

нов, А. Б. Чистяков и др. // Тезисы докладов X Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии. Эндоскоп. хир. – 2007. – № 1. – С. 19.

4. Коротков Н. И. Отдаленные результаты эндоскопической папиллосфинктеротомии / Ю. С. Предыбайлов, А. А. Бабаев и др. // Эндоскоп. хир. – 2003. – № 3. – С. 23.

5. Котовский А. Е. Эндоскопические технологии в лечении заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны / А. Е. Котовский, К. Г. Глебов, Г. А. Уржумцева, Н. А. Петрова // Анналы хирургической гепатологии. – 2010. – Т. 15. № 1. – С. 9–18.

6. Малайчук В. И. Заболевания большого дуоденального сосочка / Н. Ф. Плавун, Ю. Ф. Пауткин // Камерон. – Москва, 2004. – 168 с.

7. Предыбайлов Ю. С. Отдаленные результаты эндоскопической папиллосфинктеротомии / Н. И. Коротков, А. А. Бабаев и др. // Материалы IX Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии. Эндоскоп. хир. – 2006. – № 2. – С. 106.

8. Abdallah A. A. Biliary tract obstruction in chronic pancreatitis / J. E. Krige, P. C. Bornman // HPB (Oxford). – 2007. – № 9 (6). – P. 421–428.

9. Classen M., Born P. Endoscopic papillotomy, syn. sphincterotomy: Results from the past two years // Current gastroenterology reports. – 2004. – № 6. – P. 169–175.

10. Contis G. J. Managing injuries of hepatic duct confluence variants after major hepatobiliary surgery: An algorithmic approach / D. Voros, V. Smyrniotis // World j. gastroenterol. – 2008. – № 14 (19). – P. 3049–3053.

11. Vitale G. C., Larson G. Endoscopic management of postcholecystectomy bile duct strictures / T. C. Tran, B. R. Davis, M. Vitale, D. Vitale // J. am. col. surg. – 2008 May. – № 206 (5). – P. 918–923.

12. Wojtun S. The use of endoscopic method in treatment of strictures of biliary tree / J. Gil, B. Zysko // Pol merkur lekarski. – 2007 May. – № 22 (131). – P. 477–481.

Поступила 18.02.2013

**Ю. С. ВИННИК, С. И. ПЕТРУШКО, Ю. А. НАЗАРЬЯНЦ, А. А. ЧАЙКИН,
Н. Ю. КЛИМОВ, Р. А. ПАХОМОВА**

АНАТОМИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА У БОЛЬНЫХ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

*Кафедра общей хирургии Красноярского государственного медицинского университета
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого,
Россия, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1.
Тел. 8-392-71-29-70. E-mail: Vikto-potapenk@yandex.ru*

Статья посвящена конституциональным особенностям форм живота у больных с паховыми грыжами. Установлено, что больные со сложными и рецидивными паховыми грыжами преимущественно встречаются у мужчин и женщин с овоидной формой живота и расширяющейся вверх, а наиболее распространенной формой живота у мужчин с паховыми грыжами является форма, расширяющаяся вверх.

Ключевые слова: паховая грыжа, форма живота, конституция.

**Y. S. VINNIK, S. I. PETRUSHKO, Yu. A. NAZARYANC,
A. A. CHAIKIN, N. Yu. KLIMOV, R. A. PAKOMOVA**

THE ANATOMIC AND CLINICAL CHARACTERISTIC AT PATIENTS WITH INGUINAL HERNIAS

*Department of general surgery Krasnoyarsk state medical university named by prof. V. F. Voyno-Jaseneckiy,
Russia, 660022, Krasnoyarsk, Partizan Geleznyak str., 1.
Tel. 8-392-71-29-70. E-mail: Vikto-potapenk@yandex.ru*

Article is devoted constitutional features of forms of a stomach at patients with inguinal hernias. It is established, that patients mainly meet difficult and recurrent inguinal hernias at men and women with овоидной the form of a stomach and extending upwards, and the most widespread form of a stomach at men with inguinal hernias is the form of a stomach extending upwards.

