

воточаших язв с целью достижения окончательного гемостаза мы считаем неприемлемым, так как предыдущий наш опыт указывает на риск развития повторных ОЖКК на 3-5-е сутки, что вынуждает выполнять повторные операции в неблагоприятных условиях. При двойной локализации язв двенадцатиперстной кишки мы выполняли субциркулярное (63 пациента) или циркулярное иссечение язв (54 паиента) двенадцатиперстной кишки. У больных с большим кратером задней стенки двенадцатиперстной кишки (64 пациента) было выполнено частичное иссечение и частичное выведение дна язвы вне просвета. 45 пациентам у которых дно язвы пенетрировало в головку поджелудочной железы, была выполнена экстироризация язвы, с прошиванием кровоточащего сосуда, при восстановлении целостности просвета, к задней губе пилородуоденопластики, для профилактики несостоятельности швов подшивалась прядь большого сальника по разработанной нами методике (Декларационный патент Украины № 43623 А). Наиболее тяжелым в техническом плане являются постбульбарные язвы двенадцатиперстной кишки, особенно околососочковые язвы (18 больных). Этим больным было выполнено иссечение язвы с папиллосфинктеротомией по разработанной методике (Декларационный патент Украины №57210 А). Логическим завершением операций при кровоточащих язвах двенадцатиперстной кишки является выполнение одного из видов ваготомий. Мы отдаем предпочтение СПВ (287 больных) как наиболее физиологичной и не нарушающей иннервацию органов брюшной полости. Однако, у больных с нестабильной гемодинамикой, мы выполняли либо СВ с пилородуоденопластикой (137 пациентов), либо ваготомию не производилась.

Больным со II типом язв по Johnson (15 пациентов) было выполнено в 8 случаях иссечение язв желудка и двенадцатиперстной кишки, расширяющая пилородуоденопластика и СПВ, в 7 случаях резекция желудка по Шмидену.

С целью декомпрессии пилородуоденальной зоны и раннего энтерального зондового питания (РЭЗП), трансаанально 356 больным был заведен двухпросветный зонд. РЭЗП применялось спустя 12-24 часа после стабилизации показателей гемодинамики и началось с введения глюкозо-солевых растворов в соотношении 1:1 с последующим переходом на зондовое питание официальными смесями ("Нутрилан МСТ", "Фемилак", "Инипг", "Берламин-модуляр") с добавлением ферментов (креон). К концу четвертых суток увеличивали калорийность диеты до уровня суточных потребностей.

Применение активной-индивидуализированной тактики ведения больных с ЯГДК, позволило нам снизить общую летальность до 1,8%. Основными причинами смерти являлись: острая сердечно-сосудистая недостаточность — 18 больных; хронические заболевания легких — 8; хронические заболевания почек — 11; печеночная недостаточность — 7; острые нарушения мозгового кровообращения — 5. Послеоперационные осложне-

ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Грубник В.В., Грубник Ю.В., Московченко И.В.

Одесский государственный медицинский университет

Одесский городской центр желудочно-кишечных кровотечений (ГКБ №11)

Laparoscopic Treatment of the Patients with Complications of Gastric and Duodenal Ulcer

V.V. Grubnik, Y.V. Grubnik, I.V. Moskvichenko

State Medical University, Odessa, Ukraine

Municipal Clinical Hospital #11, Center of Gastroduodenal Bleedings, Odessa, Ukraine

Summary

Laparoscopic vagotomy was performed in 538 patients with duodenal ulcer. Indications for operation were: ulcer bleeding in 407 patients, perforation in 8 patients, recurrent ulcer after long-term treatment in 45 patients, subcompensated stenosis of pylorus in 28 ones. Taylor’s procedure was performed in 339 patients. In 18 patients Gomez-Ferrer procedure was performed. Hill-Backer procedure was performed in 128 patients. After 12-60 months, 396 patients were examined, recurrent ulcer was observed in 12 cases.

