

УДК 618.131.6:611.66+618.131.6:611.671

С.В. СМЕЛОВ, Е.С. ШАЛИМОВ, В.В. СЕМЕНОВ, М.А. ПАВЛОВ

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ПАРАМЕТРИЯ ПРИ НЕКОТОРЫХ ПОЛОЖЕНИЯХ МАТКИ

Ключевые слова: параметрий, брюшинный этаж таза, маточная артерия, мочеточники, трансвагинальные доступы.

С использованием классических анатомических методов исследования дана сравнительная характеристика проекционно-синтопических взаимоотношений анатомических образований параметрия при типичных (*anteversio-anteflexio*) и вариантных (*dextroversio* и *dextropositio*) положениях матки. Приведена посегментная проекция на влагалищный свод брюшинного покрова таза, слоев клетчатки, складывающихся из параметрия с прилежащими участками позадипузырной и околопрямокишечной клетчатки, анатомических образований, заложенных в параметрии, – маточных артерий и тазового отдела мочеточников. Разработаны практические рекомендации для выполнения трансвагинальных доступов в брюшинный и подбрюшинный этажи таза.

S.V. SMELOV, E.S. SHALIMOV, V.V. SEMENOV, M.A. PAVLOV
A VARIANT ANATOMY OF THE PARAMETRIUM
IN SOME POSITIONS OF THE UTERUS

Key words: parametrium, peritoneal level of pelvis, arteria uterine, ureters, transvaginal accesses.

In the work with using of classical anatomical research methods of the comparative characteristic of the projection-syntopic relations anatomic formations of parametrium in typical (*anteversio-anteflexio*) and variant (*dextroversio* and *dextropositio*) positions of the uterus. Shows segmental projection on the vaginal fornix peritoneal cover of the pelvis, the layers of fatty tissue, formed from the parametrium with the adjacent areas and retrovesical paraprocitium, anatomic formations, laid down in the parametrium – uterine arteries and the pelvic ureters. Developed practical recommendations for the implementation transvaginal accesses to the peritoneal and subperitoneal levels of the pelvis.

Топографо-анатомические взаимоотношения структурных элементов женского таза до настоящего времени остаются малоосвещенными в литературе, сложными, иногда противоречивыми. Причина состоит в недостаточной изученности анатомических образований подбрюшинного этажа, фасциально-клетчаточных элементов, в значительном количестве вариантных типов кровоснабжения органов [1, 2] и анатомических соотношений сосудистых структур [5]. Указанное имеет отношение к части подбрюшинного этажа таза – параметрию, пик исследовательских изысканий которого пришелся на вторую половину ушедшего столетия.

В настоящее время работы, направленные на изучение проекционно-синтопических взаимоотношений элементов параметрия с влагалищным сводом, носят эпизодический характер, между тем они являются базисными для обоснования рациональных трансвагинальных доступов при различных положениях матки.

Цель работы – сравнительная характеристика проекционно-синтопических взаимоотношений анатомических образований параметрия с влагалищным сводом при типичных (*anteversio-anteflexio*) и вариантных (*dextroversio* и *dextropositio*) положениях матки, а также связанных с ними трансвагинальных доступов.

Материал для исследования – 31 органокомплекс женского таза, которые были получены острым путем на вскрытии трупов возраста 27-66 лет [3].

Методы исследования

1. Разделение влагалищного свода на сегменты [4], служивших ориентирами при проекции на них анатомических образований параметрия и выполнении макротомных срезов в сагиттальной плоскости (рис. 1).

2. Изготовление макротомных срезов [6]. Срезы делились на две группы: медиальный и латеральные. Медиальный выполнялся через 12- и 6-й сегменты (центральный и латеральные).

ный срез). Для проведения латеральных (парных срезов) использовались 1- и 5-й; 2- и 4-й; 3-й (слева) и 11- и 7-й; 10- и 8-й; 9-й (справа) влагалищные сегменты. Срезы окрашивались в растворе пикрофуксина и осматривали в отраженном свете под лупой МБС-1 (увеличение 0,6-7), в ряде случаев использовался окуляр-микрометр.