Key words: inguinal hernia, the stomach form, the constitution.

Введение

Паховые грыжи входят в число самых распространенных хирургических заболеваний [3, 5]. Операции по поводу паховых грыж занимают первое место по частоте среди плановых хирургических вмешательств [6].

Вопрос о хирургическом лечении паховых грыж в настоящее время еще до конца не разрешен, требует дальнейшей разработки и совершенствования. Процент рецидивов после операций все еще высок и не имеет особой тенденции к снижению [7]. Одновременно многими авторами отмечается, что рецидивы

при прямых паховых грыжах значительно превышают количество рецидивов при косых паховых грыжах [8]. Поэтому понятно стремление хирургов к дальнейшему изучению анатомо-топографических соотношений при различных видах паховых грыж, с тем чтобы данные хирургической анатомии применять обоснованно и индивидуально [1, 2, 4]. Не всегда учитываются особенности анатомо-топографических структурных изменений тканей паховой области при грыжах.

Цель исследования – определение конституциональной формы передней брюшной стенки, ее влияния

на характер грыжи и на результаты герниопластики, а также для индивидуального подхода к выбору метода оперативного лечения больных паховой грыжей.

Методика исследования

Работа выполнена на клинических базах кафедры общей хирургии – в I и II хирургических отделениях МБУЗ ГKB № 7 с 2007 по 2011 г. Нами было обследовано 100 больных с паховыми грыжами, подвергшихся различным видам герниопластики. Из них 82 – первичные грыжи, 18 – рецидивные. Среди них было 70 мужчин и 30 женщин (соотношение 9:1).

С целью выяснения конституциональной формы передней брюшной стенки у каждого больного производился замер передней брюшной стенки по В. Н. Шевкуненко (рис. 1).

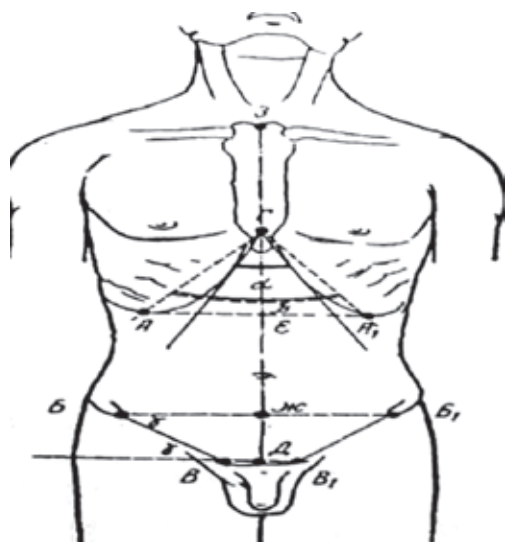


Рис. 1. Антропометрические показатели

Примечание: А – А₁ – dist. costarum; Б – Б₁ – dist. spinarum; Б – В – длина паховой связки; В – В₂ – ширина лобка; Г – Д – высота передней брюшной стенки; Г – Е – высота надчревя; Ж – Д – высота подчревя; З – Д – высота туловища, а – подгрудной угол; б – надчревный угол; с – угол наклона паховой связки.

У всех пациентов проводили лапарометрические измерения, где нулевой точкой является основание мечевидного отростка. Отличительной особенностью этого метода является двойное измерение одних и тех же параметров: по прямой штангенциркулем и по кривизне поверхности гибкой метрической лентой. На первом этапе больной укладывается на жесткую кушетку лицом вверх. По периферии передней брюшной стенки и на границе отделов на коже ручкой наносятся следующие метки: на основании мечевидного отростка, нижние точки десятых ребер, передневерхние ости подвздошных костей, латеральные точки прикрепления прямых мышц к лонным костям, верхняя точка лонного сочленения, точки по белой линии, разделяющие эпи- и мезогастральные области. С помощью штангенциркуля и гибкой метрической ленты при задержанном дыхании измеряются продольные, поперечные и заднепередние размеры живота и передней брюшной стенки. Из продольных размеров определяются: вы-

сота передней брюшной стенки, высота верхней и нижней половин, высота эпи-, мезо- и гипогастральной областей.

