных патологий, в том числе и с артериовенозной мальформацией [4], применяют эндоскопическое клипирование, инъекционный и термический гемостаз [1, 2, 7].

Совершенствование методов диагностики и лечения – одна из главных целей при лечении любого заболевания [5, 6].

**Цель исследования** – улучшение результатов диагностики и лечения артериовенозной мальформации путем выявления особенностей клинического течения и анализирования различных видов эндоскопического гемостаза у данных пациентов

#### **Материалы и методы исследования**

Произведен анализ 21 истории болезни пациентов с артериовенозной мальформацией, находившихся на лечении в отделении хирургии ГКБ им. М.А. Тверье города Перми.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Среди пациентов с артериовенозной мальформацией большинство мужчины – 14 пациентов (66,6%), женщин - 7 (33,4%). Большая часть исследуемых трудоспособного возраста. 40-59 лет – 13 человек (61,9%), 60-79 5 пациентов (23,8%). 20-39 лет - 2 больных (9,5%) и 1 (4,8%) старше 80 лет. В среднем, возраст мужчин  $52,8 \pm 11,9$  года, женщин  $53,2 \pm 11,7$  года.

Абсолютно у всех исследуемых источник поражения локализовался на задней стенке кардиального отдела желудка.

Кровопотеря встречалась лишь средней и тяжелой степени тяжести (по А.И. Горбашко (1982)) у 5 (23,8%) и 16 (76,2%) пациентов соответственно. Всем больным потребовалось проведение гемотрансфузии.

При фиброэзофагогастродуоденоскопии у больных были обнаружены три эндоскопических варианта поражения по N.M. Ду с соавторами (1995) [8] : у 16 больных (76,2%) эндоскопическая картина 1 типа, характеризующаяся артериальным кровотечением из небольшого (менее 3 мм) дефекта не измененной, выступающей в виде полипа слизистой оболочки.

У 2 больных (9,5%) обнаружена эндоскопическая картина 2 типа, с тромбированным сосудом, выступающим из поверхностного дефекта неизмененной слизистой оболочки, без активного кровотечения.

У 3 больных (14,3%) обнаружена эндоскопическую картину 3 типа, с фиксированным сгустком в небольшом поверхностном дефекте неизменной слизистой оболочки диаметром до 3 мм.

При выполнении фиброэзофагогастродуоденоскопии абсолютно всем пациентам был проведен успешный гемостаз, с использованием инъекционного гемостаза, аргоноплазменной коагуляции, клипирования сосудов и орошения спиртом.

Орошение спиртом проведено 1 исследуемому (4,8%) с 3 типом эндоскопической картины артериовенозной мальформацией, но у данного пациента в дальнейшем зафиксирован рецидив кровотечения.

У 2 исследуемых (9,5%) использовали инъекционный гемостаз, из которых у 1 (4,8%) был рецидив кровотечения.

Клипирование сосуда произведено 3 пациентам (14,3%), у двух (9,5%) из которых на 2-е сутки произошел рецидив кровотечения.

15 исследуемым (71,4%) был произведен гемостаз с первоначальным орошением спиртом места кровотечения или сгустка (что приводило к снижению темпа или прекращению кровотечения) и последующей обработкой дефекта аргоноплазменной коагуляцией. В данной группе пациентов рецидивов кровотечения не наблюдалось.

Абсолютно все пациенты с рецидивом кровотечения были прооперированы. Из 2-х больных с рецидивом после клипирования 1 пациенту была произведена клиновидная резекция желудка, второму – гастротомия с прошиванием кровоточащего сосуда. У больного, с гемостазом орошением спиртом произведена гастротомия с прошиванием сосуда. У пациента с рецидивом после инъекционного гемостаза выполнили трубчатую резекцию желудка.

После резекций при гистологическом исследовании в обоих случаях был подтвержден диагноз артериовенозной мальформации.

Среднее количество койко-дней у пациентов после успешного эндоскопического лечения составляло 6 дней, после рецидива и выполнения операции - 12,6 дней. Все пациенты были выписаны с выздоровлением.

В дальнейшем, в период от 1 года до 8 лет после выписки рецидивов кровотечения у этих пациентов не было.

### **Выводы**

Среди пациентов с артериовенозной мальформацией преобладают мужчины трудоспособного возраста. Кровопотери при данном виде опражнений чаще всего тяжелой степени, реже средней степени тяжести. Наиболее эффективным методом эндоскопического лечения артериовенозной мальформации является комбинация орошения спиртом и аргоноплазменной коагуляции, которое следует использовать в случаях с отсутствием продолжающегося кровотечения.

### **Список литературы:**

1. Богданович А.В., Шиленок В.Н., Зельдин Э.Я. Структура и тактика лечения кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта //

Вестник Витебского государственного медицинского университета. - 2016. - Т. 15. - №3. - С. 40-46.

2. Короткевич А.Г., Антонов Ю.А., Серебренникова Е.В., Леонтьев А.С., Кузнецов В.В. Оценка инфильтрационного эндоскопического гемостаза при неварикозных желудочно-кишечных кровотечениях // Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. - 2012. - №3. - С. 16-20.

3. Земляной В.П., Сигуа Б.В., Гуржий Д.В., Мелендин И.А., Берест Д.Г., Винничук С.А. Хирургическая тактика при синдроме Дъелафуа редкой локализации // Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. - 2018. - Т. 7. - №1. - С. 65-67.

4. Баландина И.А., Амарантов Д.Г., Нагаев А.С., Бриток В.А. Торакоскопическое лечение базальных эмпием плевры // Врач-аспирант. - 2013. - Т.59. - №4.1. - С. 134-139.

5. Федорова Н.А., Амарантов Д.Г. Анатомические характеристики лапаротомии при тонкокишечной непроходимости // Журнал анатомии и гистопатологии. - 2015. - Т.4. - № 3. - С. 123.

6. Амарантов Д.Г., Баландина И.А., Нагаев А.С., Бриток В.А. Тактические ошибки, возникающие при выполнении торакоскопии у больных с тотальной эмпиемой плевры // Эндоскопическая хирургия. - 2014. - Т. 20. - № 1. - С. 22.

7. Schilling D., Jüngling B., Adamek H.E., Benz C., Riemann J.F. The endoscopic diagnosis and therapy as well as the long-term course of Dieulafoy ulcer hemorrhage // Dtsch. Med. Wochenschr. – 1999. - № 124(14). – P. 419-23.

8. Baxter M., Aly E.H. Dieulafoys lesion: current trends in diagnosis and management // Ann R Coll Surg Engl. - 2010 - № 92(7). – P. 548-54.

УДК 616-018.2-053.2

**Пнджоян А.А., Макарян А.А., Борзунова Ю.М.  
МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХО-ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У  
ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ  
СЕРДЦА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

Кафедра Физической и реабилитационной медицины  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Pndzhoyan A.A., Makaryan A.A., Borzunova Yu.M.  
METHODS FOR THE PREVENTION OF BRONCHO-PULMONARY  
COMPLICATIONS IN CHILDREN OF THE FIRST YEAR OF LIFE WITH  
CONGENITAL HEART DEFECTS IN THE EARLY POSTOPERATIVE  
PERIOD**

Department of Physical and Rehabilitation Medicine  
Ural State Medical University  
Yekaterinburg, Russian Federation