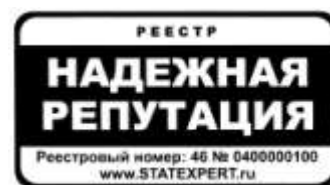


Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Комитет здравоохранения Курской области
Курская региональная общественная организация
«Научно-практическое общество хирургов»



МАТЕРИАЛЫ
научно-практической конференции
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ»,
посвященной 75-летию кафедры хирургических
болезней № 2 и юбилею заведующего кафедрой
профессора П.М. Назаренко



Курск – 2013

УДК 617-089(063)
ББК 54.5
Н 34

Печатается по решению
редакционно-издательского
совета ГБОУ ВПО КГМУ
Минздрава России

Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы хирургии», посвященной 75-летию кафедры хирургических болезней № 2 и юбилею заведующего кафедрой профессора П.М. Назаренко – Курск: ГБОУ ВПО КГМУ Минздрава России, 2013. – с.

Редакционная коллегия: ректор, профессор В.А. Лазаренко, профессор О.И. Охотников, профессор П.М. Назаренко, профессор Г.А. Бондарев, профессор С.В. Иванов, профессор Н.Н. Григорьев, профессор Б.С. Суковатых, профессор М.Д. Сычов.

ISBN

© Коллектив авторов, КГМУ, 2013

© ГБОУ ВПО КГМУ Минздрава России, 2013



Назаренко Петр Михайлович

Оглавление

Раздел I. К юбилею кафедры хирургических болезней № 2 (факультетской хирургии).....	11
Назаренко П.М. ОСНОВНЫЕ ВЕХИ ИСТОРИИ КАФЕДРЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ № 2.....	11
Бондарев Г.А., Зубарев В.Ф., Лукьянчиков Г.Ф. КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ КГМИ ПОД РУКОВОДСТВОМ ПРОФЕССОРА М.И. ЧУДАКОВА	16
Раздел II. Актуальные проблемы хирургической гастроэнтерологии.....	24
Альянов А.Л., Горпинич А.Б., Мамошин А.В., Гуреев М.В., Жирнов Д.А. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАТИВНЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ.....	24
Балалыкин А.С., Муцуров Х.С., Оноприев А.В., Катрич А.Н., Быков М.И., Балалыкин В.Д., Гвоздик В.В., Осадчая О.В. СПОРНЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЧРЕСПАПИЛЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ	27
Белоцерковский Б.М., Лукьянчиков Г.Ф., Любицкий А.А. СПОСОБ КОМБИНИРОВАННОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВОМ ГРЫЖЕСЕЧЕНИИ	32
Бондарь Г.В., Заика А.Н., Бондарь А.В. НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ ШВОВ ПИЩЕВОДНО- КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА	33
Блинов С.В., Громов Е.Е. ОСТРАЯ ТОНКОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, ВЫЗВАННАЯ ИНВАГИНАЦИЕЙ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ.....	37
Данилов А.В., Вялых Н.С., Данилова Л.Н. ОБТУРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, ВЫЗВАННАЯ ЖЕЛЧНЫМ КАМНЕМ.....	40
Данилов А.В., Медведев В.Н., Вялых Н.С., Данилова Л.Н. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ВЗРОСЛЫХ, ПО МАТЕРИАЛАМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ ЗА 10 ЛЕТ	43
Жиров Н.Д., Врублевский К.Ф. ОПЕРАЦИОННАЯ НАХОДКА ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ СТРОМАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА (GIST) ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕ	45
Жиров Н.Д., Мезенцев А.И., Кравченко А.П. РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ, ПО ДАННЫМ ОБУЗ «СУДЖАНСКАЯ ЦРЬ».....	49