Key words: peptic ulcer, bleeding, laparoscopic procedure.

Введение

В большинстве развитых стран Европы и Америки язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки лечат преимущественно консервативно с помощью новых препаратов, которые позволяют значительно уменьшить влияние кислотно-пептического фактора желудочного сока на слизистую оболочку двенадцатиперстной кишки (ДПК), таких как Н₂-блокаторы третьего и четвертого поколений, блокаторы протонной помпы [1, 2].

В последние годы в образовании язвенной болезни желудка и ДПК большая роль отводится Нeйcoбaстер yлoгit [1,4,7]. Наличие этих бактерий на слизистой оболочке нарушает защитную функцию этого естественного барьера, стимулирует секрецию париетальными клетками желудка соляной кислоты благодаря активации гастроинного механизма регуляции желудочной секреции. Это приводит к формированию хронического гастродуоденита и язвенной болезни. Большую популярность получили схемы лечения язвенной болезни, направленные на эрадикацию геликобактерной инфекции с использованием антибиотиков. Но не всегда использование даже современной противоязвенной терапии позволяет достичь выздоровления от язвенной болезни. Довольно часто наблюдаются случаи рецидивов болезни. Именно эти больные, по мнению разных авторов [1,2,5] являются кандидатами для использования хирургических методов лечения, в первую очередь — малонавизивных лапароскопических вмешательств.

Лапароскопические ваготомии используются в клинической практике с 1991 года, но количество этих операций является ограниченным десятками или сотнями в отдельных странах. Из-за того, что они не приобрели широкого распространения, отсутствует информация об отдаленных результатах их применения.

Цель исследования — изучение ближайших и отдаленных результатов малонавизивных методов лечения осложненной язвенной болезни и определение их эффективности.

Материалы и методы

С 1996 по 2006 годы лапароскопические вмешательства нами выполнены у 538 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) и желудка. Из них мужчин было 354, женщин — 184. Возраст больных колебался от 21 до 87 лет. Длительность язвенного анамнеза составляла от 1 до 15 лет. У 407 больных наблюдалось кровотечение из язвы. Им был проведен эндоскопический локальный гемостаз, используя лазерную фотокоагуляцию, инъекцию склерозантов, фибринового клея, другие методы. Была достигнута надежная остановка кровотечения. 95 больных были оперированы по поводу часто рецидивирующей язвенной болезни при относительно незначительной эффективности медикаментозного лечения. В 8 случаях лапароскопическая ваготомия (ЛВ) была проведена при перфоративной язве ДК. У 28 больных был субкомпенсированный стеноз привратника. Им была проведена эндоскопическая баллонная дилатация пилоруса с последующим оперативным вмешательством.

Для диагностики язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и выявления осложнений заболевания нами использовалась фиброгастродуоденоскопия, рентенологи-

ния мы наблюдали у 3,8% пациентов, в том числе: пневмония — 5; острая сердечно-сосудистая недостаточность — 8; послеоперационный панкреатит — 4; несостоятельность швов пилородуоденопластики или гастропластики — 4; постваготомная атония желудка — 7. Послеоперационная летальность составила 4,7%.

Выводы

- Больные с ЯГДК должны концентрироваться в специализированных хирургических центрах.
- Больным с ЯГДК необходимо применять активно-индивидуализированную тактику ведения, с использованием эндоскопических методов гемостаза и программированной ЭГДС.
- Обязательным условием оперативного вмешательства, для достижения устойчивого гемостаза является иссечение или экстироризация кровоточащей язвы с последующим выполнением одного из видов ваготомии.
- В послеоперационном периоде больным наряду с традиционной терапией, необходимо проводить РЭЗП, для ранней нормализации моторной функции ЖКТ.
- Активно-индивидуализированная тактика с применением разработанных нами методов операций, пред- и послеоперационного лечения больных с ЯГДК позволило нам снизить общую летальность, до 1,8%, а послеоперационную до 4,7%.