При формировании групп больных по формам живота использовали формулу определения ПИЖ (параметры индекса живота) по В. М. Жукову (1972):

$$ПИЖ = \frac{\text{distancia bicostarum}}{\text{distancia bicspinarum}} \times 100.$$

По форме живота обследуемые распределялись в три группы с различной частотой (в % от общего количества) и соотношением (количество раз от минимальной группы, принятой за 1,0). По величине индекса фаса формы живота они распределялись следующим образом:

- 97,5–102,5 – овоидная;
- 97,4 и меньше – расширяющаяся вниз;
- 102,6 и больше – расширяющаяся вверх.

Результаты и обсуждение

Данные лапарометрического обследования 30 женщин с паховыми грыжами сравнили с аналогичными показателями 100 женщин с различной хирургической патологией (табл. 1).

Выявлено, что средние значения поперечного индекса живота по Т. Ф. Лавровой (1979) у женщин контрольной группы составили $93,2 \pm 1,3$, а у больных с паховыми грыжами – $106,2 \pm 0,7$. Высота передней брюшной стенки по кривизне достоверно больше (при $p < 0,001$) у людей с формой живота, расширяющейся вверх. Расстояние между нижними точками десятых ребер достоверно (при $p < 0,001$ – по прямой и $p < 0,05$ – по кривизне) больше у женщин с грыжами. Наоборот, расстояние между передними верхними остями подвздошных костей меньше (при $p < 0,05$ по прямой). Соответственно изменяются площадь передней брюшной стенки и поперечный индекс живота, значения которого достоверно больше ($p < 0,001$) у больных с грыжами.

Проведенное лапарометрическое обследование показало, что в двух обследуемых группах формы живота, расширяющаяся вниз, овоидная и расширяющаяся вверх, встречаются с различной частотой.

В контрольной группе женщин форма живота, расширяющаяся вниз, встречается в 70% (70 человек), овоидная – в 10% (10 человек), расширяющаяся вверх – в 20% (20 человек). Соотношение составляет 7:1:2. В группе больных с паховыми грыжами формы живота характеризуются другой частотой встречаемости: у 2 женщин (6,6%) выявлена форма живота, расширяющаяся вниз, у 4 (13,3%) – овоидная и у 24 (80%) – расширяющаяся вверх. Соотношение составляет 1:2:11. Таким образом, среди женщин с грыжами преобладает форма живота, расширяющаяся вверх (рис. 2).

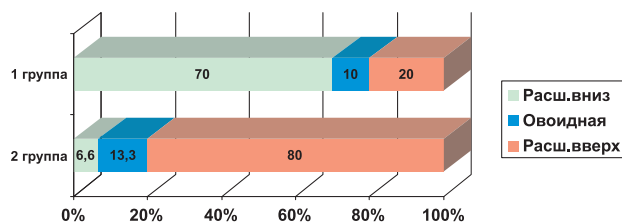


Рис. 2. Частота встречаемости форм живота у женщин в контрольной группе (группа 1) и у больных с паховыми грыжами (группа 2)

Размеры передней брюшной стенки у женщин с паховыми грыжами

Показатели ПБС	Контрольная группа, n=100	С грыжами, n=30
1. Высота по прямой, см	27,1±0,4	29,4±0,2
2. Высота по кривизне, см	31,7±0,10–0,01	36,5±0,52–0,001
3. Dist. bicost. по прямой, см	24,6±0,10–0,01	28,3±0,1–0,001
4. Dist. bicost. по кривизне, см	34,4±0,1–0,05	37,8±0,8–0,05
5. Dist. bispin. по прямой, см	28,5±0,1–0,05	24,8±0,2–0,05
6. Dist. bispin. по кривизне, см	37,8±0,1	38,4±0,8
7. Площадь, см ²	715,9±19,1–0,01	782,3±21,1–0,01
8. Поперечный индекс живота	93,2±0,1–0,001	106,2±0,7–0,001

Примечание: $X \pm x$ 0,05; 0,01; 0,001 – различия достоверны между группами.