Затолокин В.Д., Затолокина Е.И., Шевердин Н.Н., Новиков М.С., Поликарпов Р.П.	
ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ЛЕВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ	51
Затолокин В.Д., Перьков А.А., Лунева Н.В.	
О НОВОМ СПОСОБЕ ГЕМОСТАЗА ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ	55
Иванов С.В., Бондарев Г.А., Зубарев В.Ф., Горбачева О.С., Нащекина Д.В., Тарасова Е.А.	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	58
Иванов С.В., Голиков А.В., Локтионов А.В.	
ВЫБОР МЕТОДА РАЗРЕШЕНИЯ ПРОТОВОКОВОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОГО ГЕНЕЗА	63
Иванов С.В., Окунев О.А., Татарина Н.И.	
АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА	68
Костин А.Е.	
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ, ПО МАТЕРИАЛАМ ОБУЗ «РЫЛЬСКАЯ ЦРЬ» ЗА 10 ЛЕТ	70
Костин А.Е.	
ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ВНУТРИБРЮШНЫХ ГРЫЖАХ	72
Лазаренко В.А., Григорьев С.Н., Охотников О.И., Фролов А.В., Григорьев Н.Н.	
ЧРЕСКОЖНАЯ ЭНДОБИЛИАРНАЯ ЛИТОТРИПСИЯ «ТРУДНОГО» ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННЫМ РИСКОМ	75
Лазаренко В.А., Григорьев С.Н., Охотников О.И., Фролов А.В., Григорьев Н.Н., Горбачева О.С.	
ТРАДИЦИОННАЯ И ЧРЕСКОЖНАЯ МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ «ТРУДНОГО» ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА	78
Лупальцов В.И., Хаджиев О.Ч., Дехтярук И.А., Ягнюк А.И., Ворощук Р.С., Мирошниченко С.С.	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ	82
Меньшиков Г.М., Колесников С.В., Ващук О.А., Жданов А.Н., Игнатъев И.С., Белых Т. В.	
НАШ ОПЫТ СОВРЕМЕННЫХ СПОСОБОВ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЙ	86
Мухин А.С., Отдельнов Л.А.	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ ПАНКРЕАТОГЕННЫХ КИСТ	91
Назаренко Д.П., Лашин А.Д., Тарасов О.Н., Абрамова С.А., Требухов Р.В.	
АНАЛИЗ ПРИЧИН СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ...	93

Назаренко Д.П., Назаренко П.М., Тарасов О.Н., Локтионов А.Л., Дорожкин А.А. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО НЕБИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА.....	96
Назаренко П.М., Копылов А.А., Прокофьева А.В., Мицкий Г.А., Сидоркина Л.М., Кирпичников Д.А. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.....	99
Назаренко П.М., Назаренко Д.П., Самгина Т.А. ПРИНЯТАЯ НАМИ КОНЦЕПЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ	102
Назаренко П.М., Назаренко Д.П., Тарасов О.Н., Лашин А.Д., Клочкова А.А., Михин Е.В., Глебова И.В., Кулабухов А.С. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ	110
Назаренко П.М., Назаренко Д.П., Тарасов О.Н., Маслова Я.В., Глебов М.В., Гридин А.П., Требухов Р.В. КОНЦЕПЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ.....	115
Новомлинец Ю.П., Петухов И.М., Петухов В.М. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРОБОДНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ ПО МАТЕРИАЛАМ ГМУ ГБ СМП г. КУРСКА.....	119
Сафонов С.А., Делов А.М., Глазунов А.Л., Летуновский К.В., Глущенко Г.В. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ПРИСТЕНСКОЙ ЦРБ ЗА 5 ЛЕТ	122
Скипидарников А.А., Темирбулатов В.И., Семенов Н.П., Соловой А.А. РЕДКИЙ СЛУЧАЙ УЩЕМЛЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ПОСЛЕ ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ	126
Стойко Ю.М., Васильев И.В., Маады А.С., Алексеев К.И., Осипов А.С., Тюрбеев Б.Ц. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕДОХО- ДУОДЕНОСТОМИИ ПОД КОНТРОЛЕМ ЭУС И ДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТА С ОПУХОЛЕВОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ С ДУОДЕНАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ	129
Суковатых Б.С., Алименко О.В., Итинсон А.И., Еленская Е.А. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ.....	131
Суковатых Б.С., Блинков Ю.Ю., Макиенко К.Г. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА	136
Суковатых Б.С., Блинков Ю.Ю., Иванов П.А. ОПТИМИЗАЦИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКО- ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА.....	140

