

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Председатель правления – Б. Н. Котив, ответственный секретарь – Д. П. Кашкин,
референт – Ю. В. Плотников

2507-е заседание 28.03.2018 г.

Председатель – А. Е. Демко

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А. Н. Тулунов, С. Ш. Тания, Е. С. Жукова, А. А. Есеноков, Т. В. Соколова, А. И. Бабич, Е. М. Кызылова (ГБУ «СПбНИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе», медицинский факультет СПбГУ). Успешное лечение пострадавшего с торакоабдоминальным ранением с повреждением сердца, диафрагмы, печени, чревного ствола, надпочечника, межреберной артерии.

Пострадавший К., 38 лет, доставлен в протившоковую операционную НИИ СП им. И. И. Джанелидзе в 2 ч 40 мин 15.04.2017 г., через час после ножевого ранения груди. На месте происшествия АД – 85/60 мм рт. ст., ЧСС – 68 уд./мин. При поступлении: сознание на уровне сопора (11 баллов по CGS), АД – 96/62 мм рт. ст., ЧСС – 84 уд./мин, ЧДД – 20 в мин, SpO₂ – 96 %. В левой половине груди, в шестом межреберье, на 1 см кнаружи от парастеральной линии, определяется колото-резаная рана длиной 3 см. Края раны ровные, без осаднения, углы острые. Пострадавший осмотрен хирургом, анестезиологом. Выполнены УЗИ по протоколу FAST (свободной жидкости в брюшной и плевральных полостях, перикарде не выявлено) и рентгенография органов грудной клетки (левосторонний гемоторакс). Учитывая стабильное состояние пациента и расположение раны в кардиальной зоне, выполнена диагностическая торакоскопия. Выявлено внеплевральное ранение перикарда, выполнена его фенестрация; в полости перикарда – свертки крови без продолжающегося кровотечения. Визуализированы ранение сухожильного центра диафрагмы и гемоперитонеум. Выполнено дренирование левой плевральной полости. Произведена диагностическая лапароскопия, выявлена кровь во всех отделах брюшной полости. В связи с отмеченным падением гемодинамики выполнена конверсия доступа в тотальную срединную лапаротомию. В брюшной полости выявлены сквозное ранение II сегмента печени (ушито «Vicryl 0»), краевое ранение чревного ствола (ушито «Prolene 5/0»), полное пересечение левого надпочечника (ушито «Vicryl 0»). Раневой канал заканчивается в десятом межреберье по паравerteбральной линии с ранением левого купола диафрагмы (ушито капроном 0), пересечением межреберной артерии (клипирована) и повреждением надкостницы X ребра. При дальнейшей ревизии области ранения сухожильного центра выявлено непроницающее в полость ранение задней стенки правого желудочка длиной 4 см (ушито отдельными узловыми швами, «Prolene 2/0»). Течение послеоперационного периода осложнилось декомпенсацией инсулин-независимого сахарного диабета. Выписан на 23-и сутки после поступления в удовлетворительном состоянии.

Ответы на вопросы. Доступ расширен по типу Mattox слева. Доступ не рекомендован, но был связан с непроницающим ранением миокарда. Кровь в основном была в верхнем

этаже брюшной полости. Ранение сердца выявлено не сразу, только после расширения доступа. Рана чревного ствола располагалась на расстоянии 7 мм от отхождения левой желудочной артерии. Длина раны правого желудочка – 4 см, глубина – 1,5 мм.

2. А. А. Найденов, А. А. Петросян, Ю. А. Пахмутова (СПбГБУЗ «Городская больница № 26»). Опыт успешного лечения обширного нагноения раны груди методом отрицательного давления после торакопластики у пациента с огнестрельным торакоабдоминальным ранением.