Литература

- Беляев А.В. (1997) Прогнозирование тяжести течения раннего послеоперационного периода у больных, оперированных по поводу желудочно-кишечного кровотечения. Клин. хирургия. 5-6: 52-54
- Сауцкевич В.Н., Сауцкевич Д.В. (1999) Факторы риска острых осложнений гастроуденальных язв. (Москва). "Либерия". 415 с.
- Черепанин А.И., Тимен Л.А., Хаит Б.А., и др. (1996) Лечебная тактика у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с высоким риском оперативного вмешательства. Росс. журн. гастроэнтр., гепатол., колопроктологии. Прил. №3 Материалы 2-ой Гастроэнтерол. Недели. (Москва), 86 с.
- Паншвер В.М., Галдингер Ю.И. (1984) Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта. (Москва). "Медицина".
- Сотников В.Н., Дубинская Т.К., Разживина А.А. (2000) Эндоскопическая диагностика и эндоскопические методы лечения кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта. Учебное пособие. (Москва). "РМАПО". 48 с.
- Jensen DM. (1995) Endoscopic control of non-variceal upper gastrointestinal hemorrhage. In: Yamada T., Alpers D., Owyang C., Powell O., Silverstein F., editors. Textbook of gastroenterology. 2nd ed. (Philadelphia) JB Lippincott. 2991-3011

Литература

- Беляев А.В. (1997) Прогнозирование тяжести течения раннего послеоперационного периода у больных, оперированных по поводу желудочно-кишечного кровотечения. Клин. хирургия. 5-6: 52-54
- Сауцкевич В.Н., Сауцкевич Д.В. (1999) Факторы риска острых осложнений гастроуденальных язв. (Москва). "Либерия". 415 с.
- Черепанин А.И., Тимен Л.А., Хаит Б.А., и др. (1996) Лечебная тактика у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с высоким риском оперативного вмешательства. Росс. журн. гастроэнтр., гепатол., колопроктологии. Прил. №3 Материалы 2-ой Гастроэнтерол. Недели. (Москва), 86 с.
- Паншвер В.М., Галдингер Ю.И. (1984) Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта. (Москва). "Медицина".
- Сотников В.Н., Дубинская Т.К., Разживина А.А. (2000) Эндоскопическая диагностика и эндоскопические методы лечения кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта. Учебное пособие. (Москва). "РМАПО". 48 с.
- Jensen DM. (1995) Endoscopic control of non-variceal upper gastrointestinal hemorrhage. In: Yamada T., Alpers D., Owyang C., Powell O., Silverstein F., editors. Textbook of gastroenterology. 2nd ed. (Philadelphia) JB Lippincott. 2991-3011

ческое исследование желудка, определение рН в разных отделах желудка, биопсия слизистой оболочки для выявления геликобактерной инфекции.

Были выполнены разные варианты ЛВ: у 339 больных выполнили ЛВ по Taylor (задняя стволыая, передняя серомиотомия), у 128 — по Hill-Backer (задняя стволыая, передняя селективная проксимальная ваготомия), у 15 пациентов были выполнены операции по Bailey-Zisker (селективная проксимальная ваготомия), в 18 случаях проведена ЛВ за Gomez-Fetter (задняя стволыая ваготомия с резекцией малой кривизны с помощью степлеров [4]

ЛВ за Taylor проводили таким образом: через 10 мм троакар с помощью специального ретрактора отодвигали левую долю печени и после диссекции выделяли передней и задней стволы вагуса. Задний ствол вагуса клипировали и перерезали. На передней стенке желудка, отступив 1,5-2 см от края вдоль малой кривизны, осуществляли серомиотомию, начиная от пищеводно-желудочного перехода к антрального отделу на уровне второй ветви "гусиной" лопки нерва Латерже. У 77 больного для выполнения ваготомии применили излучение неодимового АИГ-лазера, которое передавалось через кварцевое волокно с сапфировым наконечником. У 198 пациентов серомиотомию выполняли используя электрод коагулятора. Линию серомиотомии ушивали непрерывным швом, применяя лапароскопическую технику. Сравнительная оценка двух методов серомиотомии показала, что лазерная методика является более эффективной и удобной.