Хлебников Н.И., Волков Д.В., Булдаков В.В., Бондаренко Н.И., Гриднев А.А., Путилин И.В., Васин А.И. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ МИНИЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ.....	144
Чарышкин А.Л., Бикбаева К.И. СПОСОБ МИНИ–ДОСТУПА К ЖЕЛЧНОМУ ПУЗЫРЮ И ВНЕПЕЧЕНОЧНЫМ ЖЕЛЧНЫМ ПРОТОКАМ	148
Чернов В.Н. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.....	150
Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М., Замятин М.Н., Гороховатский Ю.И., Левчук А.Л., Степанюк И.В., Розберг Е.П. ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ С ИСКУССТВЕННЫМ КРОВООБРАЩЕНИЕМ.	153
Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М., Левчук А.Л., Степанюк И.В., Розберг Е.П. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА	162
Раздел III. Разное	167
Абрамова С.А. МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.	167
Бежин А.И., Майстренко А.Н., Солдатова Д.С. ИЗУЧЕНИЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩЕГО ЭФФЕКТА ПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ КАРБОКСИМЕТИЛЦЕЛЛЮЛОЗЫ – МЕЗОГЕЛЯ РАЗЛИЧНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ	169
Бежин А.И., Панкрушева Т.А., Иванов А.В., Григорьян А.Ю., Кобзарева Е.В. ИММОБИЛИЗИРОВАННЫЕ ФОРМЫ АНТИСЕПТИКОВ И МЕТИЛУРАЦИЛА В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН	174
Бондарев Г.А., Долженко С.Н., Пахомов В.И., Долженко А.С., Глянцев М.И. ИНОРОДНОЕ ТЕЛО БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЧЕРЕЗ 15 ЛЕТ ПОСЛЕ ЛАПАРОТОМИИ.....	179
Горпинич А.Б., Симоненков А.П., Привалова И.Л., Альянов А.Л., Мангилев С.В. МОДЕЛЬ АНТИПЕРИСТАЛЬТИКИ КИШЕЧНИКА У МЕЛКИХ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ГУМОРАЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ОБЕСПЕЧЕНИЕ РВОТНОЙ РЕАКЦИИ	184

Дубаев А.А., Булынин В.В., Боровских Е.И., Улаев В.Т. ВАРИАНТЫ ДРЕНИРОВАНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ НЕНАГНОИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ.....	189
Егорчева Ю.С., Колобаева Е.В., Хруслов М.В., Жабин С.Н., Сеницын А.А. СИСТЕМА ЦЕНТРАЛЬНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ВАРФАРИНОМ У БОЛЬНЫХ С ИСКУССТВЕННЫМИ КЛАПАНАМИ ..	193
Жданов А.И., Кривонос С.В., Брежнев С.Г. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К РАДИКАЛЬНОМУ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА	194
Жукова Л.А., Саенко Н.В., Андреева Н.С., Гуламов А.А. ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ОТДЕЛЕНИЕ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ОБУЗ КГКСМП В 2007-2011 гг.	200
Затолокин В.Д., Перьков А.А., Лунёва Н.В. МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕЧЕНИ ПРИ ПЕРЕЖАТИИ ПЕЧЁНОЧНО-ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ СВЯЗКИ	202
Кожевникова Ю.С., Сеницын А.А., Бельченков А.В., Жабин С.Н. ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СОСУДИСТО-МОЗГОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	204
Колобаева Е.В., Егорчева Ю.С., Хруслов М.В., Жабин С.Н. ДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Г. КУРСКА, НАХОДИВШИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ В ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ	206
Лазаренко В.А., Кононенко К.В., Григорьев Н.Н., Григорьев С.Н., Куралесина Л.Л. ВЫБОР АЛГОРИТМА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	208
Липатов В.А., Герасимов Д.А., Рыжков Н.С., Демьянов А.П. ОЦЕНКА ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ КОМПОЗИТНЫХ ГУБОК НА ОСНОВЕ КАРБОКСИМЕТИЛЦЕЛЛЮЛОЗЫ	210
Липатов В.А., Затолокина М.А., Вашин М.П., Белоусова А.В., Лазаренко С.В., Сотников К.А. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТКАНИ РУБЦОВ ПОСЛЕ СРЕДИННОЙ ЛАПАРОТОМИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИХ ГИПЕРТРОФИИ ПОЛИМЕРНОГО СРЕДСТВА «МЕЗОГЕЛЬ» В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	215
Липатов В.А., Затолокина М.А., Жуковский В.П., Инархов М.А., Ярмамедов Д.М., Мосолова А.В. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ АДГЕЗИВНЫХ, МОРФОЛОГИЧЕСКИХ И МАНИПУЛЯЦИОННЫХ СВОЙСТВ ПЛЕНЧАТЫХ ИМПЛАНТАТОВ НА ОСНОВЕ ПОЛИМЕРОВ ЦЕЛЛЮЛОЗЫ.	218