В срезах измерялся слой клетчатки, расположенный между передней поверхностью надвлагалищной части шейки матки или передней частью кардинальной связки (в латеральных срезах) и задней стенкой мочевого пузыря. В состав слоя входили клетчатка переднего параметрия и позадипузырная клетчатка. Замерялся переднезадний размер (толщина) клетчатки на различных уровнях: влагалищной части (примыкающем к влагалищному своду участке), брюшинной (прилежащей к брюшине пузырно-маточного углубления), средней части, расположенной между ними. Измерялось ближайшее расстояние от слизистой свода до брюшины пузырно-маточного углубления – высота клетчатки. При появлении в латеральных срезах кардинальной связки измерение переднезадних размеров клетчатки проводилось от ее переднего края.

Помимо этого измерялся слой клетчатки, ограниченный спереди надвлагалищной частью шейки и перешейком матки (или задней частью кардинальной связки в латеральных срезах), сзади – брюшиной прямокишечно-маточного углубления в центральном срезе или прямой кишкой – в латеральных. Замерялось ближайшее расстояние от слизистой свода до наиболее глубокого участка брюшины прямокишечно-маточного углубления – толщина тканей, что давало представление о выраженности слоя, лежавшего между сводом и брюшиной дугласова кармана. Замерялась высота клетчатки – расстояние от участка клетчатки, примыкавшего к заднему своду, до плотного прикрепления переднего листка брюшины прямокишечно-маточного углубления к задней поверхности матки, где смещаемость брюшины была сведена к минимуму. Также замерялись переднезадние размеры (толщина) клетчатки в основании.

3. Препарирование заложенных в параметрии маточных артерий и тазового отдела мочеточников [3].

4. Трансвагинальное пунктирование параметрия [3]. Выполнялось с целью определения проекционных взаимоотношений участков брюшинного покрова с влагалищным сводом. Для пунктирования использовался набор игл с ограничителями различной конфигурации, длины и диаметра. Пунктирование осуществлялось последовательно по часовой стрелке с 12-го сегмента по 11,5. Ход иглы соответствовал длиннику шейки матки. При достижении кончиком иглы брюшины игла продвигалась далее, отмечалось место прокола брюшины. Совпадение кончика иглы с передними листками связки принималось за границы пузырно-маточного углубления. Определялись проекционные взаимоотношения латеральных и медиальных (соответствующих латеральным границам прямокишечно-маточного углубления) краев прямокишечно-маточных складок. Для определения проекционных соотношений с влагалищным сводом маточных артерий игла вводилась в крайних точках ее пределов в направлении влагалищного свода.

5. Метод морфометрии [3] использовался для измерения расстояния от влагалищных сегментов до анатомических образований параметрия, выраженности параметрия и прилежащих клетчаточных структур.

В работе применены традиционные показатели статистики – число наблюдений, средняя арифметическая, средняя ошибка средней арифметической.

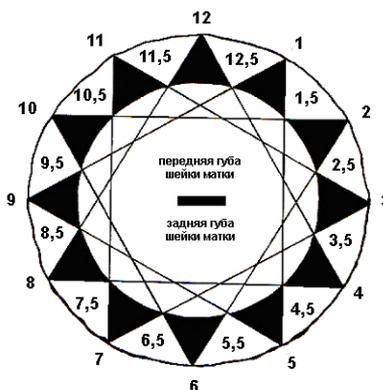


Рис. 1. Схема сегментов влагалищного свода (обозначены цифрами)



Рис. 2. Схема проекционных взаимоотношений оснований широких связок матки и прямокишечно-маточных складок с влагалищным сводом при положениях матки anteversio-anteflexio: 1, 2 – пузырно-маточное и прямокишечно-маточное углубления; 3, 4 – левая и правая широкие связки матки; 5, 6 – левая и правая прямокишечно-маточные складки

3,81±0,29 мм, средней части – 3,16±0,38, брюшинной – 3,66±0,53 мм. Средняя высота клетчатки – 17,11±2,01 мм. Подобные границы клетчатки и ее высота были характерны для проекции соседних 1-го и 11-го сегментов, но толщина клетчатки уже превосходила аналогичную по 12-му сегменту. В проекции 2-го и 10-го сегментов, на которые могли проецироваться передние листки широких связок матки, наблюдалось дальнейшее увеличение толщины и высоты слоя клетчатки.

