

ЛИТЕРАТУРА

1. Аббасова С. Ф. Лапароскопическая холецистэктомия у больных старших возрастных групп // Хирургия. – 2011. – № 9. – С. 83–86.
2. Баранов Г. А., Бронштейн А. Т., Борушко М. В., Харламов Б. В. Применение малоинвазивных операций при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста // Эндоскопическая хирургия. – 2007. – № 1. – С. 19–20.
3. Бронштейн А. Т., Баранов Г. А., Ульянов В. И., Решетников Е. А., Зыков А. С., Харламов Б. В. О современных тенденциях в лечении острого холецистита у больных старших возрастных групп // Кремлевская медицина. – 2007. – № 3. – С. 50–53.
4. Ермолов А. С., Гуляев А. А. Острый холецистит: современные методы лечения // Лечащий врач. – 2005. – № 2. – С. 16–18.
5. Сажин В. П., Юрицев В. А., Климов Д. Е. Осложнения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите // Эндоскоп. хирургия. – 2006. – № 2. – С. 117–118.
6. Токин А. Н., Чистяков А. А., Мамалыгина Л. А., Желябин Д. Г., Осокин Г. Ю. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с острым холециститом // Хирургия. – 2008. – № 11. – С. 26–30.
7. Biswas S. K., Saha J. C., Rahman M. M., Rahman M. A. Laparoscopic cholecystectomy in acute calculus cholecystitis: experience at district level hospital // Faridpur med. col. j. – 2010. – Vol. 5. № 1. – P. 3–7.
8. Kolla S. B., Aggarwal S., Kumar A., Kumar R., Chumber S., Parshad R., Seenu V. Early vs delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. A prospective randomized trial // Surg. endosc. – 2004. – Vol. 18. № 12. – P. 1323–1327.
9. Zhu B., Zhang Z., Wang Y., Gong K., Lu Y., Zhang N. Comparison of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis within and beyond 72 h of symptom onset during emergency admissions // World j. surg. – 2012. – Vol. 36. № 11. – P. 2654–2658.

Поступила 19.02.2013

**В. М. БЕНСМАН¹, Ю. П. САВЧЕНКО¹, К. В. ТРИАНДАФИЛОВ¹,
И. В. ГОЛИКОВ¹, С. Н. ПЯТАКОВ¹, В. В. ЧАЙКИН¹, А. С. СААКЯН²**

ТАКТИКА ЗАКРЫТИЯ ЛАПАРОТОМНОЙ РАНЫ В ХИРУРГИИ РАСПРОСТРАНЁННОГО ПЕРИТОНИТА

¹Кафедра общей хирургии Кубанского государственного медицинского университета,
Краснодарская краевая клиническая больница № 1 им. профессора С. В. Очаповского,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. (861) 2528559. E-mail: Intro-2@rambler.ru;

²Усть-Лабинская ЦРБ,
Россия, 352330, Краснодарский край, Усть-Лабинский р-н, г. Усть-Лабинск, ул. Пролетарская, 1.
Тел. (86135) 2-34-70. E-mail: ustlabcrb@mail.kuban.ru

На материале 604 больных распространённым перитонитом показаны преимущества лечения программными релапаротомиями с закрытием операционной раны съёмными дренирующими мышечно-апоневротическими швами (СДМАШ). При дифференцированном закрытии лапаротомной раны СДМАШ при нормальном или только кожных швах при повышенном внутрибрюшном давлении наметилась тенденция к снижению летальности. При невозможности закрытия операционного доступа швами вследствие дефекта брюшной стенки допустимо применение тканевой тензии или свободной пластики расщеплённым кожным лоскутом.

Ключевые слова: релапаротомия, дренирующие швы, дермопластика, тензия.