Мошуров И.П., Алимкина Ю.Н. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	223
Муранова М.Ю., Жабин С.Н. ПАЛЛИАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	226
Самодай В.Г., Генюк Ю.В. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	230
Суковатых Б.С., Абрамова С.А., Орлова А.Ю. ЛЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.....	233
Суковатых Б.С., Абрамова С.А., Назаренко П.М. ОЗОНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО- НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	239
Суковатых Б.С., Беликов Л.Н., Зайцев В.И., Князев В.В. ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗРЫВОВ АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ.....	247
Суковатых Б.С., Беликов Л.Н., Родионов О.А., Петрушина И.В., Родионов А.О. ВЛИЯНИЕ ВИДА ПРОТЕЗА НА РЕЗУЛЬТАТЫ ПОДМЫШЕЧНО - БЕДРЕННОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ.....	250
Суковатых Б.С., Суковатых М.Б. МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОВЕРХНОСТНОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА	254
Сычов М.Д., Хвостовой В.В., Фролова О.Г., Даниленко И.О. ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ КАК ПРИЧИНА ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	257
Темирбулатов В.И., Тулупова Л.Н., Яковенко О.В., Сергачёв Д.А., Евдокимов С.В., Клеткин М.Е., Геков К.В. ОККЛЮЗИЯ БРОНХИАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ ЛЁГОЧНОГО ГЕМОРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА.....	261
Товаченков В.И., Шевердин Н.Н. СПОСОБ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЩЕГО НОГТЯ.....	264
Усов Е.В., Гаврилюк В.П., Костин С.В. ИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ПЕРИТОНИТЕ У ДЕТЕЙ.....	
Усов Е.В., Костин С.В., Павловская М.С., Гаврилюк В.П. ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА У ДЕТЕЙ.....	
Цуркан А.Ю. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТИРЕОТОКСИКОЗА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ	266

Чарышкин А.Л., Ванина Н.В. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАХЕОСТОМАМИ.....	275
Чарышкин А.Л., Дементьев И.Н., Солдатов А.А. СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ	278
Федорович А.А. ² , Багдасарян А.Г., Учкин И.Г., Зудин А.М. МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОЕ РУСЛО КОЖИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОСУДИСТОГО РУСЛА КОНЕЧНОСТЕЙ.....	279

операционно-анестезиологическую травму, не ухудшая при этом результатов лечения, показателей осложнений и летальности.

Список литературы

1. Руководство по хирургии желчных путей / Под ред. Э.И. Гальперина, П.С. Ветшева. – М.: Издательский дом Видар - М, 2006. - 568 с.
2. Шаповальянц С.Г. и др. Хирургическая тактика лечения холедохолитиаза, осложненного механической желтухой, у больных с измененной анатомией билиодуоденальной области // Хирургия им. Н.И. Пирогова. – 2011. № 10. – С. 35-38.
3. Шевченко Ю.Л., Ветшев Ю.М., Стойко Ю.М. и др. Диагностика и хирургическая тактика при синдроме механической желтухи // Вест.нац. мед.-хир. центра им. Н.И. Пирогова – 2009. Т. 4. № 1. – С. 10-13.
4. Gwang H. K., Dae H. K., Geun A. S., Jeong H. Endoscopic removal of bile-duct stones by using a rotatable papillotome and a large-balloon dilator in patients with a Billroth II gastrectomy. // Gastrointestinal Endoscopy 2008 June; V. 67. – P. 1134-1138.
5. Tham T.C., Kelly M. Association of periampullary duodenal diverticula with bile duct stones and with technical success of endoscopic retrograde cholangiopancreatography //Endoscopy. 2004 Dec;36(12):1050-3.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ

