

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

**АКТУАЛЬНЫЕ
ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ**
(выпуск одиннадцатый)

**СБОРНИК
научно-практических работ**

Под редакцией проф. В.Н. Бордуновского

Челябинск, 2016

Оглавление

I. ХИРУРГИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ АНАТОМИИ СТРУКТУР ТРЕУГОЛЬНИКА КАЛО <i>Ю. С. Баталова, И. И. Казан, О. Б. Нузова</i>	8	263
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ЖЕЛУДКА В ДИАГНОСТИКЕ ВАРИАНТА ВИСЦЕРАЛЬНОЙ АНГИОПАТИИ <i>И. В. Бархатов, Н. А. Бархатова</i>	9	263
ПРИЧИНЫ И СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕЦЕДИВНЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ И С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОТЕЗОВ <i>В. И. Белоконов, М. Г. Гуляев, Ю. В. Пономарева, Д. Б. Грачёв</i>	12	263
ВОЗМОЖНОСТИ РАДИОНУКЛИДНОЙ ДИАГНОСТИКИ С МЕЧЕНЫМИ ^{99m} Tc-ЭРИТРОЦИТАМИ В ВЫЯВЛЕНИИ ОЧАГОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕЧЕНИ <i>К. А. Богаченков, Н. Г. Афанасьева</i>	27	263
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ <i>И. Я. Бондаревский, А. Н. Ануцин, Л. В. Студеникин, А. С. Левичева</i>	29	264
ДИАГНОСТИКА ЗАВОРОТА САЛЬНИКОВЫХ ОТРОСТКОВ <i>В. Н. Бордуновский, И. М. Абдулжавадов</i>	31	264
СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ГЕМО-ЖЕЛЧЕСТАЗА ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ <i>В. Н. Бордуновский, И. Я. Бондаревский</i>	35	264
ОРИГИНАЛЬНОЕ ДРЕЖИРОВАНИЕ И РЕГРОПЕРИТОНЕОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕАТОГЕННОЙ ЗАБРЮШИННОЙ ФЛЕГМОНЫ <i>А. Г. Бухвалов, В. Н. Бордуновский</i>	37	264
РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ВНУТРЕННЕГО УЩЕПЛЕНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ <i>Д. В. Гарбузенко, Д. В. Белов</i>	38	264
ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА <i>М. А. Дроздский, А. Н. Шадринцев, О. Н. Хабарова, А. Н. Ануцин, Д. М. Смирнов, Ю. Е. Кармазов, А. Г. Кузатов</i>	40	264
МИКРОХИРУРГИЧЕСКИЙ КИШЕЧНЫЙ ШОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ ЕЁ ПОВРЕЖДЕНИИ НА ФОНЕ ПЕРИТОНИТА <i>В. К. Есинов, И. И. Казан, А. В. Донсков</i>	41	264
НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ДЛЯ БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ <i>Р. Ф. Карамова, А. Г. Хасанов, Р. А. Нафикова</i>	44	264
ВАГОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ <i>С. В. Маль, С. Н. Безкровный, В. В. Дмитракович</i>	47	265
К ОСОБЕННОСТЯМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖИВОТА <i>С. В. Маль, С. Н. Безкровный, В. В. Дмитракович</i>	49	265
К ВОПРОСУ О ФАКТОРАХ, ВЛИЯЮЩИХ НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН <i>М. А. Нартайлаков, Г. Н. Чингизова, М. И. Лукманов, Ф. Р. Нагаев, Г. И. Лукманова</i>	52	265
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АНАЛЬГЕТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ЧРЕСКОЖНЫХ ПУНКЦИОННЫХ МЕТОДИК ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ <i>М. А. Силаев, И. Г. Лифенцов, Г. Г. Закарян, В. А. Духин</i>	54	265
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГРЫЖАХ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ <i>В. С. Тарасенко, К. С. Миленко, В. А. Аркушенко, Г. Г. Ибрагимов, О. В. Трошков, Ю. В. Волков, Р. К. Сайфуллин</i>	58	265
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР И ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ <i>А. А. Третьяков, И. И. Казан, А. Н. Неверов, О. Б. Дронова, С. В. Петров, И. Р. Кузнецов</i>	59	266
ПЕРФОРАТИВНАЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНАЯ ЯЗВА У ЖЕНЩИН <i>А. Г. Хасанов, М. Б. Галин, Ф. Ф. Бадретдинова, Р. Х. Шайхиууров</i>	65	266
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ И КОМБИНИРОВАННЫЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ <i>А. Г. Хасанов, И. А. Журавлёв, А. Ф. Бадретдинов, Ф. Ф. Бадретдинова</i>	68	266
АНАЛИЗ ДАННЫХ ЛИТЕРАТУРЫ О ЖИДКОСТИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ И СОБСТВЕННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ <i>Д. А. Чернов, О. С. Дорохова, И. В. Марышева</i>	70	266