**V. M. BENSMAN¹, Y. P. SAVCHENKO¹, K. V. TRIANDAFILOV¹, I. V. GOLIKOV¹,
S. N. PYATAKOV¹, V. V. CHAYKIN¹, A. S. SAAKYAN²**

TACTICS OF LAPAROTOMY WOUND CONTRACTION IN THE SURGERY OF WIDESPREAD PERITONITIS

¹Chair of general surgery of Kuban state medical university, Krasnodar regional clinical hospital № 1
n. a. S. V. Ochapovsky,

Russia, 350063, Krasnodar, Sedina street, 4. Tel. (861) 252-85-59. E-mail: Intro-2@rambler.ru;

²Ust-Labinskaya central district hospital,
Russia, 352330, Krasnodar region, Ust-Labinsk district, Ust-Labinsk, Proletarskaya str., 1.
Tel. (86135) 2-34-70. E-mail: ustlabcrb@mail.kuban.ru

Advantages of treatment using programmed relaparotomia with incisional wound contraction by means of pull-out draining muscular aponeurotic sutures (PODMAS) were demonstrated on the data of 604 patients suffering from widespread peritonitis. Decrease of mortality was shown in the process of differential closure of laparotomia wound by PODMAS under normal abdominal pressure or by cutaneous sutures under high abdominal pressure. Tissue tension or free flap plasty of split-skin graft is allowable in the case of closure impossibility of operative approach by sutures due to the abdominal wall defect.

Key words: relaparotomia, draining sutures, dermanaplasty, tension.

Введение

Распространённый гнойный перитонит осложняется абдоминальным сепсисом, что омрачает прогноз [12]. При перитоните с признаками абдоминального сепсиса летальность составляет 30–25%, а в случае послеоперационного перитонита она достигает 60–80% [2, 4, 11]. Способы закрытия лапаротомной раны при перитоните немногочисленны. Не изучено влияние различных швов на исход перитонита. Однако при традиционном закрытии лапаротомной раны осложнения послеоперационного периода встречаются достаточно часто [6, 7]. Поэтому изучение исходов перитонита при разных способах закрытия лапаротомной раны имеет большое значение.

Материалы и методы

Работа основана на результатах лечения 604 больных перитонитом, осложнённым абдоминальным сепсисом (АС), в возрасте от 19 до 82 лет. При перитоните АС всегда развивался в стадии кишечной или полиорганной недостаточности (ПОН). Факт АС считается доказанным, если имеется ССВР – синдром системной воспалительной реакции. При АС температура тела превышала 38° С, имелся высокий лейкоцитоз со сдвигом влево. Однако у самых тяжёлых больных можно было наблюдать субфебрилитет и лейкопению с увеличением числа незрелых нейтрофилов до 10%. Имелись тахипноэ со снижением pCO_2 , тахикардия, умеренная артериальная гипотензия и тромбоцитопения [10,13]. У большинства больных перитонит развивался при перфоративном аппендиците, прободении желудочно-дуоденальной язвы, деструктивном холецистите, дивертикулите и раке полых органов. Он возникал при травмах живота, некрозе кишки при непроходимости, несостоятельности швов анастомозов и при других операционных осложнениях. В зависимости от выполненного хирургического лечения все больные отнесены к контрольной или к двум основным группам наблюдений.

В контрольную группу вошли 278 больных, пролеченных в 1976–1987 гг. Их оперировали из срединного доступа. Устраняли источник перитонита, брюшную полость промывали и выполняли назоинтестинальную интубацию. Устанавливали 4 двухпросветных дренажа, после чего апоневротическую рану закрывали узловыми швами. Кожные края сближали редкими швами, а при развитой жировой клетчатке первичный кожный шов не накладывали. До стабилизации функций жизнеобеспечения больные находились в отделении реанимации. Малоудовлетворительные результаты лечения (табл. 1, 2), побудили нас лечебную тактику пересмотреть.

