

В.С. Прокопьев
**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АРГНОУСИЛЕННОЙ
ПЛАЗМЕННОЙ БЕСКОНТАКТНОЙ
ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИИ НА ПАРЕНХИМЕ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПРОДОЛЬНЫХ
ПАНКРЕАТОЕЮНОСТОМИЯХ**

*Кировская государственная медицинская академия
кафедра госпитальной хирургии.*

Зав. кафедрой: профессор Бахтин В.А.

Научный руководитель: профессор В.А. Бахтин

Цель исследования. Оценка эффективности аргонплазменной бесконтактной электрокоагуляции в профилактике кровотечений из ткани поджелудочной железы при продольных панкреатоеюностомии.

Материалы и методы. В клинике кафедры госпитальной хирургии Кировской ГМА с 1998 по 2008 гг. оперировано 110 больных различными формами хронического панкреатита. Из 110 больных женщин – 11 (10%), мужчин – 99 (90%) в возрасте с 32 до 64 лет.

Ретроспективный анализ больных был проведен по комбинированной классификации Buchler, 2002 год. У 93 больных (84,4 %) диагностирован хронический панкреатит тип В, у 2 пациентов (1,8 %) – хронический панкреатит тип С – 1, у 15 (13,6 %) – хронический панкреатит тип С – 3.

Из 110 больных 104 пациентам (94,5 %) выполнено продольная панкреатоеюностомия по Puestow-Gillesby, 6 пациентам (5,4 %) – панкреатоспленэктомия в модификации по Puestow-2.

Десяти больным после рассечения паренхимы поджелудочной железы края разреза для гемостаза обрабатывались аргонплазменным биполярным электрокоагулятором. У 14 больных, из-за недостаточного гемостаза потребовалась 2-х кратная обработка. Восемью пациентам после повторной электрокоагуляции потребовалось дополнительное прошивание единичных кровоточащих сосудов (от 1 до 3). В ходе проведения аргонплазменной электрокоагуляции надежность гемостаза изучалась с помощью видеомониторирования с люминисцентным преобразованием отдельных секторов снимков в область зеленого спектра длины волн.

Результаты. Обработка данных полученных путем видеомониторирования области обработки паренхимы поджелудочной железы аргонплазменной коагуляцией позволила объективно установить устойчивость гемостаза в ходе всего оперативного вмешательства.

В раннем послеоперационном периоде в группе больных, которым не проводилась аргонплазменная коагуляция (n=78, 70,9 %), у 8 пациентов отмечены клинические и лабораторные признаки желудочно-кишечного кровотечения различной степени выраженности. В группе с проведенной однократно (n=10, 9,1 %) аргонусиленной электрокоагуляцией клинические признаки желудочно-кишечного кровотечения зарегистрированы в 1 наблюдении. В группе больных с двукратной коагуляцией паренхимы поджелудочной железы (n=14, 12,7 %) и группе с двукратной коагуляцией и прошиванием единичных кровеносных сосудов (n=8, 7,3 %) признаков желудочно – кишечного кровотечения не отмечено.

Выводы. Обработка рассеченной паренхимы поджелудочной железы аргонусиленной плазменной биполярной электрокоагуляцией в целях обеспечения устойчивого гемостаза у больных хроническим панкреатитом, является надежным методом профилактики кровотечения из ткани поджелудочной железы в раннем послеоперационном периоде.