



АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ

**СБОРНИК
научно - практических работ
(выпуск двенадцатый)**



Челябинск, 2018

Министерство здравоохранения и социального развития РФ

Южно-Уральская дирекция здравоохранения ОАО «РЖД»

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБУЗ «Многопрофильный центр лазерной медицины»

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ

**СБОРНИК
научно-практических работ
(выпуск двенадцатый)**

Под редакцией проф. В.Н. Бордуновского

Челябинск – 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр. статьи	Стр. реферат
1. ИСТОРИЯ ХИРУРГИИ		
АКАДЕМИК Е.А. ВАГНЕР – ОРГАНИЗАТОР МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ПРАКТИКИ К 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ <i>О.И. Нечаев, Л.Ф. Палатова</i>	8	229
НАКАЗАНИЕ ИЛИ НАГРАДА? (ВЛИЯНИЕ ХРОМОСОМНОЙ АНОМАЛИИ – СИНДРОМА МАРФАНА – НА ЖИЗНЬ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АКАДЕМИКА АМН СССР С.С. ЮДИНА) <i>О.И. Нечаев, Л.Ф. Палатова</i>	12	229
ИСТОРИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ В ЛЕЧЕНИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ <i>Б.А. Шариков, В.А. Бычковских, Н.Б. Шишменцев</i>	19	229
2. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ		
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА <i>Д.В. Белов, Д.В. Гарбузенко, А.А. Фокин, Е.С. Литвин</i>	22	229
РОЛЬ СОПУТСТВУЮЩИХ СОСТОЯНИЙ В РАЗВИТИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА <i>О.В. Галимов, Р.Р. Алимгузин, Т.Э. Таипов, Д.О. Галимов</i>	24	229
ВАРИАНТЫ ГАСТРОПЛИКАЦИИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЕЕ ПРИМЕНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ. ПЕРВЫЙ ОПЫТ <i>О.В. Галимов, В.О. Ханов, Р.Р. Сагитдинов, Т.Р. Ибрагимов</i>	26	230
О ВОЗМОЖНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>С.В. Маль, В.В. Дмитракович, С.Н. Безкровный, Ю.П. Брянцев</i>	27	230
ВАРИАНТЫ ЛИКВИДАЦИИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ <i>В.С. Пантелеев</i>	30	230
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЛЬТРАЗВУКА ПРИ УДАЛЕНИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТАТОВ ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ <i>В.С. Пантелеев, В.А. Заварухин, М.П. Погорелова, А.В. Самородов</i>	32	230
ОБОСНОВАНИЕ ПРОТЕЗИРУЮЩЕЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОМПОЗИЦИОННЫХ ИМПЛАНТАТОВ <i>А.Н. Пряхин, Е.А. Калинина, Т.Г. Кравченко</i>	34	230
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ <i>В.В. Рыбачков, И.Г. Дряженков, Е.Н. Кабанов, О.А. Маканов, С.И. Парунов, В.И. Щетко, А.А. Уткина, М.А. Серебряков</i>	41	231
УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ ТУПОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА <i>Р.Р. Файзулина, О.Б. Нузова</i>	42	231
РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АППЕНДИКУЛЯРНЫМИ ИНФИЛЬТРАТАМИ <i>А.Г. Хасанов, Ф.Ф. Бадретдинова, А.М. Меньшиков, Д.Г. Шайбаков</i>	44	231
СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ <i>М.С. Шалмагамбетов, И.Я. Бондаревский, В.Н. Бордуновский</i>	47	231
3. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ И ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ		
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЛАССИЧЕСКИХ И МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ <i>Д.Г. Амарантов, М.Ф. Заривчацкий, А.А. Холодарь, А.С. Нагаев, А.В. Илюшкин, Е.В. Кольшова</i>	51	232
БЕЗОПАСНОСТЬ ПРЯМОЙ КАНЮЛЯЦИИ БРАХИОЦЕФАЛЬНОГО СТВОЛА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПРОКСИМАЛЬНОЙ АОРТЕ <i>В.В. Аминов, О.П. Лукин, М.А. Светкин, Е.В. Игнатов, А.А. Семагин, Д.Р. Терещенко</i>	53	232
ЛОКАЛЬНЫЙ ГЕМОСТАЗ В ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ <i>А.А. Андреев, М.С. Ольшанский, Е.Н. Сухочев</i>	54	232
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КЛАПАНСОХРАНЯЮЩЕЙ КОРРЕКЦИИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ПО МЕТОДИКЕ DAVID У РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ МАРФАНА <i>В.Н. Богданов, Э.Ф. Харисова, И.В. Гладышев, В.М. Фиглев, К.П. Безбородов</i>	56	232

2. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Д.В. Белов, Д.В. Гарбузенко, А.А. Фокин, Е.С. Литвин

г. Челябинск

ВВЕДЕНИЕ

Абдоминальные осложнения после операций на сердце в условиях искусственного кровообращения встречаются 0,4-2,9% случаев. Острая мезентериальная ишемия (ОМИ) занимает от 10-67% в их структуре с высокими цифрами летальности 40-90% [1].