Проекция основания широких связок матки в большинстве случаев не выходила за пределы 2-4 сегментов (левой) и 8-10 сегментов правой. Задний листок связок в некоторых случаях доходил до сегментов 4,5 и 7,5 левой и правой связок, соответственно. В проекции сегментов наблюдалось самое большое расстояние до брюшинного покрова, где средние показатели составили от 19,56±1,06 мм до 33,06±1,56 мм, во множестве случаев определялась кардинальная связка.

В проекции 3-го и 9-го сегментов (они давали представление о боковых частях параметрия) во всех случаях вместо шейки матки определялась кардинальная связка. Последняя слоями клетчатки спереди и сзади была отделена от мочевого пузыря и прямой кишки, соответственно. Связка имела правильную трапециевидную форму слева и справа. В указанной проекции высота клетчатки (от переднего свода до брюшины пузырно-маточного углубления) превосходила расстояние в предыдущих проекциях, толщина клетчатки между связкой и задней стенкой мочевого пузыря превышала аналогичную в проекции 2-го и 10-го сегментов, а в проекции 1-го, 11-го и 12-го сегментов превосходила вдвое. Толщина тканей между сводом и брюшиной прямокишечно-маточного углубления в 3- и 9-часовой проекции превышала аналогичную по соседним сегментам, в срезах 5 и 7 – вдвое, а 6-часовой проекции – почти втрое. Более выраженной была и толщина клетчатки между кардинальной связкой и прямой кишкой, а также высота клетчатки.

Проекция прямокишечно-маточного углубления соответствовала сегментам 5,5-6,5 и 5-7. Среднее расстояние до брюшины в приведенной проекции было минимальным (9,56±1,29 – 15,31±1,64 мм). Углубление в большинстве случаев имело правильную симметричную конфигурацию, где наиболее глубокоим местом являлся прилежащий к матке участок.

Границами клетчатки в проекции 6-го сегмента спереди служила надвлагалищная часть шейки матки, сзади – брюшинный листок прямокишечно-маточного углуб-

Результаты и их обсуждение. Проекционные взаимоотношения брюшинного покрова с влагалищным сводом при положениях матки anteversio-anteflexio были симметричны слева и справа (рис. 2). Проекция пузырно-маточного углубления, расположенного кпереди от передних листков широких связок в большинстве случаев соответствовала сегментам 10,5-1,5. Среднее расстояние в проекции указанных сегментов до брюшины пузырно-маточного углубления составило 16,00±1,82 – 21,31±2,45 мм.

В пределах пузырно-маточного углубления слой клетчатки по 12-му сегменту ограничивался надвлагалищной частью шейки сзади, задней стенкой мочевого пузыря – спереди, сверху – брюшиной пузырно-маточного углубления. Клетчатка характеризовалась равномерной выраженностью в различных участках. Ее переднезадние размеры во влагалищной части составили

ления. Характерным являлось относительно плотное прикрепление переднего листка брюшины прямокишечно-маточного углубления к шейке, переходящего на задний свод влагалища, который ограничивал скудно развитую клетчатку заднего параметрия. Средняя толщина тканей (от свода до наиболее глубокого участка прямокишечно-маточного углубления) составила $5,27 \pm 1,15$ мм, высота заднего параметрия – $12,75 \pm 1,15$ мм, толщина в основании – $3,25 \pm 0,93$ мм.