Таблица 2

Размеры передней брюшной стенки у мужчин с паховыми грыжами

Показатели ПБС	Контрольная группа, n=100	С грыжами, n=70
1. Высота по прямой, см	29,7±0,6	30,1±0,3
2. Высота по кривизне, см	31,5±1,3–0,01	36,1±0,9–0,01
3. Dist. bicostarum, см	23,2±1,20,05	27,5±0,5–0,05
4. Dist. bicost. по кривизне, см	32,4±2,30–0,01	38,4±0,9–0,001
5. Dist. bispinarum, см	27,5±0,90–0,01	22,5±0,4–0,001
6. Dist. bispin. по кривизне, см	35,0±1,8	37,2±1,3
7. Площадь, см ²	700,5±49,1	722,0±47,6
8. Поперечный индекс живота	92,7±2,9–0,001	122,7±1,9–0,001

Примечание: $X \pm x$ 0,05; 0,01; 0,001 – различия достоверны между группами

Подобное лапарометрическое обследование проведено и у 70 мужчин в возрасте 21–78 лет с различными формами паховых грыж. Полученные показатели сравнили с аналогичными показателями мужчин без грыж с различной хирургической патологией (100 человек), которые составили контрольную группу. У мужчин с паховыми грыжами высота по кривизне передней брюшной стенки расстояние между нижними точками десятых ребер и поперечный индекс живота были достоверно большими, чем аналогичные показатели в контрольной группе.

Проведенное лапарометрическое обследование показало, что у мужчин обеих групп формы живота встречаются с различной частотой (табл. 2).

В основной группе мужчин с формой живота, расширяющейся вверх, – 72%, с овоидной – 23%, расширяющейся вниз – 5%.

В контрольной группе мужчин с формой живота, расширяющейся вниз, встречается 64% (64 человека), с овоидной формой – 23% (23 человека), и в 13% (13 случаев) – расширяющаяся вверх. Соотношение составляет 4,92:1,77:1,0. У больных с паховыми грыжами форма живота, расширяющаяся вниз, встречается в 13,8 раза реже, а расширяющаяся вверх, наоборот, в 5 раз чаще.

Таким образом, наиболее распространенной в контрольной группе является форма живота, расширяющаяся вниз, а в группе мужчин с паховыми грыжами

достоверно превалирует форма живота, расширяющаяся вверх ($p < 0,05$), также установлено, что сложные и рецидивные паховые грыжи преимущественно встречаются у мужчин и женщин с овоидной формой живота и расширяющейся вверх.

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г. Г. Медицинская морфометрия. – М.: Медицина, 1990. – 384 с.
2. Горбунов Н. С. Соединительно-тканый остов передней брюшной стенки / Н. С. Горбунов, В. И. Чикун, А. В. Илларионова. – Красноярск: Клоретианум, 2003. – 88 с.
3. Егивев В. Н., Лядов К. В., Воскресенский П. К. и др. Атлас оперативной хирургии грыж. – М.: Медпрактика-М, 2003. – 228 с.
4. Жуков В. М. Форма живота у людей разного возраста // Вопросы клинической анатомии: Матер. науч. конф. – Краснодар, 1971. – С. 68–70.
5. Тимошин А. Д., Юрасов А. В., Шестаков А. Л., Федоров Д. А. Современные подходы к лечению паховых грыж // Анналы хирургии. – 2000. – № 5. – С. 13–16.
6. Тоскин К. Д., Жебровский В. В. Грыжи брюшной стенки. – М.: Медицина, 1990. – 269 с.
7. Akman P. C. A study of five hundred incisional hernias // J. int. col. surg. – 1962. – V. 37. № 2. – P. 125–142.
8. Chevrel J. P., Rath A. M. Classification of incisional hernias of the abdominal wall // Hernia. – 2000. – Vol. 4. № 1. – P. 1–7.