В 18 случаях нами была проведена операция за Gomez-Fetter, то есть задняя стволыая ваготомия с резекцией малой кривизны с помощью степлеров. Эта операция, как и ваготомия по Taylor, выполняется достаточно быстро (за 60-80 минут), однако широкому использованию этого вмешательства мешает его высокая стоимость. В 128 случаях осуществлялась операция за Hill-Barker (задняя стволыая ваготомия с тшательной мобилизацией и пересечением веточек вагуса, которые идут к телу желудка, с оставлением переднего нерва Латерже). Технические эти операции более подробно описаных выше модификаций ваготомии. Необходимое время на выполнение такой операции составляет 80-120 минут. У 3 больных при выделении и пересечении веточек переднего вагуса, которые идут к субкардальному отделу желудка, возникло кровотечение, что потребовало дополнительного прошивания сосудов. У 1 больного в связи с возникновением осложнений перешли к открытой операции.

Наиболее сложной в техническом плане была проксимальная селективная ваготомия, которая выполнялась у 15 больных за методикой Bailey-Zucker. Особенностью проведения подобной операции является мобилизация желудка по большой кривизне с последующим пересечением ветвей заднего вагуса через окно в желудочно-ободочной связке. Время выполнения подобных вмешательств составляет 150-240 минут.

В 8 случаях ЛВ по Taylor соединялась с прошиванием перфоративной язвы с подведением сальника. Время выполнения подобных операций около 90-120 минут. У 4 больных после выполнения ЛВ осуществлялась эндоскопическая дилатация пилоруса с помощью специального зонда с баллоном.

Всем пациентам в предоперационном периоде при плановых оперативных вмешательствах или после операции выполняли эрадикацию геликобактерной инфекции с использованием препаратов из группы блокаторов протонной помпы (омепразол, лансопразол или рабепразол) и применяли комбинацию из двух антибиотиков (кларитромицин, амоксициллин, метронидазол или орнидазол).

За последние 5 лет нами разработанные и внедренные методы сочетанного эндоскопического и лапароскопического гемостаза при больших кровоточащих каллезных язвах желудка и ДПК. Эти методики использованы у 38 больных, которые поступили в клинику с кровоточащими язвами желудка (22 больных) и двенадцатиперстной кишки (16 больных). По данным urgentной фиброгастродуоденоскопии было диагностировано

Хирургическое лечение острых желудочно-кишечных кровотечений

активное кровотечение по классификации Forrest IA и IB. Мужчин было 28, женщин — 10. Возраст пациентов колебался от 60 до 87 лет.

У 24 больных из этой группы нами проведена лапароскопическое прошивание кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки. Методика этого вмешательства заключалась в следующем. Пациенту одновременно выполняли лапароскопию и эндоскопическое обследование желудка и двенадцатиперстной кишки. После эндоскопического выявления язвы конец эндоскопа располагали непосредственно над язвой и освещали ее дно. Благодаря просвечиванию через стенку желудка или двенадцатиперстной кишки лапароскопически точно определяли проекцию язвенного дефекта со стороны брюшной полости. При этом визуализировали аррозированной сосуд, подходящий к язве. После этого в брюшную полость вводили иглу с атравматическим шовным материалом достаточно большого размера (PDS, Vicryl 1, 0, 1-0). С помощью иглодержателя под контролем лапароскопа и эндоскопа прошивали язву с кровоточащими сосудами. Узлы завязывали экстракорпорально. К линии швов для ее укрепления подвязывали участок сальника. При локализации язвы по большой кривизне желудка или по его задней стенке дополнительно осуществляли лапароскопическую мобилизацию желудочно-ободочной связки.