Из-за более рыхлого соотношения брюшины прямокишечно-маточного углубления с задним сводом, как следствие более высокого положения брюшины, средние показатели в соседних 5- и 7-м сегментах превосходили подобные в проекции 6-го сегмента.

Прямокишечно-маточные складки не выходили за пределы 4-, 5-го (левая) и 7-, 8-го сегментов (правая). Расстояние по ним от слизистой свода до брюшины распределилось от $12,44 \pm 1,39$ до $21,62 \pm 2,00$ мм (что было меньше, чем в проекции пузырно-маточного углубления). Подбрюшинная клетчатка в проекции складок ограничивалась спереди надвлагалищной частью шейки матки, сзади в основании – прямой кишкой, сзади и сверху – брюшиной прямокишечно-маточного углубления.

В трети случаев в перешейке и прилежащей части тела матки в проекции 4- и 8-го сегментов появлялось значительное количество сосудов. Еще в трети случаев находилась кардинальная связка.

Таким образом, для срезов 5 и 7 и в значительной степени срезов 4 и 8 было характерно смещение брюшины прямокишечно-маточного углубления кверху вследствие более выраженного слоя клетчатки заднего параметрия. В результате этого задний параметрий в основании тесно соседствовал с окологлавокишечной клетчаткой.

При выраженных *dextroversio*, *dextropositio* наблюдалось смещение пузырно-маточного углубления влево за счет приближения переднего листка правой широкой связки к 10-му сегменту (рис. 3). Из-за отклонения медиального края правой связки по направлению к срединной линии характерным явилось смещение прямокишечно-маточного углубления влево. Взаимоотношения участков брюшинного покрова сопровождалось увеличением высоты правой связки, которая на всем протяжении была уже и короче левой.

Основные отличия проекционных взаимоотношений подбрюшинно ориентированных образований при выраженных *dextroversio*, *dextropositio* заключались в том, что в проекции 12-го, 1-го, 2-го, 3-го, 4-го, 5-го и 6-го сегментов значительно чаще определялась кардинальная связка. В проекции 11-го, 10-го, 9-го, 8-го и 7-го сегментов, напротив, связка определялась реже, чаще находилось тело и шейка матки.

Проекционно-синтопические взаимоотношения заложенных в параметрии маточной артерии и тазового отдела мочеточников при *anteversio-anteflexio* сводились к тому, что проекция левой и правой артерий была симметричной и соответствовала сегментам 2,5-3,5 и 8,5-9,5.

Расстояние от влагалищных сегментов до места подхода артерии к матке было схожим с обеих сторон. Наименьшее расстояние до артерии было характерно для 3-го ($16,31 \pm 1,11$ мм) и 9-го ($16,89 \pm 1,44$ мм) сегментов. По направлению к 6-му ($27,45 \pm 1,40$ и $27,72 \pm 1,89$ мм слева и справа) и 12-му сегментам это расстояние увеличивалось ($27,23 \pm 1,32$ и $28,01 \pm 1,87$ мм слева и справа).

Расстояние от сегментов до перекреста артерии с мочеточником по 3-му и



Рис. 3. Схема проекционных взаимоотношений оснований широких связок матки и прямокишечно-маточных складок с влагалищным сводом при положениях матки *dextroversio* et *dextropositio*: 1, 2 – пузырно-маточное и прямокишечно-маточное углубления; 3, 4 – левая и правая широкие связки матки; 5, 6 – левая и правая прямокишечно-маточные складки

9-му сегментам оказалось наименьшим ($25,63 \pm 1,95$ и $25,82 \pm 1,74$ мм, соответственно). В направлении к 6-му и 12-му сегментам оно достигало максимума (от $36,47 \pm 1,39$ до $37,89 \pm 2,73$ мм). Расстояние от перекреста до краев матки слева и справа было симметричным ($24,70 \pm 3,83$ и $23,63 \pm 3,87$ мм, соответственно).