Под ОМИ понимают внезапное нарушение кровоснабжения тонкой кишки, ведущее к ишемии, повреждению клеток, некрозу кишки и, в конечном счете, при отсутствии лечения смерти пациента [1, 2, 3]. По данным Mothes, ОМИ встречается в 1,15% случаев после кардиохирургических операций, но сопровождается высоким уровнем летальности, достигающим 68% [4, 5, 6]. В ее течение выделяют 3 фазы: 1) ишемия; 2) инфаркт кишечника; 3) перитонит.

Следует учитывать 4 основные причины развития ОМИ для диагностики и определения тактики ведения больных:

- в 50% случаев ОМИ развивается острая мезентериальная артериальная эмболия [7, 8]. Эмболия может возникать из левого предсердия в случае его при фибрилляции предсердий (ФП), аневризме левого желудочка с тромбозом, створок митрального и аортального клапана при эндокардите. Как показали исследования, особенно уязвима верхняя брыжеечная артерия в связи с ее относительно большим диаметром и острым углом отхождения от аорты [8]. В 20% случаев происходят одновременные эмболии нескольких артерий.

- в 25% случаев ОМИ встречается острый мезентериальный артериальный тромбоз, связанный с предсуществующими атеросклеротическими изменениями мезентериальных артерий. Многие из этих пациентов имеют историю признаки хронической мезентериальной ишемии, включающие боль после приема пищи, потерю веса или страх перед приемом пищи [3].

- в 20% развивается НОМИ, которая проявляется вазоконстрикцией брыжеечных артерий вследствие низкого мезентериального кровотока [8, 9, 10] у пациентов с тяжелой сердечной недостаточностью (СН), кардиогенным шоком, сепсисом, полиорганной недостаточностью.

- мезентериальный венозный тромбоз составляет менее 10% случаев инфаркта кишечника. Он проявляется триадой Вирхова - замедлением кровотока, гиперкоагуляцией и сосудистым воспалением [8].

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включены 6586 пациентов (5164 мужчин и 1422 женщин), которым в период с 2011 по 2017 г. были выполнены операции на сердце в кардиохирургических отделениях ФГБУ «ФЦССХ». Был проведен анализ первичной медицинской документации «Медицинская карта стационарного больного» (форма № 003/у) пациентов, перенесших коронарное шунтирование (КШ) в условиях искусственного кровообращения (ИК) по поводу ИБС. В каждой «Медицинской карте стационарного больного» имелось заполненное и подписанное пациентом «Информированное добровольное согласие пациента на обработку своих персональных данных», где пациент давал разрешение на использование персональных данных для проведения научных исследований. На каждого больного данные из медицинской карты заносились в таблицу Microsoft Excel 2010. В таблицу занесены следующие сведения о пациентах: фамилия имя отчество, пол, возраст, рост, вес, индекс массы тела, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), наличие в анамнезе постинфарктного кардиосклероза, острого нарушения мозгового кровообращения, хронической болезни почек (ХБП), сахарного диабета, мультифокального атеросклероза, длительность ИК, время пережатия аорты, сопутствующих операциях на клапанах, выполнение рестернотомии и ее причины, развитие фибрилляции предсердий (ФП), острого инфаркта миокарда (ИМ) и острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в интра- и послеоперационном периоде, применение экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО) и внутриаортальной баллонной контрпульсации (ВАБК) [11, 12, 13].

Перечисленные выше критерии сопоставляли между группой пациентов, у которых были зарегистрированы ранние абдоминальные осложнения, и группой пациентов без ранних аб-

доминантных осложнений с учетом их репрезентативности. Это позволило выявить факторы, предрасполагающие к развитию ранних абдоминальных осложнений и разработать систему профилактических мер, предупреждающих их возникновение. Для расчета статистических показателей сформированы группы сравнения, которые определялись расчетным путем: общее число пациентов после КШ с ИК уменьшалось на число пациентов с определенными видами ранних абдоминальных осложнений. Статистическая обработка данных выполнена с помощью пакета прикладных программ «Statsoft Statistica 10.0 for Windows» и «SPSS Statistica 23.0».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Частота абдоминальных осложнений в нашей популяции составила 1,12% (73 пациента из 6586). Наиболее часто встречались желудочно-кишечные кровотечения – 42,5% (n=31) и паралитическая кишечная непроходимость 37,0% (n=27), реже – острый бескаменный – 9,6% (n=7) и калькулезный холецистит – 6,8% (n=5), инфаркт кишки – 8,2%, (n=6), острый панкреатит – 4,1%, (n=3). По мнению многих исследователей [2, 3], развитие пареза кишечника после операций на сердце с искусственным кровообращением является проявлением ОМИ, поэтому мы объединили пациентов с паралитической кишечной непроходимостью и пациентов с мезентериальным тромбозом, крайней формой ОМИ, в одну группу.

