

3. Бенсман В. М., Щерба С. Н. Съёмные дренирующие мышечно-апоневротические швы в профилактике нагноений лапаротомных ран // Вестник хирургии. – 2000. – № 1. – С. 64–67.

4. Борисов А. Е., Федоров А. В., Земляной В. П. Ошибки, осложнения и летальность у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. – СПб: ЭФА, 2000. – 162 с.

5. Женчевский Р. А. Спаечная болезнь. – М.: Медицина, 1989. – 192 с.

6. Каншин Н. Н., Николаев А. В., Яковлев С. И. Дифференциальный подход к зашиванию лапаротомной раны // Вест. хирург. – 1986. – № 11. – С. 33–37.

7. Каншин Н. Н. Несформированные кишечные свищи и гнойный перитонит. – М.: Профиль, 2007. – 160 с.

8. Саакян А. С. Профилактика нагноений операционных ран при абдоминальных операциях в условиях перитонита: Автореф. дис... канд. мед. наук. – Краснодар, 2000. – 20 с.

9. Савельев В. С., Гельфанд Б. Р., Гологорский В. А. и др. // Анестезиология и реаниматология. – 1999. – № 6. – С. 28–33.

10. Савельев В. С., Гельфанд Б. Р. (ред.). Сепсис. – М.: МИА, 2010. – 352 с.

11. Цхай В. Ф., Мерзликин Н. В., Сорокин Р. В. и др. Релапаротомия и лапаростомия в лечении послеоперационных осложнений // Хирургия. – 2011. – № 6. – С. 27–31.

12. Чернов В. Н., Мареев Д. В. // Хирургия. – 2010. – № 8. – С. 44–47.

13. Bone R. C., Balk R. A., Cerra F. B. et al. American college of chest physicians. Society of critical care medicine consensus conference: Definitions for sepsis and or nailure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis // Crit. care med. – 1992. – Vol. 18. № 6. – P. 864–874.

Поступила 15.02.2013

**Ю. С. ВИННИК, А. В. ДАВЫДОВ, Р. А. ПАХОМОВА, Л. В. КОЧЕТОВА,
М. И. ГУЛЬМАН, Н. С. СОЛОВЬЕВА, Ю. А. НАЗАРЬЯНЦ,
Е. С. ВАСИЛЕНЯ, М. Н. КУЗНЕЦОВ, А. Б. КУЛИКОВА**

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭПСТ

*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*

В работе представлены результаты обследования 98 пациентов с патологией желчных протоков, поджелудочной железы и большого дуоденального сосочка, которым с лечебной и диагностической целью проводилась эндоскопическая папиллосфинктеротомия. В результате определены факторы риска постпапиллотомических осложнений.

Ключевые слова: механическая желтуха, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, осложнения.

**Yu. S. VINNIK, A. V. DAVYDOV, R. A. PAHOMOVA, L. V. KOCHETOVA, M. I. GULMAN,
N. S. SOLOVEVA, Yu. A. NAZARYANC, E. S. VASILENA, M. N. KUZNECOV, A. B. KULIKOVA**

PREVENT COMPLICATIONS AFTER EPST

*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*

The results of the survey, 98 patients with pathology of the bile ducts, pancreas, and the major duodenal papilla, which for therapeutic and diagnostic purposes performed endoscopic papillosphincterotomy. As a result of the risk factors identified postpapillotomicheskikh complications.

Key words: obstructive jaundice, endoscopic papillosphincterotomy, complications.

Введение

В настоящее время эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) стала операцией выбора в лечении холедохолитиаза и стеноза большого дуоденального сосочка, особенно у больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска и у пациентов с постхолецистэктомическим синдромом, так как характеризуется высокой эффективностью и низкой частотой осложнений и летальных исходов. Изучению отдаленных результатов ЭПСТ также посвящено значительное количество исследований, но полученные данные не позволяют однозначно оценить влияние разрушенного сфинктерного аппарата большого дуоденального сосочка (БДС) на состояние желчевыводящих путей в отдаленном периоде.

Например, частота рестенозов БДС в отдаленном периоде после ЭПСТ колеблется от 1,5% до 33,3%, а частота рецидивного холедохолитиаза – от 2,0% до 19,9%. Нет единства мнений относительно критериев рестеноза БДС после ЭПСТ. Имеются противоречивые данные о рациональной длине разреза при ЭПСТ в зависимости от имеющейся патологии гепатикохоледоха. Остаются малоизученными и вопросы о состоянии неудаленного желчного пузыря в отдаленные сроки после ЭПСТ, о частоте осложнений со стороны желчного пузыря и о необходимости холецистэктомии у данной категории больных в ближайшие сроки после ЭПСТ.

Таким образом, многие проблемы, связанные с изменениями в желчевыводящей системе в отдаленные

сроки после ЭПСТ, остаются до конца не решенными и требуют дальнейшего изучения.

Тяжелыми осложнениями эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) являются развитие острого панкреатита и кровотечение из области разреза [1, 3, 12]. Высокая резистентность данных осложнений к проводимому лечению, являющаяся следствием анатомической ограниченности операционного пространства стенками двенадцатиперстной кишки и невозможности адекватно эвакуировать кровь и фиксировать источник кровотечения при его развитии, а также высокая стоимость лечения диктуют необходимость определения и исследования факторов риска данных осложнений [2, 4, 5, 6].