Поступила 5.02.2013

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЯЗВЕННЫМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Кафедра общей хирургии ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России,
Россия, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1.
Тел. 8-392-71-29-70. E-mail: Vikto-potapenk@yandex.ru

Исследована система гемостаза у больных с однократным и рецидивным острым язвенным гастродуоденальным кровотечением в течение первой недели пребывания в стационаре. На основе исследования сделан вывод о неадекватном реагировании системы гемостаза у пациентов с рецидивным кровотечением и предрасположенности таких больных к развитию повторного кровотечения.

Ключевые слова: язва, кровотечение, система гемостаза.

Y. S. VINNIK, S. I. PETRUSHKO, Yu. A. NAZARYANC, L. V. KOCHETOVA,
M. N. KUZNETSOV, Ye. S. VASILENY, R. A. PAHOMOVA, A. B. KULIKOVA

CONDITION OF SYSTEM OF THE HEMOSTASIS AT PATIENTS WITH ACUTE ULCERATIVE GASTRODUODENUM THE BLEEDING

Department of general surgery GBOU VPO «Krasnoyarsk state medical university.
prof. V. F. Vojno-Yasenetsky»,
Russia, 660022, Krasnoyarsk, Partizan Geleznyak str., 1.
Tel. 8-392-71-29-70. E-mail: Vikto-potapenk@yandex.ru

There was examined the haemostatic system of the patients with one and repeated ulcer gastroduodenal bleeding during the first week of the sojourn of the patients at inpatients department. On the base of investigation was made a conclusion about an abnormal reaction of the haemostatic system of the patients with repeated ulcer gastroduodenal bleeding and about predisposing such patients to the development of repeated bleeding.

Key words: ulcer, bleeding, hemostasis system.

Введение

Кровотечения из желудочных и дуоденальных язв занимают первое место в структуре осложнений и смертности [2, 6, 7].

До недавнего времени основную роль в развитии геморрагий при язвенной болезни отводили аррозии сосудов в язве. В последние годы большое значение в развитии язвенного кровотечения придают нарушениям в системе гемостаза, обусловленным воздействием многих факторов, из которых в настоящее время трудно выделить ведущий. Данные, полученные при исследовании системы гемостаза у больных с острым язвенным гастродуоденальным кровотечением (ОЯГДК), довольно противоречивы. Сходятся они только в одном: изменения в системе гемостаза происходят во всех звеньях [1, 3, 4]. При этом в литературе мало данных по исследованию гемостаза у больных с однократным и рецидивным кровотечением [5].

Цель исследования – оценить изменения в системе гемостаза при остром язвенном гастродуоденальном кровотечении (ОЯГДК) у больных в динамике.

Методика исследования

Было обследовано 75 больных с язвенной болезнью желудка и ДПК, осложнённой кровотечением. Из них 50 больных с однократным и 25 больных с ре-

цидивным кровотечением (I и II группы соответственно). Рецидив кровотечения развился преимущественно на 2-е (48%) и 3-и (36%) сутки. Для оценки состояния системы гемостаза у больных ОЯГДК использовалась венозная кровь. Заборы крови проводились ежедневно в течение семи суток с момента поступления больного в стационар.

Методы исследования свертывающей системы крови: 1) исследования сосудисто-тромбоцитарного гемостаза: а) подсчёт количества тромбоцитов; б) исследование индуцированной агрегации тромбоцитов; 2) исследование коагуляционного гемостаза: а) определение активированного парциального (частичного) тромбопластинового времени (АЧТВ); б) определение протромбинового времени (ПТВ); в) определение тромбинового времени (ТВ); г) количественное определение фибриногена в плазме; д) определение каолинового времени плазмы (КВ); 3) определение первичных физиологических антикоагулянтов: а) определение прогрессивной активности антитромбина III (АТIII); б) определение уровня протеина С; 4) исследования фибринолитической системы: а) XIIa – зависимый эуглобулиновый лизис; 5) определение маркёров внутрисосудистого свертывания: а) ортофенантролиновый тест (ОФТ).

Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6.0» («StatSoft, Inc.»).