

с желудочно-кишечным кровотечением госпитализируются в хирургические стационары, где выполняется эндоскопическое исследование. При продолжающемся или состоявшемся кровотечении источник подвергается аргон-плазменной обработке и орошается капрофером. Аргон-плазменная коагуляция — эффективная эндоскопическая процедура, позволившая остановить кровотечение из большинства источников в 94—98 % из 157 случаев. Воздействие капрофером у 132 человек в чистом виде и в сочетании с аргон-плазменной коагуляцией или моноактивной электрокоагуляцией позволяло остановить кровотечение практически в 100 % случаев. С 1980 г. при хирургическом лечении активно применяем органосохраняющие (ваготомии) процедуры, по материалам 2-х клиник располагаем опытом более 2600 таких операций, включая 44 в эндовидеохирургическом варианте. Послеоперационная летальность при таких операциях в 2,2 раза меньше, чем при классической резекции желудка. Благодаря внедрению эффективных эндоскопических технологий гемостаза за последнее десятилетие количество операций за год уменьшилось с 83 до 42. Приказом министра в крае ведется мониторинг больных с желудочно-кишечными кровотечениями, проводится регулярная подготовка и переподготовка хирургов.

ВЫВОДЫ

Улучшение результатов лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями можно достичь: путем оздоровления нации за счет снижения потребления алкоголя; широкого внедрения передовых эндоскопических методик гемостаза; всеобщей диспансеризации и своевременной медикаментозной терапии больных язвенной болезнью; активном и раннем применении органосохраняющих и органоспадающих методик хирургического лечения язвенных кровотечений, в том числе и в эндовидеохирургическом варианте их исполнения.

Н.И. Богомолов, Н.Н. Томских, И.В. Вотьев,

ЩАДЯЩАЯ ХИРУРГИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

**ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия (Чита)
ГУЗ Краевая клиническая больница № 1 (Чита)**

Целью работы явилась разработка малоинвазивных технологий лечения холедохолитиаза (ХЛ), протекающего с механической желтухой.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Традиционные хирургические пособия при ЖКБ с механической желтухой сопровождаются тяжелыми осложнениями и не всегда завершаются успешно. Малоинвазивные технологии лечения данной патологии — «золотой стандарт» современной билиарной хирургии.

1) Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) по усовершенствованной технологии, гарантирующей окончательную остановку кровотечения из разреза, выполнена у 64 больных. Экстракция камней осуществлялась корзиной Дормиа, либо они отходили самостоятельно. ЭПСТ, как правило, предшествовала холецистэктомии, что позволяло выполнить удаление желчного пузыря эндовидеохирургическим способом или через мини-доступ.

2) Холедохоскопия интраоперационная, реже — чреспапиллярная осуществлена у 532 больных, экстракция камней осуществлялась корзиной Дормиа, катетером Фогарти, щипцами и вымыванием из протоков.

3) Экстракция «забытых» камней через или совместно с дренажем корзинами Дормиа из металла с памятью формы модели «Захват» под рентгенологическим контролем осуществлена у 19 пациентов. Для этой процедуры важно, чтобы дренаж в холедохе был установлен по процедуре Керте.

4) Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ) выполнена у 374 пациентов, что позволило завершить дифференциальный диагноз при механической желтухе и принять окончательное решение о варианте хирургического пособия.

5) Лапароскопия и лапароскопическая холецистостомия выполнена у 32 больных, что позволило купировать желчную гипертензию.

6) Литолиз «забытых» холестериновых камней традиционными препаратами или гипохлоритом натрия по собственному предложению применен у 29 человек с полным или частичным успехом.

7) Назобилиарное и (или) традиционное наружное дренирование протоковых структур для лечения гнойного холангита по собственной технологии (патент РФ № 2277916) успешно применено у 32 пациентов.

8) Чрескожная транспеченочная холангиостомия в исполнении рентгенхирургов использована в 126 случаях, причем у 6 пациентов дренаж через папиллу проведен в двенадцатиперстную кишку, что облегчало ЭПСТ.