Среднемедианный возраст пациентов с абдоминальными осложнениями составил 64 года [95% ДИ 58;70]. Средняя ФВ ЛЖ у этой категории пациентов составила 56 [95% ДИ 45; 61,36]. Длительность ИК - 109 минут, [95% ДИ 72; 168], время пережатия аорты -55 минут [95% ДИ 35; 102]. Установлено, что в группе пациентов с ранними абдоминальными осложнениями после КШ с ИК преобладали мужчины, они составили 82,2% (n=60). В анамнезе у пациентов этой группы имелись у 65,8% пациентов ПИК, у 11,0% - ОНМК, у 19, 2% - ХБП, мультифокальный атеросклероз – у 31, 5%, сахарный диабет – у 13,7%, поражение клапанного аппарата – у 39,7%. В послеоперационном периоде у 15,1% пациентов имелись раневые осложнения и 39,7% пациентам потребовалось выполнение рестернотомии. В послеоперационном периоде у 49,3% пациентов развилась ФП, у 23,29% - повторный ИМ, у 9,72% -ОНМК, потребовалось применение ЭКМО у 15,07% пациентов. Нами проведена сравнительная оценка группы пациентов с абдоминальными осложнениями (n=73) после КШ с ИК и группы пациентов без абдоминальных осложнений после КШ с ИК (n=6513). Установлено, что отсутствуют достоверные различия между двумя группами по таким критериям, как пол, наличие в анамнезе

ПИК, ХБП. В то же время по другим критериям, таким как наличие в анамнезе мультифокального атеросклероза, сахарного диабета, выполнение сочетанных операций, выполнение рестернотомий по всем причинам, развитие интра- и послеоперационного ИМ и ОНМК, ФП, выполнение ЭКМО, ВАКБ имеются достоверные различия (p<0,05). Проявления ОМИ наиболее часто диагностируется на 3 сутки послеоперационного периода (частота новых случаев 2 на 1000 пациентов). Для развития ОМИ также является значимым фактор инфекционно-гнойных раневых осложнений. Помимо этого, четырехкратное увеличение риска наблюдается у лиц мужского пола. Наличие у пациента мультифокального атеросклероза приводит к умеренному повышению риска при всех вышеперечисленных осложнениях. Продолжительность окклюзии аорты и искусственного кровообращения оказывает наибольшее влияние на риск возникновения желудочно-кишечных кровотечений и ОМИ.

ОБСУЖДЕНИЕ

Острое нарушение мезентериального кровообращения после операций на сердце встречаются не часто, но сопровождаются высокой летальностью, достигающей 71,0 %, [4, 11, 12].

Многими авторами подчеркивается, что большинство абдоминальных осложнений у больных, перенёсших КШ с ИК, имеют ишемическую природу в результате снижения кровотока в аорте и её висцеральных ветвях. Установлено, что факторами, способствующими развитию абдоминальных осложнений, являются возраст старше 70 лет; наличие в анамнезе язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки; злоупотребление алкоголем; тяжелое общее соматическое состояние; курение; прием антикоагулянтов и дезагрегантов; наличие хронических заболеваний, таких как хроническая почечная недостаточность, гипертоническая болезнь, генерализованное поражение сосудов, сахарный диабет и застойная сердечная недостаточность. В тоже время отсутствуют четкие данные о влиянии конкретных факторов риска на развитие осложнений после КШ с ИК.

К интраоперационным факторам риска абдоминальных осложнений после кардиохирургических вмешательств относятся длительное ИК; вид кардиохирургического вмешательства (клапанная хирургия); экстренность операции; интраоперационный инфаркт миокарда; интраоперационные кровотечения; нарушения ритма сердца и синдром низкого сердечного выброса. Признавая патогенез развития ранних абдоминальных осложнений сложным процессом, исследователи считают, что основными элементами патофизиологических расстройств при ИК являются непульсирующий кровоток, активация

гуморального иммунитета, гипокоагуляция, гипотермия, снижение перфузии органов, перераспределение кровотока, угроза эмболии и гиперкалиемия [8, 10]. Однако, мнения о роли длительности ИК в развитии абдоминальных осложнений противоречивы [6]. Известно, что во время ИК субфизиологический кровоток, выброс различных эндогенных вазоконстрикторов, в том числе ангиотензина II, и последующий рост системного сосудистого сопротивления может привести к брыжеечной ишемии. Исходя из этого, логично предположить, что операции на работающем сердце были бы связаны с меньшим числом абдоминальных осложнений. Однако, имеющиеся данные этого не подтверждают: у пациентов при КШ на работающем сердце гипоксия слизистой оболочки желудка возникает в такой же степени, как и с ИК. Также не было выявлено достоверных различий заболеваемости и смертности от абдоминальных осложнений после коронарной реваскуляризации с ИК и без него [8].