С 1989 по 2009 г. пролечено 282 больных, составивших первую основную группу наблюдений. Отличительной особенностью явились программированные релапаротомии (ПР), которые в то время входили в практику [2, 7]. Показаниями к ПР служил распространённый и вторично-абсцедирующий перитонит во второй и третьей фазах развития, ушитые стрессовые перфорации кишечника, желудочные и кишечные анастомозы, наложенные в условиях перитонита, а также оставленные сомнительно жизнеспособные ткани. После первой операции, заключающейся в ликвидации источника перитонита, санации и дренировании брюшной полости, рану апоневроза не зашивали. Брюшную полость временно закрывали только редкими широкозахват-

ными кожными швами. Между кожным швом и укрытыми или не укрытыми сальником кишечными петлями продольно располагали сквозной проточно-аспирационный дренаж (СПАД). Через 48–72 часа под кратковременным наркозом кожные швы снимали, выполняли мануальную санацию с обильным промыванием брюшной полости и вновь накладывали кожные швы. Эту процедуру повторяли 3–7 раз, через каждые 2–3 дня, пока не появлялись признаки затухания острого воспаления и восстановления перистальтики. Выполнение более 7–8 сеансов ПР было крайне нежелательным из-за нарастающей частоты перфораций стрессовых язв кишечника. После последней ПР операционную рану окончательно закрывали разработанными нами съёмными дренирующими мышечно-апоневротическими швами (СДМАШ – патент от 27.12.1999 г. № 2143231), с оставлением на 3–5 суток СПАД'а. Если ПР прерывали течения перитонита, то СДМАШ предотвращали нагноение лапаротомной раны и эвентерацию [3, 8]. При наложении СДМАШ края рассечённого апоневроза прошивают на уровне схождения листков влагалища прямых мышц живота, без захвата брюшины, прочной лавсановой, лучше монофиламентной, нитью. Завязывают нить первым хирургическим узлом обычным способом. Второй узел формируют в виде петли-«бантика» и затягивают наподобие шнурков на ботинках (рис. 1). Для предотвращения случайного развязывания узла через петлю-«бантик» проводят толстую монофиламентную нить сечением 0,8–1,0 мм. Затем энергичной тракцией за оба конца шовной нити достигают смыкания петли-«бантика» вокруг блокирующей нити (рис. 2). Таким образом, узел становится неразвязывающимся до тех пор, пока из его петли-«бантика» не будет извлечена блокирующая нить. Швы накладывают в 2,5–3,0 см друг от друга, а блокирующую нить проводят через петли-«бантики» каждого шва, по мере их наложения. Свободные концы нитей каждого апоневротического шва не обрезают, а выводят попарно за пределы раны. В промежутках между выведенными нитями на кожу накладывают редкие широкозахватные швы с элементом Донатти (рис. 2). Дренирование подкожной клетчатки осуществляют «активацией», которая заключается в ежедневном перемещении выведенных нитей апоневротических швов вдоль ушитой раны, от одного кожного шва к другому. «Активация» препятствует слипанию и срастанию краев кожной раны, что обеспечивает отток серозного экссудата и предотвращает нагноение. В брюшной полости под ушитым апоневрозом оставляют на 3–4 дня СПАД, по которому отмыывают экссудат из предбрюшинной клетчатки, чем предотвращают её нагноение и, как оказалось, образование спаек между кишечником и ушитой лапаротомной раной. Доказано, что достаточно прочный апоневротический рубец формируется к 18–20-му дню, поэтому снятие СДМАШ производят не ранее этого срока [3, 8].

Вторую основную группу наблюдений составили 44 больных, оперированных в период с 2011 по 2012 г. Этим больным также выполняли ПР по вышеописанной методике. Отличие заключалось в способе окончательного закрытия лапаротомной раны. Больным, у которых к концу выполнения ПР сохранился синдром абдоминальной гипертензии (САГ), лапаротомную рану закрывали только кожными узловыми широкозахватными швами. Другим пациентам, у которых внутрибрюшное давление приходило к норме, хирургическое лечение завершали наложением СДМАШ.