Пациент М., 37 лет, был доставлен 14.02.2017 г. в отделение СМП Городской больницы № 26 через 1,5 ч после огнестрельного ранения из охотничьего ружья. При поступлении состояние тяжелое, травматический шок II ст. Больной заторможен, гемодинамика нестабильная (ЧСС – 120/мин, АД – 90/60 мм рт. ст.). Входное отверстие раневого канала, размерами 6,0×5,0 см, располагалось на уровне восьмого межреберья слева по срединно-ключичной линии. Из входного отверстия отмечалась эвентрация пряди большого сальника. Множественные выходные отверстия дробового ранения располагались на уровне VIII–XII ребер слева по среднеподмышечной линии. Пальпаторно определялся дефект реберно-мышечного каркаса с V по VIII ребро. Через 15 мин от момента поступления начата операция двумя хирургическими бригадами. Одновременно были выполнены левосторонняя переднебоковая торакотомия в восьмом межреберье (через входное отверстие огнестрельной раны) и лапаротомия. Интраоперационно диагностировано разрушение V–VIII ребер слева, соответственно входному отверстию огнестрельной раны, а также межреберных мышц и сосудов, с продолжающимся кровотечением. В левой плевральной полости содержалось около 500 мл крови, жидкой и в сгустках. Имелся полный разрыв левого купола диафрагмы с эвентрацией в плевральную полость желудка, петли тонкой кишки и большого сальника, ушиб левого легкого, сердца, разрыв селезенки, тонкой и толстой кишки. Общий объем кровопотери на момент начала операции – около 1500 мл. Выполнены: перевязка межреберных артерий и вен, перикардиотомия с ревизией, ушивание разрыва диафрагмы слева, торакопластика реберно-мышечного дефекта груди путем диафрагмопексии, дренирование плевральной полости по Бюлау, спленэктомия, левосторонняя гемиколэктомия с выведением одноствольного ануса, резекция участка тонкой кишки с формированием анстомоза «бок в бок». 16.02.2017 г., в связи с необходимостью проведения продленной ИВЛ, была выполнена трахеостомия. Послеоперационный период осложнился нагноением торакотомной раны, развитием сепсиса, псевдомембранозного колита, двусторонней пневмонии, поддиафрагмального абсцесса слева и кровотечением из острой язвы желудка. Нагноение раны груди после торакопластики лечили методом вакуумной терапии отрицательным давлением. Пациенту трижды устанавливалась NPWT-система

(21.02; 23.02 и 27.02). 27.02.2017 г. выполнены релапаротомия, дренирование и санация поддиафрагмального абсцесса слева. В послеоперационном периоде пациент получал антибактериальную и иммуномодулирующую терапию Пентаглобином. После очищения раны и появления грануляций 01.03.2017 г. NPWT-система была снята, наложены вторичные швы на рану. Рана груди очистилась, заживление происходило вторичным натяжением. На 46-е сутки после травмы раненый 03.04.2017 г. в удовлетворительном состоянии был переведен на койку дневного пребывания. На момент выписки у больного сохранялась гранулирующая рана в месте торакотомии размерами 8,0×6,0 см и глубиной около 5 см. Был повторно использован способ лечения ран отрицательным давлением системой PICO («Smith&Nephew»), благодаря чему удалось сблизить края раны и добиться ее эпителизации. Пациент был выписан из дневного стационара спустя 15 дней. 21.08.2017 г. больной повторно госпитализирован в плановом порядке для закрытия толстокишечного свища. 24.08.2017 г. – лапаротомия, восстановление непрерывности толстой кишки. На 7-е сутки послеоперационного периода потребовалась повторная операция по поводу прорыва забрюшинного абсцесса в брюшную полость, при этом толсто-толстокишечный анастомоз признан состоятельным. Выполнены санация и дренирование забрюшинного абсцесса. Период нахождения в стационаре составил 24 койко-дня, выписан в удовлетворительном состоянии.

Ответы на вопросы. Выстрел в упор. Флора: *Klebsiella* и *Escherichia coli*. Применялись Цефтриаксон, Метрогил, Меронем. Развился антибиотикоассоциированный колит. Восстановление непрерывности кишки сопровождалось значительными техническими трудностями, с чем связываем нагноение. При торакотомии резецированы раздробленные участки ребер с VI по VIII, длиной до 5 см, произведена френикопексия. Удалено около 40 см ободочной кишки. Длительность операции – 3 ч 40 мин. Сразу кровь не переливали (Hb – 130–110 г/л). Работали две бригады хирургов. Лечение отрицательным давлением продолжалось 2 суток. Сейчас больной физические нагрузки переносит в полном объеме.

Прения

М. Д. Ханевич. По моему опыту лечения больных с ранением сердца, они должны жить. Шов сердца из абдоминального доступа сложен и неполно обеспечивает осмотр. Неубедительно, было проникающее или непроникающее ранение миокарда. Доступ необычный, но результат хороший.