ИВЛ продолжительностью более 24 часов сопровождается уменьшением сердечного выброса, снижением среднего артериального давления и повышением брыжеечного сосудистого сопротивления, что изменяет чревный кровоток, индуцируя временную абдоминальную ишемию [4, 10]. Кроме того, связанные с ней активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и повышение уровня катехоламинов могут способствовать висцеральной вазоконстрикции и перераспределению объема кровотока [5]. В результате дисбаланса между подачей кислорода и его потребностью возникают повреждения слизистой оболочки, а также нарушение моторики желудочно-кишечного тракта [12]. Это способствует потере эпителием барьерной функции, что приводит к транслокации бактерий и токсинов, активации синдрома системного воспалительного ответа и развитию полиорганной недостаточности [6,7,10]. Кроме того, реперфузионное повреждение при нормализации сердечного выброса и периферического сосудистого сопротивления может вызвать острую неокклюзионную ишемию.

РОЛЬ СОПУТСТВУЮЩИХ СОСТОЯНИЙ В РАЗВИТИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

О.В. Галимов, Р.Р. Алимгузин, Т.Э. Таипов, Д.О. Галимов

г. Уфа

Актуальность: Острый аппендицит является наиболее частым хирургическим заболеванием, на долю которого в экстренной хирургии приходится более 80%. Несмотря на частоту встречаемости и совершенствование методов диагностики, все же возникают ошибки при постановке диагноза острый аппендицит. Мнения по поводу причины возникновения заболевания

ВЫВОДЫ

Ранняя диагностика ОМИ основная цель на пути снижения ее летальности в послеоперационном периоде у кардиохирургических пациентов [13]. Выделение среди пациентов лиц с высоким риском ОМИ по данным факторов риска повысит настороженность врачей в плане развития ОМИ, позволит проводить ранний скрининг и разработать алгоритм лечебно-диагностических мероприятий для профилактики и лечения данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Белов Д.В, Гарбузенко Д.В. // В сборнике: Актуальные вопросы хирургии сборник научно-практических работ. Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Региональная дирекция медицинского обеспечения на Южно-Уральской железной дороге, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Челябинск, 2014. – С. 27-30.
2. Плотников Г.П., Шукевич Д.Л., Григорьев Е.В. // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. – 2014. – № 1. – С. 75-86.
3. Eris C., Yavuz S., Yalcinkaya S., et al. // Scientific World Journal. – 2013. – P. 1-8.
4. Nilsson J., Hansson E., Andersson B. // J Cardiothorac Surg. – 2013. – №8. – P.156.
5. Liu C.T., Liao G.S., Tsai C.S., et al. // J. Med. Sci. – 2013. – №33(6). – P. 369-372.
6. Bala M., Kashuk J., Moore E.E., et al. // World J Emerg Surg. – 2017. – №12. – P. 38.
7. Goleanu V., Alecu L., Lazar O. // Chirurgia (Bucur) – 2014. – №109(3). – P. 402-406.
8. Mothes H., Koeppen J., Bayer O., et al. // Int J Surg. – 2016. – №26. – P. 79-85.
9. Clair D.G., Beach J.M. // N Engl J Med. – 2016. – №374. – P. 959-968.
10. Björck M., Koelemay M., Acosta S., et al. // Eur J Vasc Endovasc Surg. – 2017. – №53. – P. 460-510.
11. Groesdonk H.V., Klingele M., Schlempp S., et al. // J Thorac Cardiovasc Surg. – 2013. – №145(6). – P. 1603-1610.
12. Minko P., Stroeder J., Groesdonk H.V., et al. // Cardiovasc Intervent Radiol. – 2014. – №37(3). – P. 657-663.
13. Viana F.F., Chen Y., Almeida A.A., et al. // ANZ J Surg. – 2013. – №83(9). – P. 651-656.

также расходятся. Поэтому продолжается поиск связи между состоянием организма больного и воспалением червеобразного отростка [1]. Особое место в проблеме острого аппендицита занимает дифференциальная диагностика его с острыми заболеваниями внутренних половых органов у женщин. Если острый аппендицит требует экстренного хирургического вмеша-