**Лупальцов В.И., Хаджиев О.Ч., Дехтярук И.А.,
Ягнюк А.И., Ворощук Р.С., Мирошниченко С.С.**

**Харьковский национальный медицинский университет (Украина)
Кафедра хирургии № 3**

Актуальность. Интерес к проблеме лечения больных с перфоративной гастродуоденальной язвой не ослабевает. Далеки от разрешения вопросы как выбора адекватного хирургического пособия, так и диагностики перфоративной язвы в сложных экстренных ситуациях, когда классические симптомы перфорации маскируются симптомами сопутствующей патологии, особенно на фоне сниженной общей реактивности организма больных. В связи с такими сложившимися условиями в отдельных случаях даже опытные хирурги испытывают затруднения в диагностике. В то же время практические врачи и молодые хирурги недостаточно знакомы с современными принципами диагностики и лечения этих больных [1-3]. Поэтому исследования в направлении поиска путей оптимизации и индивидуализации хирургической тактики перфоративной гастродуоденальной язвы продолжают оставаться актуальными.

Цель исследования: изучение причин неудовлетворительных результатов хирургического лечения больных с перфоративной гастродуоденальной язвой с определением наиболее оптимальных способов лечения.

Материалы и методы.

Проведен анализ хирургического лечения 733 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной прободением. Мужчин было 635 (86,6%), женщин - 98 (13,4%) в возрасте от 16 до 85 лет. Соотношение мужчин и женщин 6,5: 1. До 6 ч от момента заболевания в стационар поступило 573 (78,2%) больных, до 12 ч - 74 (10,1%), до 24 ч - 49 (6,7%) и свыше 24 ч - 37 (5,0%) пациентов.

Длительный язвенный анамнез имел место у 325 (44,3%) больных. У 212 (28,9%) больных при поступлении в стационар клинические признаки перфорации язвы были слабо выражены. Свободный газ при обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости был обнаружен в 458 (62,5%) случаях. При отрицательном результате обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости проводились пневмогастрография или фиброгастроскопия. В сомнительных случаях использовалось УЗИ брюшной полости и лапароскопия.

Операции выполнялись под эндотрахеальным комбинированным наркозом верхне - срединным лапаротомным доступом. Местный перитонит был отмечен у 381 (52,0%) больного, диффузный - у 284 (38,7%), разлитой - у 68 (9,3%) пациентов. Язва располагалась в желудке у 127 (17,3%) больных, в двенадцатиперстной кишке - в 606 (82,7%) случаях.

Результаты и их обсуждение.

В настоящее время среди методов хирургического пособия при перфоративной гастродуоденальной язве существуют десятки различных по объему и сфере воздействия способов, иногда диаметрально противоположных и взаимоисключающих друг друга. Вместе с тем следует помнить, что иногда известные методы оперативного устранения дефекта в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки нельзя применить из-за сопутствующих заболеваний и осложнений язвенной болезни (стеноз пилорического отдела, малигнизация язвы, пенетрация и т.д.), а неоправданное стремление к выполнению радикальной операции может привести к развитию тяжелых осложнений у больных.

При выборе метода оперативного пособия следует учитывать время, прошедшее от момента перфорации до поступления в стационар, возраст пациента, наличие сопутствующей патологии витальных систем, локализацию язвы, результаты рН-метрии желудка, а также наличие таких осложнений язвенной болезни, как стеноз выходного отдела желудка, пенетрация язвы в близлежащие органы, распространенность, характер и фазу перитонита.

С учётом вышеизложенного ушивание перфоративного отверстия было выполнено у 122 (16,7%) больных, первичная резекция желудка - у 42 (5,7%), органосохраняющие оперативные вмешательства - у 569 (77,6%) пациентов.

Показанием к ушиванию перфоративного отверстия считали наличие выраженных явлений перитонита, особенно у больных с поздними сроками поступления в стационар и тяжесть общего состояния, обусловленную

выраженной сопутствующей патологией витальных систем, а также наличие так называемых «немых язв» без признаков перифокального воспаления вокруг язвенного дефекта у молодых людей с нормальной кислотообразующей функцией желудка. В послеоперационном периоде в целях профилактики агрессии со стороны кислого желудочного содержимого назначали H₂-блокаторы и ингибиторы протонной помпы. Умерло 8 больных (6,6%) вследствие прогрессирующей сердечно-легочной недостаточности, прогрессирующего перитонита и тромбоза легочной артерии.

Первичная резекция желудка была выполнена 42 больным. У 24 больных язва располагалась в желудке, у 14 – в двенадцатиперстной кишке, сочетание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с хронической язвой желудка имело место в 4 случаях. У 15 больных был выявлен пилородуоденальный стеноз, у 6 – пенетрация в поджелудочную железу и гепатодуоденальную связку, у 2 – малигнизация язвы. В ряде случаев эти осложнения сочетались. Все больные этой группы поступили в хирургическую клинику до 12 ч от момента заболевания с отсутствием клиники разлитого перитонита. Субоперационная рН-метрия выявила гиперацидность у 20 больных, гипоацидность – у 5 и нормальную кислотообразующую функцию желудка – в 17 наблюдениях.

Резекция желудка по Бильрот-I была выполнена 28 больным, по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера – 12, в 2 случаях при малигнизации язвы была произведена субтотальная резекция желудка в модификации А.А. Шалимова. В этой группе умерло 3 больных (7,1%). Причина смерти - декомпенсация сердечно-сосудистой и легочной систем.

Изучение результатов первичной резекции желудка при перфоративной язве в отдаленном послеоперационном периоде позволяет нам считать данное оперативное вмешательство адекватным способом хирургического лечения при ее желудочной локализации, обнаружении признаков малигнизации, сочетании язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, перфорации с пенетрацией и при стенозе пилорического отдела желудка.

Органосохраняющие операции в лечении перфоративной гастродуоденальной язвы были внедрены в практику здравоохранения в 90-е годы XX столетия, когда их позиции прочно закрепились в плановой хирургии. Нами они выполнены у 569 больных. На начальных этапах освоения техники операции отдавали предпочтение стволовой и селективной ваготомии, в последующем - селективной проксимальной ваготомии. Стволовая ваготомия была выполнена у 53 больных, селективная - у 171, селективная проксимальная ваготомия - в 345 случаях.

Стволовая ваготомия выполнялась при явлениях разлитого перитонита и у больных при сочетании перфорации и кровотечения. Во всех случаях стволовая ваготомия сопровождалась иссечением язвенного субстрата и выполнением одного из видов дренирующих желудок операций.

Селективная ваготомия практически всегда дополнялась иссечением язвы с дренирующей операцией. Пилоропластика по Гейнеке-Микуличу была выполнена 126 больным, в 37 случаях при выраженных явлениях сте-

нозирования выходного отдела желудка произведена пилоропластика по Финнею или гастродуоденостомия по Джабулею. У 8 пациентов селективная ваготомия выполнена в «чистом виде». Это были больные с местным перитонитом при размерах язвы, не превышающей 0,2 см в диаметре, без явных признаков перифокального воспаления.

Анализ отдаленных результатов лечения в этой группе больных показал снижение у них качества жизни из-за развития различной степени выраженности моторно-эвакуаторных расстройств желудка, обусловленных в большинстве случаев денервацией антрального и пилорического отделов.

Селективная проксимальная ваготомия (345 больных) была выполнена у пациентов, которые поступили в ранние сроки после перфорации при сохранении нормальной топографо-анатомической структуры нерва Латерже. При небольших размерах язва иссекалась по Джадду-Хорсли. В случаях хронической язвы с каллёмными краями и при деформации выходного отдела желудка иссечение дополняли пилоропластикой. Изучение кислотноингибирующей функции у анализируемых больных после выполнения им одного из видов ваготомии показало, что вагусная денервация способствует подавлению секреции соляной кислоты и пепсина, снижая ее уровень по данным рН-метрии до $5,4 \pm 0,6$ ед.

Проведенные исследования по восстановлению моторики желудочно-кишечного комплекса у больных, перенесших тот или иной вид ваготомии, показали, что в раннем послеоперационном периоде восстановление моторики носит фазовый характер. Наиболее быстрое восстановление моторики желудка наблюдалось у больных после селективной проксимальной ваготомии с иссечением дуоденальной язвы, расположенной на ее передней стенке. У этого контингента больных отмечено и наименьшее количество случаев развития постваготомного гастростаза.

Выводы:

1. Перфорация является одним из самых распространенных осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

2. Улучшение результатов оперативного лечения больных с перфоративной гастродуоденальной язвой на современном этапе связано с совершенствованием знаний диагностических и тактических положений выбора метода первичной операции.

3. Наиболее оптимальным методом выбора в лечении перфоративной гастродуоденальной язвы является СПВ с иссечением язвы.

Список литературы.

1. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки / Л.Н. Бисенков, П.Н. Зубарев, В.М. Трофимов и др.; под ред. Л.Н. Бисенкова и др. // Неотложная хирургия груди и живота. – СПб., 2000. – С. 402 -414.

2. Лупальцов В.И. Перфоративная гастродуоденальная язва / В.И. Лупальцов – Харьков: Основа. - 2003. – 238 с.

3. Гостищев В.К. Радикальные оперативные вмешательства в лече-

нии больных с перфоративными гастродуоденальными язвами / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев, Р.А. Головин и др. / Хирургия. – 2009. – №3. – С. 10-16.

НАШ ОПЫТ СОВРЕМЕННЫХ СПОСОБОВ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЙ

Меньшиков Г.М., Колесников С.В., Ващук О.А., Жданов А.Н.,

Игнатъев И.С., Белых Т.В.

Касторенская ЦРБ Курской области

"О мастерстве хирурга можно судить
по тому, как он оперирует грыжу"

Т. Фэйрбэнк

Согласно последним статистическим данным, грыженосительство отмечено у 4% жителей Земли. Заболеваемость в среднем составляет 5-6 чел. на 1000 населения. По частоте встречаемости грыжи занимают третье место. При этом грыжи передней брюшной стенки встречаются в 70-80% у мужчин и в 10-15% у женщин. Соотношение женщин - грыженосителей к мужчинам составляет 1:15. В мире ежегодно выполняется 20-21 млн. грыжесечений (США - 800 тыс., Германия - 280 тыс., Франция – 150тыс., Италия - 130 тыс., Англия - 200 тыс.).

Ранее в СССР в течение 1 года выполнялось около 500 тыс. грыжесечений, сейчас оперируется 250-280 тыс. россиян, из них 50 тыс. операций выполняется по поводу ущемленной грыжи (соотношение 1:5). В экономически развитых странах это соотношение составляет 1:8, 1:9. Таким образом, и в начале XXI века грыжа по-прежнему остается самым распространенным заболеванием, требующим планового хирургического лечения.

Нерешенная проблема данной патологии - частота рецидива, который при прямых паховых грыжах достигает 10%, вероятность повторного рецидива при пластике послеоперационных и паховых грыж составляет 40%. Вероятность развития грыжи после первичной лапаротомии колеблется от 1 до 10% за трехлетний послеоперационный период. При осложненных грыжах вероятность рецидива достигает 20-30%.

С момента публикации первых радикальных операций, предложенных Бассини (Bassini) в 1887 г. и Марси (Maggy) в 1887-1892 гг., прошло более 100 лет, однако проблема лечения паховых грыж, причины возникновения рецидивов заболевания вызывают постоянный поиск новых методов герниопластики. В настоящее время описано свыше 300 методов грыжесечения, в основе которых лежит принцип укрепления задней (Bassini, Maggy) или передней (Жирар, Спасокукоцкий) стенки пахового канала. Современные методы пластики по Shouldice, McVay, Halstead, Postempsky, являющиеся, по сути, модификациями способа Bassini, предполагают натяжение тканей при сближении апоневроза, что является, по всей видимости, одной из главных причин рецидивирования грыж.