Количество осложнений и летальность в основной группе, где на различных этапах лечения применялись малоинвазивные технологии, были кратно ниже ($p < 0,05$), чем в группе клинического сравнения с применением традиционных открытых хирургических пособий. У 6 пациентов после ЭПСТ камни отошли не только из протоков, но и из желчного пузыря и от холецистэктомии решено было отказаться. Малоинвазивные пособия позволили справиться с непростой хирургической ситуацией у пациентов с отягощенным анамнезом, полипатией, которые не смогли бы выдержать традиционные хирургические вмешательства.

Н.И. Богомолов, И.В. Вотьев, Н.Н. Томских

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ ВАРИАНТ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ

**ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия (Чита)
ГУЗ Краевая клиническая больница № 1 (Чита)**

Цель исследования: модифицировать технологию эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) для минимизации неблагоприятных эффектов и исходов операции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализирован материал трех клиник города за 35 лет. Первую открытую трансдуоденальную папиллосфинктеротомию выполнили в 1977 г. в ДКБ, а первую эндоскопическую — в 1978 г. ЭПСТ — операция сложная и опасная, с непредсказуемым исходом. Ее исполнение зависит от опыта хирурга-эндоскописта, наличия спектра расходных материалов, материально-технического обеспечения, знания многообразия вариантов взаимоотношений протоковых структур в зоне большого дуоденального сосочка (БДС). Мы располагаем опытом 34 открытых трансдуоденальных папиллосфинктеротомий, 132 — ЭПСТ, личных анатомических изысканий в этой области и данными современной литературы. Известно три основных варианта формы БДС: конусовидная, столбиковая (в виде «пенька») и в форме площадки, помимо многочисленных промежуточных (Неттер Ф., 2007; и др.) В связи с этим и протяженность сфинктера Одди различна (Котовский А.Е. и др., 2010; Назаренко П.М. и др., 2010). Зона БДС, помимо сфинктера Одди, представлена сфинктерами дистальных отделов холедоха и главного панкреатического протока (Неттер Ф., 2007; и др.). То есть, сфинктеров, по меньшей мере, три. Многолико и взаимоотношение холедоха и главного панкреатического протока. Ф. Неттер (2007) выделяет три варианта слияний устьев протоков, а А.А. Шалимов и др. (1979) — даже тринадцать. БДС может быть на границе дивертикула 12-перстной кишки, в его полости, или скрыт за складками после многочисленных операций. Известно и раздельное впадение в кишку холедоха и панкреатического протоков. У каждого третьего имеется дополнительный (санториниев) панкреатический проток, открывающийся малым дуоденальным сосочком, выше БДС. Протяженность продольной складки над БДС, говорящей о протяженности интрадуоденальной части дистального отдела холедоха, чрезвычайно вариабельна. Наконец, используют длину разреза от 5–6 мм до 30–35 мм, учитывая индивидуальные особенности. Для ЭПСТ необходимы: набор инструментов и катетеров, аргон-плазменный коагулятор, «Капрофер», опытный ассистент. Нами усовершенствован способ ЭПСТ и заявлен новой технологией (положительное решение формальной экспертизы по заявке № 2011123057 с приоритетом от 9 июня 2011 г.). В основе модификации лежит учет индивидуальных анатомических особенностей зоны БДС, длительность и интенсивность желтухи, характер заболевания, рентгенометрические данные, использование превентивных мер для предупреждения осложнений. В основной группе из 64 больных жизнеопасных осложнений не имели, в группе клинического сравнения (68 пациентов) наблюдали 7 осложнений с 1 летальным исходом. Жизнь показала целесообразность наших усовершенствований и нововведений в процедуру ЭПСТ, совершенствование технологии которой продолжается.

А.И. Брегель, В.В. Евтушенко, А.М. Хантаков, Н.А. Мутин, Е.Г. Дертышников

АРГОНОПЛАЗМЕННАЯ КОАГУЛЯЦИЯ ПРИ ЯЗВЕННОМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

**МАУЗ Клиническая больница № 1 (Иркутск)
ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (Иркутск)**

Цель исследования: установить эффективность эндоскопического гемостаза и профилактики рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв при проведении аргонплазменной коагуляции.