Стр. статья	Стр. реферат
8	263
9	263
12	263
27	263
29	264
31	264
35	264
37	264
38	264
40	264
41	264
44	264
47	265
49	265
52	265
54	265
58	265
59	266
65	266
68	266
70	266

лоинвазивной ревизии поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, удалении некротических масс, множественном дренировании полостей сальниковой сумки и забрюшинного пространства, щадящих ежедневных динамических лечебных санациях сальниковой сумки, поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, осуществляемых с использованием ультразвукового воздействия на обрабатываемый раствор, при помощи многоцелевого дренажного устройства и ретроперитонеоскопа.

Для всесторонней оценки эффективности предлагаемой автором методики лечения острого тяжёлого панкреатита, осложнённого панкреонекрозом и ретропанкреонекрозом был необходим корректный подход к оценке результатов проведённого лечения 83-х больных по традиционной (42 пациента) и предложенной нами технологии (41 пациент).

Исследуемая группа больных поступила в стационар на 1-2 неделе после начала заболевания.

Все больные, после необходимой подготовки, оперированы в экстренном порядке.

Проведённый анализ результатов клинического исследования лечения острых тяжёлых панкреатитов в фазе инфицированных панкреонекрозов с использованием оригинальных многофункционального дренажа и ретроперитонеоскопа позволило установить, что ультразвуковая кавитация в растворе антисептиков способствовало интенсивной очистке инфицированных поверхностей, эмульгированию раневого отделяемого, ускорению регенеративных реакций.

Кроме того, воздействие ультразвука подавляет способность к размножению микробных клеток и разрушает их. Также ультразвук способствует проникновению антисептика через брюшинный покров в подлежащие ткани на большую глубину, тем самым создавая повышенную концентрацию антисептических средств в зоне воспаления. При ультразвуковой

кавитации жидкости наблюдается быстрое очищение брюшины от фибрина, улучшается функция фагоцитов, усиливается моторная активность желудка и кишечника, происходит раннее купирование явлений интоксикации, пареза кишечника и восстановление перистальтики, уменьшается вздутие живота и нормализуется внутрибрюшное давление.

В итоге, использование модифицированных видеоассистированных минимально инвазивных санационных релапароскопий, бурсооментоскопий и ретроперитонеоскопий, позволило сократить число послеоперационных осложнений с 73,8 % до 31,7 % и летальность с 54,7 % до 17,5 %.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Андрищенко В.П., Андрищенко Д.В. Принцип этапности в хирургическом лечении острого панкреатита с использованием миниинвазивных и традиционных операционных технологий // Актуальные проблемы хирургической гепатологии: Материалы XX междунар. конгресса Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ. – Донецк, 2013. – С. 149.
2. Галимзянов Ф.В., Прудков М.И., Шаповалова О.П. Инфицированный панкреатогенный инфильтрат, панкреатогенный абсцесс и панкреатогенная флегмона, диагностика и лечение // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2011. № 4. – С. 34–37.
3. Кондратенко П.Г., Конькова М.В., Васильева А.А., Епифанцев А.А., Джансыз И.Н., Ширшов И.В., Юдин А.А. Хирургическая тактика при остром некротическом панкреатите // Украинский журнал хирургии № 3. – 2013. – С. 150–155.
4. Ширшов И.В. Роль и место лямботомии в хирургическом лечении острого небилиарного инфицированного некротического панкреатита // Украинский журнал хирургии. – 2014. – Т. 24, № 1. – С. 80–84.
5. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute Pancreatitis [Электронный ресурс] // Pancreatology. – 2013, № 3. – P. 1–15. – Режим доступа: <http://www.uptodate.com/home/about/policies/grade.html>.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ВНУТРЕННЕГО УЩЕМЛЕНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ

Д.В. Гарбузенко, Д.В. Белов

г. Челябинск

Внутренние брюшные грыжи не имеют специфической клинической картины и, как правило, диагностируются при развитии острой кишечной непроходимости. Приводим редкий случай внутреннего ущемления тонкой кишки в аномальном отверстии большого сальника.

Больной С., 22 года, поступил в приёмный покой Челябинской областной клинической больницы № 2 14.07.12 с жалобами на резкие схваткообразные боли в левой половине живота. Заболел остро около 6 часов назад, когда, рабо-

тая на стройке, поднял ведро с цементом. Была однократная рвота желудочным содержимым.

Ранее подобную клинику не отмечал, операций на органах брюшной полости не имел.