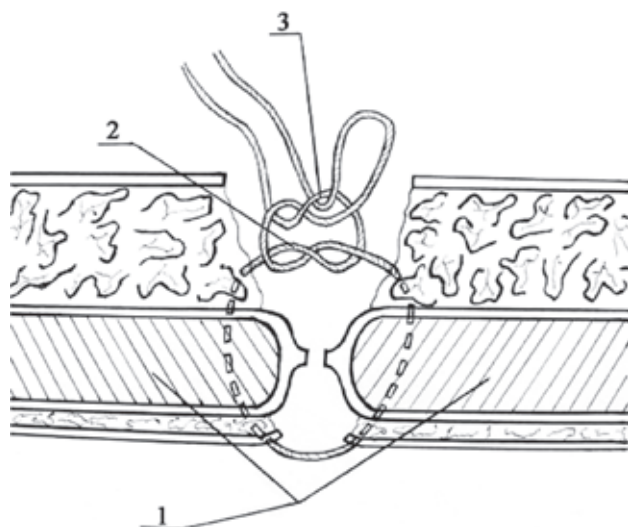


Рис. 1. Формирование узлов СДМАШ:
1 – прямые мышцы живота,
2 – первый хирургический узел,
3 – второй узел в виде петли – «бантика»

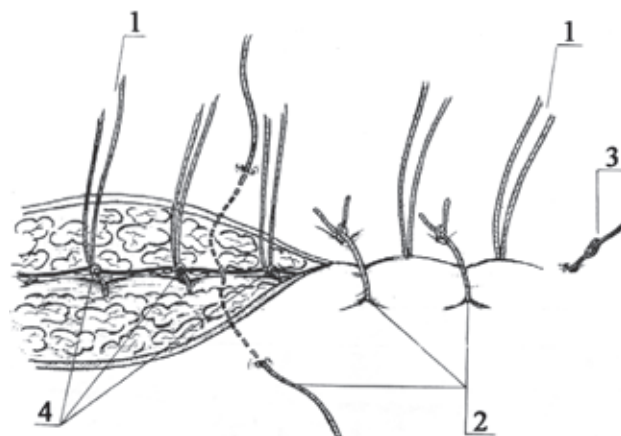


Рис. 2. Завершение наложения СДМАШ:
1 – выведенные за пределы раны свободные концы нитей СДМАШ,
2 – кожные швы, 3 – выведенный наружу конец блокирующей нити с фиксирующим узлом, 4 – завязанные апоневротические швы с заблокированными петлями-«бантиками»

Результаты и обсуждение

Результаты лечения во всех группах наблюдений представлены в таблицах 1 и 2. Послеоперационные интраабдоминальные осложнения в контрольной группе наблюдений возникали наиболее часто. Прогрессирующий и вторично абсцедирующий перитонит, перфорации стрессовых язв, несостоятельность швов полых органов и другие осложнения, приводящие к ПОН, стали причиной высокой летальности (табл. 1). Вынужденные релапаротомии оказывались запоздалыми, сопряженными с длительным наркозом и разрушением спаек брюшины, что усугубляло тяжесть ССВР [9]. По-

чти у трети больных нагноились лапаротомные раны, что способствовало образованию эвентераций и даже спаечной болезни (табл. 2).

В последующие 11 лет 282 больных первой основной группы наблюдений лечили ПР, после которых операционную рану закрывали СДМАШ. В этой группе санация брюшины, проводимая во время ПР, прерывала экссудативную фазу перитонита и способствовала существенному снижению абдоминальных осложнений, что подтверждается и другими авторами [2]. Пропорционально уменьшилось количество ВР, а леталь-