У 14 больных использованная оригинальная методика, которая заключается в том, что нами была разработана специальная эндоскопическая игла, в которую вдевалась монофиламентная нить PDS 2-0, Vicryl 2-0 или капрон 3-0. Сконструированная игла вводилась через биопсийный канал эндоскопа и под контролем зрения проводилась через стенку желудка или двенадцатиперстной кишки. Концы нитей с помощью лапароскопической техники завязывались интракорпорально. Подобная манипуляция повторялась для более надежного прошивания язвы и лигирования кровоточащих сосудов. После этого эндоскоп и лапароскопические инструменты удалялись. Больному назначалась консервативная противоязвенная и гемостатическая терапия с эрадикацией геликобактерной инфекции.

У 38 больных, которым были выполнены разработанные нами эндолапароскопические вмешательства, рецидива кровотечения мы не наблюдали ни в одном случае. Осложнений, связанных с прошиванием желудочной или дуоденальной стенки, таких как несостоятельность швов в перитонитом, мы не наблюдали. Летальных случаев не было. Длительность эндолапароскопической операции составила от 10 до 25 минут.

Результаты и их обсуждение

Все больные, за исключением двух, у которых мы были вынуждены перейти к лапаротомии, достаточно легко перенесли лапароскопическую операцию. Больные вставали и начинали ходить на вторые сутки. У 18 пациентов наблюдался кратковременный парез кишечника, который разрешился на третьи сутки. Большинство больных начало принимать еду на вторые сутки. Пациенты выписывались из стационара на 3-5 сутки с рекомендациями принимать медикаментозную терапию, направленную на эрадикацию геликобактерий. Контрольное эндоскопическое исследование, проведенное через один месяц после операции, подтвердило полное заживление язв у всех пациентов. Через 1 месяц после операции изучена желудочная секреция у 205 пациентов. Выявленное снижение БПК на 65-72 %, МПК — на 56-70 %. Отдаленные результаты прослежены сроком от 12 до 60 месяцев у 396 больных. Всем больным каждые 6 месяцев высылались специальные анкеты. За субъективными критериями, отличные и хорошие результаты за шкалой Visick наблюдались у 334 (84,3 %) больных. 308 пациентов были обследованы в стационаре: им осуществлялось контрольное фиброэндоскопическое исследование, изучалась желудочная секреция, осуществлялась внутрижелудочная рН-метрия, брались биопсия слизистой оболочки антрального отдела для нахождения геликобактерий.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БИЛИОДИГЕСТИВНЫМИ КРВОТЕЧЕНИЯМИ (СИНДРОМОМ ГЕМОБИЛИИ)

Бойко В.В., Доенко Е.Г., Авдосев Ю.В.

Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины, Киев

The Experience of Treatment of Patients with Biliodigestive Bleeding (Hemobilia Syndrome)

V.V. Bojko, E.G. Dotsenko, Yu.V. Avdosjev

Institute of Common and Urgent Surgery AMS of Ukraine, Kiev

Summary

Experience of treatment 62 patients with biliodigestive bleeding is represented in work. The comparative analysis between the group of comparison (29 patients), where were applied traditional methods of treatment, and the basic group (33 patients), where were applied staging surgical tactic, is conducted. The developed tactic allowed considerably to improve the results of treatment in this category of patients.

Key words: biliodigestive bleeding, staging surgical tactic, roentgen-surgical interventions.

Введение

Проблема желудочно-кишечных кровотечений остается одной из наиболее частых и сложных в urgentной хирургии. Особое место среди кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) занимают билиодигестивные кровотечения (БДК) или гемобилия. В основе их возникновения лежит образование патологического сообщения между артериальными или венозными сосудами и желчевыводящими путями с кровотечением в просвет билиарного тракта и дальше в ЖКТ [1,3,5]. Трудностями топической диагностики источника кровотечения при БДК объясняется и отсутствие общепринятой лечебной тактики у таких пациентов [2,3,6]. Послеоперационная летальность составляяла от 20 до 40% [1,2,4,6,7].