Общее состояние средней тяжести. Пониженного питания. Ведёт себя беспокойно, не может найти удобного положения. Кожные покровы обычной окраски, язык влажный, чистый. Температура нормальная. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 76 в минуту. Живот ассиметричен за счёт участка ограниченного вздутия слева от пупка,

в акте дыхания участвует, но щадит левую половину. При пальпации живот мягкий, резко болезненный в левой фланковой области. «Шума плеска» нет. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Перистальтика выслушивается, но над местом ограниченного вздутия ослаблена. Признаков наружных грыж не обнаружено. Газы отходят. Диурез без особенностей.

Анализ крови: Hb 153 г/л, эр. $5,22 \cdot 10^{12}/л$, л. $7,9 \cdot 10^9/л$; СОЭ 23 мм/ч.

Ультразвуковое исследование и обзорная рентгенография органов брюшной полости патологии не выявили.

Была заподозрена странгуляционная кишечная непроходимость вследствие заворота тонкой кишки, в связи с чем выставлены показания к экстренной операции. Произведена средне-срединная лапаротомия. В брюшной полости, преимущественно в малом тазу, до 200 мл серозно-геморрагического выпота. При ревизии установлено, что примерно в 1 метре дистальнее связки Трейца имеет место ущемление около 20 см тонкой кишки в аномальном отверстии большого сальника диаметром до 4 см (рис. 1).

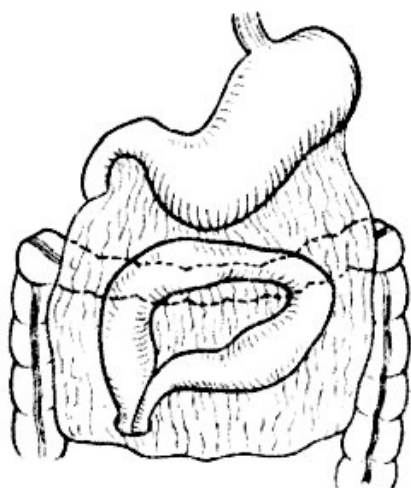


Рисунок 1. Схема ущемления петли тонкой кишки в аномальном отверстии большого сальника

Её жизнеспособность оказалась не нарушенной. После извлечения кишки дефект был ушит. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан 23.07.

Хотя внутренние брюшные грыжи являются причиной острой кишечной непроходимости не более чем в 6 % случаев, связанная с ними летальность при несвоевременно диагностированной странгуляции и развитии гангрены кишечника достигает 50 % [3]. Особенно редки ущемления в аномальных отверстиях большого сальника, которые возникают либо спонтанно,

либо в результате напряжения и повышения внутрибрюшного давления. Подобные дефекты сальника могут быть как врожденными, так и являться следствием травм, воспалительных изменений, атрофии и т. д. [2]. Т. Yamaguchi [5] классифицировал трансоментальные грыжи на три типа: А, В, и С (рис. 2).

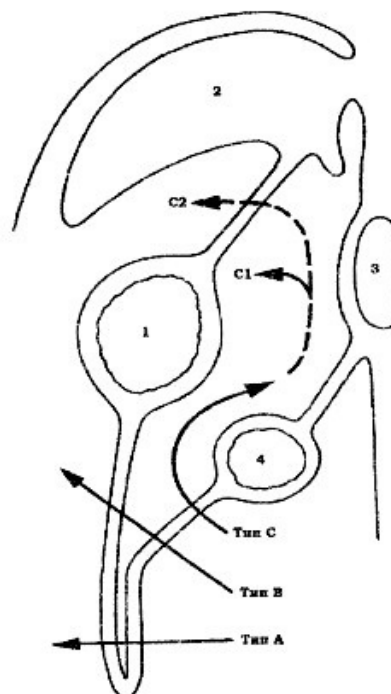


Рисунок 2. Типы трансоментальных грыж (по Т. Yamaguchi). 1 – желудок, 2 – печень, 3 – поджелудочная железа, 4 – поперечная ободочная кишка

Из-за отсутствия специфической клиники диагностика внутренних брюшных грыж даже в случае их ущемления сложна. При наличии признаков странгуляции они могут быть заподозрены у больных, не имевших абдоминальных операций и при исключении наружных грыж живота. Ультразвуковое исследование и обзорная рентгенография брюшной полости могут показать картину кишечной непроходимости, чего не было в нашем случае. Внедрение в практику ургентной хирургии мультidetекторной компьютерной томографии повысило точность выявления данной патологии. Характерными компьютерно-томографическими симптомами ущемленных трансоментальных грыж являются клювоподобное соединение в аномальном отверстии большого сальника заполненных жидкостным содержимым приводящей и отводящей петель тонкой кишки, расположенных в свойственных для каждого типа местах брюшной полости, и полнокровие сосудов её брыжейки [1].