Таблица 1

Послеоперационные интраабдоминальные осложнения и летальность

Группы наблюдений	Количество больных							Послеоперационный койко-день
	Всего	Имеющих послеоперационные интраабдоминальные осложнения		Перенесших вынужденную релапаротомию		Послеоперационная летальность		
		n	%P±m	n	%P±m	n	%P±m	
Контрольная группа	278	169	60,7±3,2	143	51,4±2,9	133	47,8±2,7	27,6±3,8
Достоверность различий		t=7,6; p<0,001		t=5,9; p<0,001		t=6,8; p<0,001		p>0,1
Первая основная группа	282	83	29,4±2,6	80	28,3±2,6	68	24,1±2,3	21,2±4,2
Достоверность различий		t=0,01; p>0,1		t=1,2; p>0,1		t=0,2; p>0,1		p>0,1
Вторая основная группа	44	13	29,5±6,8	9	20,4±6,0	10	22,7±6,3	23,3±6,4
Из них: 1-я подгруппа – СДМАШ	13	1	7,6±7,3	1	7,6±7,3	1	7,6±7,3	20,2±9,7
Достоверность различий		t=2,7; p<0,01		t=2,0; p<0,05		t=2,0; p<0,05		p>0,1
2-я подгруппа – шов только кожи лапаротомной раны	31	12	38,7±8,7	8	25,8±7,8	9	29,7±8,1	26,5±7,3

ность снизилась в 2 раза (табл. 1). Благодаря СДМАШ нагноения лапаротомных ран достоверно сократились в 4 раза. Неожиданно выявилась прямая зависимость появления в отдалённые сроки острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН) от частоты нагноения лапаротомных ран (табл. 2). В первой основной группе ОСКН развилась только в $0,7 \pm 0,5\%$ случаев, в то время как в контрольной группе она отмечена у $3,2 \pm 0,8\%$ обследованных больных. Изучение отдалённых результатов лечения перитонита у других 545 больных [8] также показало достоверную корреляцию частоты послеоперационной ОСКН с нагноениями операционных ран и снижение заболеваемости ОСКН под влиянием СДМАШ. Цитологические исследования показали, что СДМАШ способствуют переходу воспалительно-дегенеративного процесса в воспалительно-регенеративный как в подкожной, так и в предбрюшинной клетчатке лапаротомной раны [3, 8]. Поэтому в ней не развивается нагноение, распространяющееся до брюшной полости и создающее условия для висцеропариетальных сращений, являющихся субстратом ОСКН [5].

Во второй основной группе наблюдений показания для закрытия лапаротомной раны решались дифференцированно. Исследованиями последних лет установлено, что распространённый перитонит приводит к синдрому абдоминальной гипертензии (САГ), при котором нарушаются диафрагмальное дыхание, висцеральная микроциркуляция и портальный кровоток, что ускоряет развитие ПОН и отягощает прогноз [1, 2]. Рассматриваемые далее две подгруппы наблюдений составлены по признаку наличия или отсутствия САГ к моменту окончательного закрытия брюшной полости. В результате такой селекции в первую подгруппу вошли 13 больных, у которых после курса ПР внутрибрюшное давление нормализовалось, что позволило наложить СДМАШ. У этих пациентов перитонит сопровождался не самым тяжёлым абдоминальным сепсисом, причины его были устранимыми, поэтому осложнения и леталь-

ность оказались минимальными (табл. 2). Во второй подгруппе, состоящей из 31 больного, абдоминальный сепсис протекал тяжело, и после проведения ПР абдоминальная гипертензия оставалась высокой, более 20 мм рт. ст. Кроме того, у 4 больных этой подгруппы имелась тяжёлая и ненадёжно устранённая патология, вызвавшая перитонит. Все эти обстоятельства стали причинами осложнений и летальности, превышающей аналогичные показатели первой основной группы наблюдений (табл. 1). Кроме того, у больных второй подгруппы при окончательном закрытии лапаротомной раны кожными швами не всегда применяли СПАД, что могло способствовать нагноению единственного ряда кожных швов (табл. 2).