Материалы и методы

В работе проведен анализ результатов лечения 62 больных с БДК различной этиологии, которые находились на лечении в Институте общей и неотложной хирургии АМН Украины и Харьковской городской больнице скорой и неотложной медицинской помощи за период с 1982 по 2006 гг.

В основную группу вошли 33 больных с БДК, которые находились на лечении за период с 2001 по 2006 гг., у которых применялся разработанный лечебный алгоритм и новые методы гемостаза. В группу сравнения включены 29 пациента с БДК, находившиеся на лечении с 1982 по 2001 гг., у которых проанализированы результаты традиционных методов лечения.

В основной группе мужчин было 19 (57,6%), женщины — 14 (42,4%). В группе сравнения — 16 (55,2%), женщины — 13 (44,8%). Средний возраст — в основной группе 41,4 в группе сравнения — 45,1 года.

В основной группе причинами БДК были: закрытая травма печени — 11 больных (28,6%), опухолевые поражения печени и желчных протоков — 4 больных (14,2%), БДК при желчнокаменной болезни, остром холецистите, холангите — 7 больных (25%), ятрогенные БДК — после эндоскопической папиллосфинктеротомии — 3 больных (14,3%), у 3 больных — после наложения билиодигестивных анастомозов, БДК при осложнен-

Рецидивные язвы были выявлены у 12 (3%) больных. Язвы были небольшие по размерам (до 0,5-0,7 см в диаметре), без глубокого кратера и грубой деформации головки ДК. У 11 из 12 больных с рецидивными язвами были найдены геликобактерии в биоптатах слизистой оболочки антрального отдела желудка. У всех больных с рецидивными язвами отмечены повышение показателей желудочной секреции сравнительно с данными, которые были получены через месяц после операции. Показатели внутренней желудочной рН у этих больных составляли от 2,5 до 3,5. Проведенный курс медикаментозной терапии, состоящий из омепразола, кларитромицина и амоксициклина, позволил достичь полного заживления язвенного дефекта у 8 больных на протяжении 2-3 недель. Общее состояние этих больных значительно улучшилось и при последующем наблюдении на протяжении 6-12 месяцев рецидивов язвы не наблюдали. У 3 больных не удалось добиться полного заживления язв, хотя общее состояние их было удовлетворительно. Повторная операция была выполнена у одного больного в связи с повторным кровотечением из рецидивной язвы. Этому больному была проведена антрумэктомия с хорошим ближайшим результатом.

У всех больных без рецидива язвенной болезни наблюдалось достоверное снижение показателей желудочной секреции сравнительно с предоперационными данными. Из этой группы больных геликобактерии были обнаружены у 28 (9,1%) из 308 больных.

Выводы

Таким образом, анализ нашего материала позволяет сделать вывод о достаточной эффективности ЛВ в лечении ЯБДК и желудка. Наиболее простыми и доступным в техническом плане является методики лапароскопического выполнения ваготомий по Taylor и Gomez-Fetter. Правильное выполнение ЛВ позволяет добиться адекватного снижения желудочной секреции и полного заживления язвенного дефекта. При комбинации лапароскопической ваготомии с эрадикацией геликобактерной инфекции отдаленные результаты лечения являются не хуже результатов использования традиционных, более травматических селективных проксимальных ваготомий. При правильном выборе показаний и техническом выполнении лапароскопические вмешательства могут с успехом использоваться при хирургическом лечении ЯБДК. Применяя современные методы локального гемостаза на фоне эрадикации Нeйcoбaстер yлoгit и употребления блокаторов протонной помпы с последующим использованием эндоскопических и лапароскопических малонавизивных методик, возможно оказание помощи больным с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, на более качественном уровне, что значительно снижает риск рецидива кровотечения и существенно снижает процент летальных случаев.