Малейшее подозрение на наличие внутреннего ущемления служит абсолютным показанием к экстренной операции, которая при определённых условиях может быть выполнена посредством видеолaparоскопии [4].

ЛИТЕРАТУРА:

1. Camera L., De Gennaro A., Longobardi M. et al. A spontaneous strangulated transomental hernia: Prospective and retrospective multi-detector computed tomography findings // World J. Radiol. – 2014. – Vol. 6, № 2. – P. 26–30.

2. Hull J.D. Transomental hernia // Am. Surg. 1976. – Vol. 42, № 4. – P. 278–284.

3. Martin L.C., Merkle E.M., Thompson W.M. I view of internal hernias: radiographic and clinical findings // Am. J. Roentgenol. – 2006. – Vol. 186, № 3. – P. 703–717.

4. Talebpour M., Habibi G.R., Bandarian F. Laparoscopic management of an internal double ommental hernia: a rare cause of intestinal obstruction // Hernia 2005. – Vol. 9, № 2. – P. 195–197.

5. Yamaguchi T. A case of incarceration of sigmoid colon into hiatus of greater omentum // Rinsho Geka 1978. – Vol. 33. – P. 1041–1045.

ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

*М.А. Дрожжилов, А.Н. Шадринцев, О.Н. Хабарова,
А.Н. Анучин, Д.М. Смирнов, Ю.Е. Кармазов, А.Г. Куватов*
г. Челябинск

Холедохолитиаз осложняет течение желчнокаменной болезни примерно в 10% случаев. С началом широкого применения методов лучевой визуализации конкрементов в желчных протоках (УЗИ, МРТ), диагностика холедохолитиаза не представляет больших сложностей [3]. Основным способом лечения холедохолитиаза в настоящее время является эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с литоэкстракцией [2]. Нарработка опыта эндоскопического удаления камней позволила существенно пересмотреть показания для «открытой» холедохолитомии и внутреннему дренированию желчных протоков [1].

С 2006 по 2015 год в НУЗ ДКБ на ст. Челябинск находилось на лечении 243 больных с холедохолитиазом. Из них женщин было 196(80,6%), и 47(19,4%) – мужчин. Возраст больных составлял от 26 до 94 лет. У 228(93,8%) больных основным проявлением холедохолитиаза была механическая желтуха. Длительность желтухи составляла от одного дня до двух месяцев. В большинстве случаев для диагностики холедохолитиаза было достаточно данных УЗИ. В сложных случаях до 2012 года применялась ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ). С 2012 года, после начала использования МР-холангиографии в больнице, РПХГ практически перестала выполняться.

При механической желтухе в первые сутки госпитализации выставлялись показания для декомпрессии билиарной системы. 188(77,4%) больным была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с литоэкстракцией, у 34(18%) больных она выполнялась более одного раза. 18(7,4%) больным для разгрузки билиарной системы, предварительно была наложена лапароскопическая холецистостома. Результат ЭПСТ оценивался отсутствием камней в

желчных протоках при контрольных УЗИ снижением уровня билирубина в крови. Эндоскопическое лечение было успешным 184(75,7%) больных. 59(24,3%) больных были оперированы. Показаниями для операции служили техническая невыполнимость ЭПСТ большие неудаляемые конкременты холедоха. Если ЭПСТ не завершалась литоэкстракцией все равно эта процедура была полезной, так как позволяла не выполнять билиодигестивное дренирование во время операции. Всем больным была произведена холедохолитотомия, в 51 случае она сопровождалась холецистэктомией. 14(23,7%) больных холедохолитотомия завершилась формированием билиодигестивной анастомоза, 9- ХДА, 2- ХЭА и 3- трансдуоденальная папиллосфинктеропластика. Остальным 45 больным был установлен наружный дренаж холедоха по Вишневному. Основным способом контроля радикальности удаления камней просвета желчных протоков служила интраоперационная холедохоскопия. Благодаря этому удалось свести к минимуму количество билиодигестивных анастомозов (в 2008 году – 5 2014 году - 0), и «забытых» камней (за 10 лет 2 случая). Тем не менее, несмотря на тщательное удаление камней во время операции, наблюдали 4 случая появления новых камней спустя несколько лет. При ФГДС у этих больных была выявлена стриктура БДС и связанная с этим нарушение оттока желчи. Всем больным была проведена успешная ЭПСТ. Так же, наблюдали 3 больных с ранее наложенными билиодигестивными анастомозами (ХДА), у которых выявлялся холедохолитиаз и при этом определялся анастомоз при ФГДС. Вероятно, вначале происходило рубцевание билиодигестивного анастомоза, а при неадекватной проходимости БДС формировались конкременты