Устье левого мочеточника не выходило за границы сегментов 1,5-2,5; правого – сегментов 9,5-10,5, удаленность устьев от шейки составила $11,84 \pm 1,58$ мм слева и $12,69 \pm 1,41$ мм справа.

Группировка полученных данных позволила составить посегментную карту проекционно-синтопических взаимоотношений структурных образований параметрия с влагалищным сводом при положениях матки *anteversio-anteflexio*, являющуюся базисом для анатомического обоснования транслагалищных доступов. Из нее вытекает следующее.

Влагалищные сегменты 10,5-1,5 являются оптимальными для доступов в подбрюшинный этаж таза. Этому способствует выраженность слоя клетчатки между шейкой матки и задней стенкой мочевого пузыря (в среднем $3,16 \pm 0,38$ мм в различных участках), включающего передний параметрий и позадипузырную клетчатку. При преодолении расстояния $16,00 \pm 1,82$ – $21,31 \pm 2,45$ мм доступным становится брюшинный этаж таза в пределах пузырно-маточного углубления. Следует помнить, что на сегменты 1,5 и 10,5 проецируется тазовый отдел мочеточников, что является неблагоприятным фактором. Избежать ранения устьев мочеточников (их удаленность от шейки составила в среднем от $11,84 \pm 1,58$ мм) возможно при доступах, производимых в максимальной близости к шейке матки.

Сегменты 2-4 слева и 8-10 справа следует считать непригодными для доступов в подбрюшинный и брюшинный этажи таза. Причина – проекция на них кардинальных связок с большим содержанием магистральных сосудов матки: маточной артерии, вен маточно-влагалищного сплетения. Причем при транслагалищных доступах, глубина которых превышает 5 мм, [3] высоковероятной является опасность ранения вен маточно-влагалищного сплетения, а более $16,31 \pm 1,11$ мм – маточных артерий. Из-за значительного количества сосудов, содержащихся в прямокишечно-маточных складках, к непригодным для доступов следует отнести и соседние сегменты – 4,5 и 7,5.

Для транслагалищных доступов в районе прямокишечно-маточного углубления удобными являются участки свода, расположенные медиальнее 5-, 7-го сегментов, при этом для доступов в брюшинный этаж таза следует преодолеть ткани, толщина которых превышает $5,27 \pm 1,15$ мм.

Проекционно-синтопические взаимоотношения маточной артерии и тазового отдела мочеточников с влагалищным сводом при *dextroversio, dextropositio* имели следующие особенности. Проекция левой маточной артерии составила 2-4, правой – сегменты 8-10,5. Это свидетельствовало о большей площади проекции справа, при смещении артерии к сегменту 10,5 (рис. 4).

Отмечалось уменьшение расстояния от сегментов до места подхода к матке справа, при этом наименьшее расстояние было характерно для 3-го ($16,72 \pm 1,67$ мм) и 9-го ($14,03 \pm 1,57$ мм) сегментов.

По направлению к 6-му и 12-му сегментам расстояние увеличивалось, где оно составило $27,81 \pm 1,33$ и $26,74 \pm 1,85$ мм слева; $22,87 \pm 1,34$ и $24,30 \pm 1,41$ мм справа. Расстояние от сегментов заднего свода в большинстве случаев было снижено.

Характерным было снижение расстояния до перекреста артерии с мочеточником и от перекреста до правого края матки, где оно составило $20,85 \pm 3,74$ мм, слева – $25,78 \pm 2,76$ мм. Минимальное среднее расстояние до перекреста было характерно для 3-го и 9-го сегментов ($24,32 \pm 1,49$ и $21,56 \pm 1,98$ мм) соответственно. По направлению к 6-му и 12-му сегментам это расстояние увеличивалось: слева до $36,13 \pm 1,97$ и $38,05 \pm 1,45$ мм; справа – $32,46 \pm 2,31$ и $36,12 \pm 2,76$ мм.