Литература

- Десярева И.И., Харченко Н.В. (1995) Язвенная болезнь (Современные аспекты диагностики и лечения). (Киев). "Здоровье". 333 с.
- Саянко В.Ф., Грубник В.В., Грубник Ю.В., Четвериков С.Г. (2002) Современные методы лечения язвенной болезни. (Киев). "Здоровье".
- Эндоскопическая абдоминальная хирургия (1996) Под ред. Балалкина А.С. (Москва). "ИМА-пресс". 152 с.
- Cushieri A., Buess G., Perissat S. (1994) Operative Manual Endoscopic Surgery. Springer-Verlag. 1: 347
- Mouiel J., Kathouda N., Gugenleim J. (1996) Elective treatment duodenal ulcer laparoscopic posterior truncular vagotomy and anterior seromyotomy. Chirurgie. 5; 121: 335-339
- Eriksson S., Langstrom G., Rikner L., et al. (1995) Omeprazole and H2-receptor antagonists in acute treatment duodenal ulcer, gastric ulcer and reflux oesophagitis: a meta-analysis. Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 7; 5: 467-475
- Zucker K.A. (1993) Surgical Laparoscopy Update. 493 p

ных кистах поджелудочной железы — 2 больных (7,1%). Гнойно-деструктивные процессы в печени послужили причиной возникновения билиодигестивных кровотечений в 3 случаях (10,7%).

В группе сравнения причинами БДК послужили травмы печени — в 8 случаях (27,6%); калькулзные и бескаменные холециститы и холангиты — в 5 случаях (17,2%); БДК, как осложнение после чрескожной чреспеченочной катетеризации воротной вены — у 3 больных (10,3%); неопластические процессы печени и желчных протоков — 5 (17,2%). Осложненные кисты поджелудочной железы — у 2 пациентов (6,9%). Гнойно-деструктивные процессы в печени послужили причиной возникновения билиодигестивных кровотечений в 5 случаях (17,2%). Образование порто-билиарной фистулы неясного генеза послужило причиной БДК у одного больного (3,4%).

При поступлении, до установления диагноза и локализации источника кровотечения, всем больным проводилась "стартовая" консервативная терапия. Ее объем определялся тяжестью состояния больного и доминирующими проявлениями БДК. В основной группе из 33 больных подверглись оперативному лечению 30 пациент, в группе сравнения из 29 больных — 26 пациентов.

Результаты и их обсуждение

Данные литературы и результаты лечения больных группы сравнения подтверждают склонность билиодигестивных кровотечений к рецидивированию, после проведения консервативной терапии. Это послужило основанием для внедрения в практику активной хирургической тактики. В то же время нельзя считать удовлетворительными результаты оперативного лечения больных с билиодигестивными кровотечениями при выполнении вмешательства, направленных на радикальную коррекцию вызвавшей кровотечение патологии. Это привело нас к необходимости разработки этапной хирургической тактики, с индивидуализацией подходов в зависимости от вида и формы билиодигестивного кровотечения. Этапная хирургическая тактика применена в основной группе. На первом этапе выполнялись малонавизивные вмешательства направленные на достижение гемостаза, а на втором — производилась коррекция первичной патологии.

Наиболее распространенной по литературным данным и наиболее часто встретившейся в нашей работе была паренхиматозная форма БДК. В основной группе она встретилась в 15 случаях, в группе сравнения — у 18 пациентов.

В группе сравнения консервативная терапия применялась в 2 случаях; резекция печени выполнена у 7 пациентов; ушивание разрывов печени, дренирование желчных протоков — у 3; вскрытие, гемостаз, дренирование полости абсцесса у 3; ВАГТ — у 2; в оном случае выполнена холедохотомия, дренирование желчных протоков. В основной группе мы применили методы рентгенэндоваскулярного гемостаза для контроля над ис-