Материалы и методы

Клинические исследования проведены в ж.-д. больнице в период с 2008 по 2012 г. на станции Красноярск. Обследовано 98 больных с патологией желчных протоков, поджелудочной железы и большого дуоденального сосочка (БДС), которым с лечебной и диагностической целью проводилась ЭПСТ. Из них у 57 пациентов были выявлены факторы риска развития постпапиллотомических осложнений и проводилась профилактика этих осложнений. У 47 пациентов профилактика не проводилась.

Математическую обработку результатов исследований проводили с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6.0» на персональном компьютере.

Описательная статистика результатов исследования представлена для качественных признаков в виде процентных долей и их стандартных ошибок, для количественных – в виде медиан (Me) и перцентилей (P_{25} , P_{75}).

Проверка нормальности распределения переменных в группах наблюдения проводилась с использованием критерия Шапиро-Уилкса.

Для оценки статистической значимости различий учитывали отсутствие нормального распределения переменных в исследуемых группах, применяли непараметрический критерий Манна-Уитни.

Значимость различий качественных показателей оценивали при помощи критерия Пирсона χ^2 с поправкой на непрерывность.

Различия во всех случаях оценивали как статистически значимые при $p < 0,005$.

Результаты и обсуждение

По нозологии больные распределились следующим образом: 1) изолированный стеноз БДС (67); 2) стеноз БДС на фоне холедохолитиаза (18); 3) объемное образование головки поджелудочной железы (10); 5) синдром «слепого мешка» после холедоходуоденостомии (3).

Для предупреждения развития осложнений за 2 дня до ЭПСТ применяли инфузионное введение кваматела в дозе 40 мг 2 раза в день, сандостатин – 0,1 п/к 3 раза в день, дицинон 12,5% – 2 мл в/в, инъекции адреналина интрапапиллярно 0,1% – 1,0 мл в 2–3 точки (рацпредложение от 10.01.2013 г. № 2).

Факторы риска развития острого постпапиллотомического панкреатита

Проведенный статистический анализ позволил установить факторы риска развития ОПП: эрозивно-язвенные поражения ДПК и другие проявления язвенной болезни (присутствие постульцерозных рубцов на слизистой оболочке желудка и ДПК, деформация

ДПК); холангиозектазия, увеличение размеров головки поджелудочной железы (ПЖ) по данным УЗИ; гипербилирубинемия выше 100 мкмоль/л, повышение уровня амилазы.

Результаты исследования показали, что рассечение устья главного панкреатического протока (ГПП) папиллотомом, многократная канюляция ГПП, ЭПСТ при близко расположенных устьях общего желчного протока (ОЖП) и ГПП, неадекватная ЭПСТ, выраженные склеротические явления в области устья ГПП являются самостоятельными факторами риска развития ОПП.

Факторы риска развития острого постпапиллотомического кровотечения

Как показали наши данные, факторами риска развития ОПК являются: повышение уровня билирубина выше 100 мкмоль/л, повышение АД выше 200 мм рт. ст., гипераминотрансфераземия при повышении ферментов более чем в 2,5 раза, нарушение свертываемости крови, длительные сопутствующие гнойные заболевания, длительная механическая желтуха (более 10 суток), злокачественное поражение БДС.

Очевидно, что гемостатический эффект при диатермонекрозе определяется его глубиной, что, в свою очередь, зависит от количества выделяемой тепловой энергии на единицу площади и временем контакта электрода с биологическими тканями. На основании вышесказанного можно сделать заключение, что определяющими возможность развития ОПК техническими факторами являются время диатермокоагуляции, режим коагуляции, толщина струны-электрода.

При этом определено, что динамическая дуоденоскопия с осмотром БДС через 3–5 часов после ЭПСТ позволяет своевременно диагностировать возникновение специфических постпапиллотомических осложнений на доклиническом этапе и снизить частоту тяжелых форм ОПП и ОПК.

Постпапиллотомические осложнения возникли в 7,5% случаев у больных, которым не проводилась профилактика постпапиллотомических осложнений (во всех случаях после консервативного лечения осложнения были купированы).

Постпапиллотомические осложнения возникли в 1,8% случаев у больных, которым проводилась профилактика постпапиллотомических осложнений (после консервативного лечения осложнения были купированы).

Таким образом, сравнительный анализ показал, что профилактика постпапиллотомических осложнений снижает их с 7,5% до 1,8%. Полученные результаты подтверждают целесообразность применения лечебного алгоритма профилактики постпапиллотомических осложнений при лечении патологии желчных протоков, поджелудочной железы и большого дуоденального сосочка, осложненной механической желтухой в условиях неотложной хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балалыкин В. Д. Дискутабельные вопросы и алгоритм хирургии большого дуоденального сосочка (БДС) и холангиолитиаза / А. К. Хабурзания, Н. Д. Ушаков и др. // Материалы IX Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии. Эндоскоп. хир. – 2006. – № 2. – С. 13.
2. Благовидов Д. Ф., Данилов М. В., Вишневский В. А. Показания и техника папиллосфинктеротомии // Вест. хир. – 1976. – № 7. – С. 17–21.
3. Борисов А. Е. Варианты «встречной техники» малоинвазивных вмешательств у больных с холедохолитиазом / С. И. Пешехо-

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. PAHOMOVA**

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