Обращало внимание расширение границ проекционных взаимоотношений устья правого мочеточника (9-12-й сегменты, рис. 4) и снижение расстояния до шейки матки до $9,11 \pm 1,69$ мм. На этом фоне конечный отрезок левого мочеточника имело меньшую проекцию (1-2,5 сегменты) и было удаленнее от шейки матки ($12,11 \pm 1,85$ мм).

Принимая во внимание изложенное, следует отметить, что для хирургических доступов в направлении пузырно-маточного углубления при положениях матки dextro-versio и в особенности dextropositio предпочтительными следует считать влагалищные сегменты 10,5-12, чему способствует и толщина клетчатки, превышающая в их проекции $3,27 \pm 0,33$ мм. Связано это и со своеобразием проецирующихся на свод образованиями параметрия. К ним следует отнести значительную площадь проекции правой маточной артерии, крайние точки которой доходят до сегмента 10,5, а также значительную проекцию левой кардинальной связки, границы которой приближаются к 12-му влагалищному сегменту.

Особенностью доступов в проекции сегментов 10,5-12 является то обстоятельство, что их может перекрывать конечный отдел правого мочеточника, проекционная граница которого в ряде случаев доходила до 12-го сегмента. Избежать ранения мочеточника возможно при доступах в непосредственной близости к шейке матки (конечный отдел удален от шейки на расстоянии $9,11 \pm 1,69$ мм).

При выборе сегментов для доступов (количество ограничено) в направлении прямокишечно-маточного углубления следует руководствоваться следующими обстоятельствами. Учитывать значительную площадь проекции левой кардинальной связки, в ряде случаев достигающей до 6-го сегмента (более характерно для dextropositio), а также смещение правой прямокишечно-маточной складки в медиальном направлении. Поэтому к таким сегментам можно отнести сегменты 6 и 5,5.

Литература

1. Гайворонский И.В., Берлев И.В., Кузнецов С.В. Анатомические особенности маточной артерии и параметрального венозного сплетения // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2007. № 1. С. 53-59.
2. Гайворонский И.В., Максимов А.С. Особенности архитектоники и морфометрические характеристики маточной артерии у женщин в репродуктивном и постменопаузальном возрасте // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 11. 2008. Вып. 4. С. 166-173.
3. Смелов С.В. Топографо-анатомическое обоснование трансвагинальных пункционных доступов к параметрию в эксперименте: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Оренбург, 2002. 20 с.
4. Смелов С.В. Комплексные препараты – анатомический материал для изучения проекционно-синтопических взаимоотношений элементов параметрия с влагалищным сводом // Медицина и здоровье-2004: сб. науч. трудов X науч.-практ. конф. в рамках Междунар. выставки / Пермская гос. мед. академия. Пермь, 2004. С. 343-344.
5. Смелов С.В. Особенности топографо-анатомических взаимоотношений маточных артерий с влагалищным сводом при вариантных положениях матки // Новые технологии в экспериментальной и клинической хирургии: материалы межрегион. конф. с междунар. участием. Саратов: Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2011. С. 116-117.
6. Смелов С.В. Макротомные (пироговские срезы) – метод изучения проекционно-синтопических взаимоотношений структурных элементов параметрия с влагалищным сводом // Вестник Чувашского университета. 2011. С. 417-422.

СМЕЛОВ СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ – кандидат медицинских наук, доцент кафедры нормальной и топографической анатомии с оперативной хирургией, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (sv-smel@mail.ru).

SMELOV SERGEY VLADIMIROVICH – candidate of medical sciences, associate professor of Normal and Topographic Anatomy with Operative Surgery Chair, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

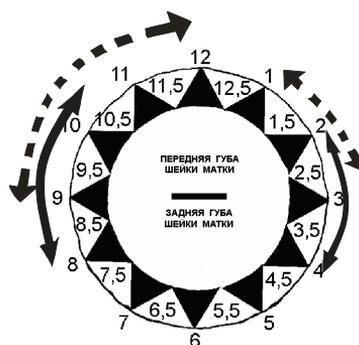


Рис. 4. Схема проекционных взаимоотношений маточных артерий (обозначены сплошной стрелкой) и мочеточников (пунктирной) с влагалищным сводом при положениях матки dextro-versio et dextropositio

ШАЛИМОВ ЕВГЕНИЙ СТАНИСЛАВОВИЧ – акушер-гинеколог высшей квалификационной категории, заведующий гинекологическим отделением, Городская клиническая больница № 1, Россия, Чебоксары (drshalim@rambler.ru).