Для лечения больных перитонитом, имеющих большие дефекты передней брюшной стенки воспалительно-некротического или травматического происхождения, мы разработали несколько способов их пластического закрытия. В таких случаях ещё в остром периоде формировали лапаростомию путем подшивания к краям раны сетки или перфорированной плёнки, применяемой в медицине. Это способствовало срастанию краёв дефекта брюшной стенки с петлями кишки, то есть создавали фиксированную экзентерацию. После её образования сетчатый протез, закрывающий дефект, удаляли. Рану, дном которой являлись петли кишок, промывали и закрывали расщеплёнными дерматомом кожными лоскутами. Толщина лоскутов, в которых скальпелем проделывали редкие перфорации, составляла 0,6 мм. Таким способом была сохранена жизнь 7 больных, имеющих дефекты брюшной стенки от 130 до 300 кв. см. В двух случаях, когда кожные трансплантаты были подшиты к краям обработанного мышечно-фасциального дефекта передней брюшной стенки по всему периметру, грыжевые выпячивания не образовались. По-видимому, сравнительно толстый и сросшийся с апоневрозом слой дермы трансплантатов имел достаточные каркасные свойства. Кроме

Таблица 2

Зависимость послеоперационных нагноений, экзентераций и спаечной кишечной непроходимости от способа ушивания лапаротомной раны

Группы наблюдений	Количество больных	Нагноение лапаротомных ран		Послеоперационная экзентерация		Спаечная кишечная непроходимость в отдалённые сроки наблюдений	
		n	%P±m	n	%P±m	n	%P±m
Контрольная группа	278	80	28,8±2,7	8	2,9±1,0	9	3,2±0,8
Достоверность различий		t=7,4; p<0,001		t=5,5; p<0,001		t=2,0; p<0,05	
Первая основная группа	282	20	7,1±1,3	0	-	2	0,7±0,5
Достоверность различий		t= 2,2; p<0,05		t= 1,04; p>0,1		t=0,7; p>0,1	
Вторая основная группа	44	9	20,4±6,0	1	2,3±2,2	1	2,3±2,2
Из них:							
1-я подгруппа – СДМАШ	13	1	7,7±7,3	0	-	0	-
Достоверность различий		t=1,7; p>0,05		t=1,03; p>0,1		t= 1,03; p>0,1	
2-я подгруппа – шов только кожи лапаротомной раны	31	8	25,8±7,8	1	3,2±3,1	1	3,2±3,1

того приросшие кожные трансплантаты толщиной 0,6 мм сохраняли некоторую подвижность по отношению к внутренним органам.

Последнее время для закрытия больших дефектов передней брюшной стенки использовали два способа тканевой тензии, которые обеспечивают постепенное растяжение всей толщи мягкотканых краёв до их полного соприкосновения и сращения (патенты от 27.12.2008 г. № 79240 и от 27.07.2009 г. № 2362502). Первый способ дозированного разнонаправленного растяжения, действующий в плоскости поверхности тела, выполняют путём проведения дугообразно изогнутых отрезков спиц Киршнера длиной 8 см через всю толщу брюшной стенки. Проведения спицы достигают её вколочку снаружи и выколочку изнутри кнаружи, в виде нанизывания, отступая от края раны на 3–4 см и параллельно ему. С учётом формы и размера раны по её периметру проводят требуемое количество отрезков спиц таким образом, чтобы они несколько перекрывали друг друга (рис. 3). Затем со стороны торца раны хирургической иглой каждый отрезок спицы охватывают прочной нитью, которую туго завязывают на спице, чтобы прорезать интерпонированные мягкие ткани. Усилением ежедневной поступательной тяги связанных попарно нитей противоположных сторон осуществляют дозированное растяжение всей толщи краёв раны до их взаимного соприко-

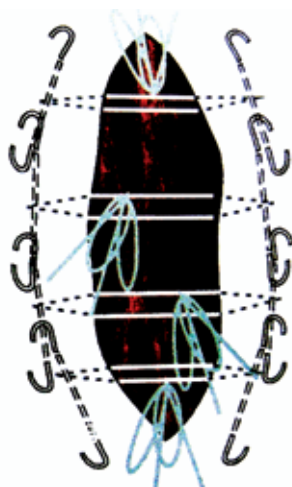


Рис. 3. Схема дозированного тканевого растяжения в плоскости кожного покрова

сновения (рис. 3). Затем спицы и нити легко удаляют, а на края раны безо всякого натяжения накладывают СДМАШ. Для предотвращения прорезывания нитями подлежащих кишечных петель их прикрывают сосудистыми протезами или промасленной салфеткой, которые извлекают тотчас после удаления спиц. Это устройство применяли у 13 пациентов с дефектами брюшной стенки более 200 см². В 12 случаях удалось закрыть рану в течение 23±3,2 суток. Один раз потребовалось завершение дермопластикой.

Второй способ тканевого растяжения успешно применён у 4 больных. Он совмещает спицевое тензионное устройство со стержневым аппаратом внешней фиксации, который монтируют к подвздошным костям, что позволяет менять угол тяги до 90° (рис. 4). Винтовая тяга за спицы с тензионными нитями располагается выше поверхности кожи на 8–10 см и тем самым предотвращает давление тензионных нитей на кишечник.

На материале обследования 571 больного выявлена корреляция между балльной оценкой по шкале АРА-СНЕ-III и исходом лечения больных. Так, у всех умерших экстраполирование усреднённой суммы баллов образовало доверительный интервал от 127,8 до 118,2 ($M \pm m = 123,0 \pm 1,6$). Следовательно, оценка тяжести общего состояния при абдоминальном сепсисе выше 118 баллов оказалась неблагоприятным прогностическим признаком. С другой стороны, у выздоровевших больных доверительный интервал составил диапазон от 96,0 до 87,2 балла ($M \pm m = 92,1 \pm 1,3$). Полное несовпадение доверительных интервалов балльной оценки выздоровевших и умерших пациентов ($t=15$; $p<0,001$) достоверно свидетельствует о практической значимости предлагаемого способа математического прогнозирования.

Анализ многолетнего опыта, представленного большим клиническим материалом хирургического лечения распространенного гнойного перитонита, позволяет считать способ программированных релапаротомий в сочетании со СДМАШ методом выбора. Лечение программированными релапаротомиями больных с некупированным САГ с завершающим ушиванием только кожи лапаротомной раны имеет свои основания. Во всяком случае, показатели летальности в подгруппе наблюдений,

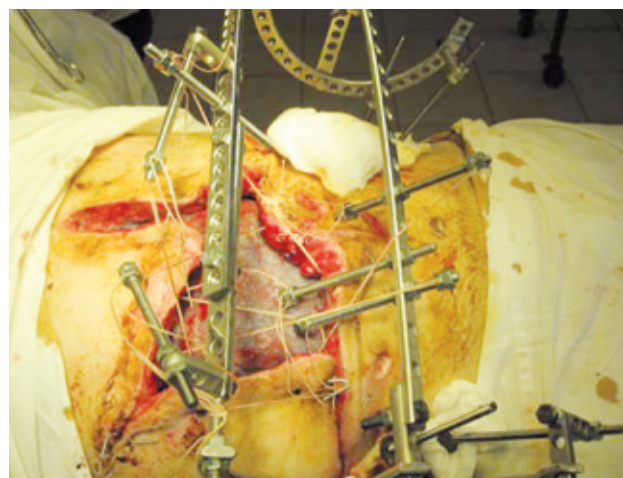


Рис. 4. Дозированное тканевое растяжение стержневым аппаратом выше плоскости кожного покрова

содержащей наиболее тяжёлых больных, которым завершали оперативное лечение в зависимости от уровня внутрибрюшного давления, продемонстрировали определённую прогрессивную тенденцию. Недостаточное количество наблюдений диктует целесообразность продолжения научного поиска. Перспективность разнонаправленной спицевой тензии при больших дефектах брюшной стенки определяет необходимость совершенствования этой хирургической методики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумов М. М., Смоляр А. Н. Значение синдрома высокого внутрибрюшного давления в хирургической практике // Хирургия. – 2003. – № 12. – С. 66–72.
2. Алиев С. А. Синдром интраабдоминальной гипертензии у больных осложненным раком ободочной кишки и его хирургическая коррекция // Хирургия. – 2012. – № 11. – С. 45–51.

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. Женевский 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 не удаленного 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