

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.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов эндоскопического гемостаза и профилактики кровотечений из гастродуоденальных язв методом аргонплазменной коагуляции у 245 больных. У 119 (48,6 %) больных источником кровотечения были хронические и у 126 (51,4 %) — острые гастродуоденальные язвы. Мужчин было 165 (67,4 %), женщин — 80 (32,6 %). До 30 лет было 26 (10,6 %) больных, в возрасте 30–39 лет — 26 (10,6 %) больных, 40–49 лет — 47 (19,2 %), 50–59 лет — 52 (19,3 %), 60–69 лет — 39 (15,9 %), 70–79 лет — 41 (16,7 %) и старше 80 лет было 14 (5,7 %) больных. Подавляющему большинству — 177 (72,2 %) больных неотложное эндоскопическое исследование было проведено в первые три часа после их поступления в больницу. Большинство больных (217 или 88,6 %) были направлены на эндоскопическое исследование с синдромальным диагнозом острого желудочно-кишечного кровотечения, 16 (6,5 %) — с язвенным кровотечением и 12 (4,9 %) больных — с другим диагнозом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Продолжающееся кровотечение было у 83 (33,9 %) больных, в том числе у 7 больных оно было расценено, как F1a и у 76 — как F1b. У 162 (68,1 %) больных кровотечение было остановившимся. У всех 83 больных с продолжающимся кровотечением удалось достичь первичного гемостаза аргонплазменной коагуляцией источника кровотечения. У 162 больных АПК проведена для снижения риска возникновения рецидива кровотечения.

Рецидив кровотечения возник у 29 (11,8 %) больных, в том числе у 11 (13,3 %) из 83 больных после остановки кровотечения и у 18 (11,1 %) после профилактического применения аргонплазменной коагуляции. У 20 больных с рецидивом кровотечения во время эндоскопии удалось остановить кровотечение, однако у 10 из них оно вновь повторилось.

Операции в экстренном и срочном порядке выполнены у 39 (15,9 %) больных. У 12 из них показанием к хирургическому вмешательству послужил рецидив кровотечения и у 27 — высокая вероятность его возникновения.

Летальный исход констатирован у 17 (7,6 %) больных, в том числе у 5 (4,2 %) из 119 больных с кровотечением из хронических и у 12 (9,5 %) из 126 больных с кровотечением из острых гастродуоденальных язв. Причем ни у одного из 12 больных с кровотечением из острых язв последнее не явилось причиной летального исхода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Аргонплазменная коагуляция является эффективным методом гемостаза при язвенном гастродуоденальном кровотечении, позволяющим в большинстве случаев добиться первичного гемостаза. Однако рецидив кровотечения после аргонплазменной коагуляции отмечен в 11,8 % случаев и может возникнуть как после остановки геморрагии, так и при профилактике рецидива кровотечения. Аргонплазменная коагуляция требует дальнейшего изучения и совершенствования техники проведения манипуляции.

В.П. Будашеев, Б.Г. Гармаев, Ч.В. Содномов, В.П. Саганов, Б.С. Хабинов

ФАКТОРЫ РИСКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ

*Бурятский филиал ФГБУ «НЦРВХ» СО РАМН (Улан-Удэ)
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)*

ВВЕДЕНИЕ

Проблема перитонита остается актуальной, несмотря на все достижения научно-технического прогресса. Вряд ли в хирургии можно выделить проблему более древнюю и более актуальную, чем проблема перитонита. Научно-технический прогресс, достижения в области хирургии, к сожалению, еще не разрешили ее, и мы продолжаем терять больных. Разлитой гнойный перитонит является одним из наиболее грозных осложнений острых воспалительных заболеваний и травматических повреждений органов брюшной полости. Летальность при перитоните и по сей день остается самой высокой среди всех хирургических заболеваний. По данным различных авторов, она составляет от 18,3 до 62,8 %. Самая высокая летальность наблюдается при послеоперационном перитоните — от 45 до 92,3 %. Поиск методов улучшения результатов лечения больных с РПП побуждает клиницистов к изучению факторов риска, которые в конечном результате могут повлиять на исход заболевания. Многолетний клинический опыт отделения гнойной хирургии РКБ им. Н.А. Семашко, а также литературные данные позволяют придти к заключению, что программные санации при абдоми-