SHALIMOV EVGENIY STANISLAVOVICH – obstetrician-gynecologist, head of Gynecology Department, City Clinical Hospital № 1, Russia, Cheboksary.

СЕМЕНОВ ВАЛЕРИЙ ВАСИЛЬЕВИЧ – акушер-гинеколог высшей квалификационной категории, Городская клиническая больница № 1, Россия, Чебоксары (drsam@rambler.ru).

SEMENOV VALERIY VASILYEVICH – obstetrician-gynecologist, City Clinical Hospital № 1, Russia, Cheboksary.

ПАВЛОВ МИХАИЛ АПОЛЛИНАРИЕВИЧ – доцент кафедры нормальной и топографической анатомии с оперативной хирургией, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары.

PAVLOV MIKHAIL APOLLINARIEVICH – associate professor of Normal and Topographic Anatomy with Operative Surgery Chair, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

УДК 616.37-002.1-089

О.В. СОКОЛОВА, В.Г. ГУДЕМОВИЧ, В.Н. ДИОМИДОВА, О.В. ПЕТРОВА

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ: ПРИЧИНЫ, ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ПРОФИЛАКТИКА

Ключевые слова: острый панкреатит, послеоперационный период.

На основании анализа историй болезни 663 больных, оперированных по поводу хронической ишемической болезни и другой патологии сердца с применением искусственного кровообращения (ИК), изучены причины возникновения, особенности диагностики и течения острого панкреатита (ОП) у больных в раннем послеоперационном периоде и намечены пути их профилактики. Наиболее частыми осложнениями при этом были проявления сердечной, почечной, полиорганной недостаточности, кровотечения. В раннем послеоперационном периоде у больных после операций на сердце с использованием ИК ОП развился у 29 больных (4,4%), из них деструктивная форма установлена у 6 (0,9%), отечная – у 23 (3,5%). Основным этиологическим фактором развития ОП явилась ишемия поджелудочной железы, а среди факторов риска отмечены сопутствующие заболевания, вызывающие повышение давления в панкреатическом протоке и хронические воспалительные заболевания в панкреатикодуоденальной области.

O.V. SOKOLOVA, V.G. GUDEMOVICH, V.N. DIOMIDOVA, O.V. PETROVA
**ACUTE PANCREATITIS IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD:
CAUSES, COURSE CHARACTERISTICS, PREVENTION**

Key words: acute pancreatitis, the early postoperative period.

Based on the analysis of case histories of 663 patients operated on for chronic ischemic heart disease and other diseases of the heart with extracorporeal circulation (EC), studied the causes, diagnostic features and course of acute pancreatitis (CP) patients in the early postoperative period and the ways of their prevention. The most frequent complications in this case were manifestations of heart, kidney, organ failure, and bleeding. In the early postoperative period in patients after cardiac surgery with the use of IR OP occurred in 29 patients (4,4%) of these destructive form established in 6 (0,9%), edematous – in 23 (3,5%). The major etiologic factor in the development of OA was ischemia of the pancreas, and among the risk factors observed comorbidities, causing increased pressure in the pancreatic duct and chronic inflammatory diseases in pankreatikoduodenalnoy area.

Острый панкреатит составляет от 11 до 35% среди абдоминальных осложнений раннего послеоперационного периода [1, 7, 11, 13, 31]. Летальность при деструктивных формах достигает 35-85% [14]. Среди наиболее частых причин развития ОП выделяют несколько тесно взаимосвязанных повреждающих факторов: