

ЭМБОЛИЗАЦИЯ ВЕТВЕЙ НИЖНЕЙ ЯГОДИЧНОЙ АРТЕРИИ ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ (ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ)

Ковалкин А. Е., Воробей Э. П., Шилин С. Н., Ясенко А. С.,
Пушнов А. В., Калугин В. В.

УЗ «Могилёвская городская больница скорой медицинской помощи»,
г. Могилёв, Республика Беларусь

Введение. Ранения ягодичной области – редко встречающаяся патология. Ранения этой области потенциально опасны сочетанным повреждением органов брюшной полости и таза, а при ранениях только мягких тканей – сопутствующим повреждением сосудов и нервов, а также развитием гнойных осложнений. Ранения ягодичной области сложны для диагностики в плане внутрибрюшных и тазовых повреждений, что особенно касается колотых ран, глубина и направление которых не всегда могут быть уточнены. До 75% повреждений ягодичной области сопровождаются только травмой мягких тканей и не являются жизненно опасными. Особо серьезными в плане прогноза при повреждениях мягких тканей ягодичной области являются кровотечения из ветвей ягодичных артерий. Частота их повреждений составляет до 3,0% от общего числа повреждения артерий. При этом гемостаз в ране всегда затруднен из-за большого мышечного массива, часто размозжённого, трудностей обнаружения источника кровотечения, «ускользания» повреждённых ветвей в полость таза. В настоящее время операцией выбора при повреждении ягодичных артерий либо их ветвей является перевязка внутренней подвздошной артерии из внебрюшинного доступа по Пирогову. Однако данная тактика весьма травматична и не всегда эффективна (частота рецидивов кровотечений составляет, по данным разных авторов, до 40-70%). В настоящее время для остановки рецидивирующего кровотечения из повреждённых ветвей ягодичных артерий в условиях многопрофильного стационара может быть с успехом применена эндоваскулярная эмболизация повреждённого сосуда. Приводим наше наблюдение.

Пациент П., поступил в травматологическое отделение

УЗ «Могилёвская городская больница СМП» с колото-резаной раной левой ягодичной области. Сразу после поступления пациент был подан в операционную, где выполнены первичная хирургическая обработка раны, местный гемостаз. В последующем, через два дня после операции, отмечалось обильное промокание повязок кровью. Пациент взят в операционную повторно, сняты швы, выполнена ревизия раны. Во время операции отмечалось поступление алой крови из дна раны, однако источник выявить не удалось, кровотечение остановлено с помощью диатермокоагуляции, налажен дренаж, выполнена тугая тампонада раны. Однако, несмотря на достигнутый гемостаз, через два дня отмечалось обильное промокание повязки и поступление алой крови по дренажам (рецидив кровотечения). Решено выполнить ангиографию артерий таза (для выявления источника кровотечения) и при возможности – эмболизацию повреждённого сосуда.

15.09.2016 г. в рентгенооперационной под местной анестезией с внутривенным потенцированием из правостороннего бедренного доступа катетеризирована ВБА слева. Выполнена ангиография: в области дистального разветвления ветвей нижней ягодичной артерии определяется экстравазация контраста. В дистальные отделы нижней ягодичной артерии доставлен коронарный проводник Asahi Neo`S Rinato. По нему в зону интереса доставлен диагностический катетер Cobra III. Выполнена эмболизация ветвей нижней ягодичной артерии микросферами BioSphere Medical 500-700 мкм, 1,5 мл. Контрольная ангиография: экстравазации контраста не определяется. Магистральные артерии проходимы. Инструменты удалены. Давящая асептическая повязка. Всего введено 250 мл раствора Томогексол-350. В последующем рана ягодичной области была ушита наглухо, с оставлением вакуумного дренажа. Пациент выписан на двенадцатые сутки после поступления в удовлетворительном состоянии.

Выводы. В настоящее время в многопрофильных стационарах, оснащенных ангиографическими комплексами, для окончательной остановки кровотечений при повреждениях ветвей ягодичной артерии с успехом может быть применена эндоваскулярная эмболизация повреждённых артериальных ветвей.