В. И. Кулагин. Такие ранения обычно происходят во время охоты или драки с применением огнестрельного оружия. В 2003 г. мы оперировали раненого с ранением дробью через 20 мин после поступления одной бригадой хирургов. Выполнена лапаротомия, обнаружен дефект диафрагмы 20×15 см. Удалены селезенка, селезеночный изгиб ободочной кишки, сделана торакотомия. Диафрагма была перемещена и целостность грудной стенки была восстановлена. Раны кишок не зашивали («damage control»). Hb – 45 г/л. В течение 36 ч больного реоперировали, удалили почку, сформировали колостому и анастомоз тонкой кишки. Иммобилизацию краев раны произвели с помощью спиц Кишнера. Больной провел в стационаре 46 суток.

А. А. Завражнов. Сейчас главенствует грамотрицательная флора, ее некротизирующие формы. VAC-терапия полезна. В рутинной хирургии повреждений есть постулаты. При ранении сердца должна быть проведена полноценная ревизия из широких доступов, иначе нередко образуются аневризмы. Раненые плохо переносят одномоментные вмешательства на двух полостях. Дробовые огнестрельные ранения подлежат обязательной первичной хирургической обработке без ушива-

вания кожи – необходимо применять первично-отсроченный шов.

А. А. Найденов. Дробь (не вся) была в контейнере. Кровотечение остановлено. Дефект раны груди, межреберных мышц – около 8 см. Сначала ушили диафрагму, кожные швы наложены для герметизации полости.

А. Е. Демко (председатель). Актуальность обеих демонстраций несомненна и заключается в редкости таких повреждений, различии подходов к лечению. Всегда начинать операцию с торакото- или лапароскопии в таких наблюдениях вряд ли нужно. Это подтверждается задержкой в диагностике ранения сердца.

ДОКЛАД

А. Е. Демко, И. В. Кажанов, В. А. Мануковский, А. Н. Тулунов, Я. В. Гавришук, С. И. Микитюк, Е. А. Колчанов (отдел сочетанной травмы ГБУ «СПбНИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»; кафедра военно-полевой хирургии ФГБОУ ВО «ВМедА им. С. М. Кирова» МО РФ). **Хирургический гемостаз при продолжающемся интритазовом кровотечении.**

Летальность при травмах таза составляет от 5,6 до 15,0 %, а при гемодинамической нестабильности пострадавшего возрастает от 28 до 60 %, что объясняется продолжающимся массивным интритазовым кровотечением. Проанализированы результаты лечения 28 пострадавших с повреждениями тазового кольца и признаками неустойчивой гемодинамики по уровню систолического артериального давления в двух травматологических центрах 1-го уровня за период с 2013 по 2017 г. Разработан лечебно-диагностический алгоритм по хирургическому гемостазу у пострадавших с нестабильными повреждениями тазового кольца и неустойчивой гемодинамикой, обусловленной продолжающимся интритазовым кровотечением. Всем пострадавшим при поступлении выполнялась механическая стабилизация таза (противошоковая тазовая повязка, аппарат внешней фиксации, рама Ганца, в зависимости от морфологии повреждения тазового кольца). При сохранении признаков нестабильной гемодинамики применяли различные способы хирургического гемостаза. Внебрюшинную тампонаду таза выполнили у 13 пострадавших, диагностическую тазовую ангиографию – у 6 (с эмболизацией поврежденных сосудов – у 4), комбинацию внебрюшинной тампонады таза и ангиографии – у 9 (эмболизация – у 6). Дополнительно для временной остановки интритазового кровотечения у 3 пациентов с сохраняющейся неустойчивой гемодинамикой применили баллон-обтуратор. Его вводили через бедренную артерию и устанавливали под рентгеновским контролем на уровне 3-й зоны брюшного отдела аорты. В 1 наблюдении, как «операцию отчаяния», выполнили пережатие нисходящей аорты из торакотомного доступа. Данный подход обеспечил окончательный контроль над источниками тазового кровотечения у 24 (85,7 %) пострадавших. Общая летальность составила 53,6 % (15 человек), из них в течение 1-х суток умерли 5 (17,9 %). 10 пострадавших (35,7 %) умерли в течение первых 2 недель после травмы от инфекционных осложнений.

Ответы на вопросы. Противошоковая повязка (тазовый пояс) применялась у единичных пострадавших. Фиксация таза (длительность – 10–15 мин при опыте ее выполнения) должна проводиться до начала тампонады и лапаротомии. Внутривнутрибрюшная тампонада менее удачна. Внебрюшинная тампонада длится до 4 суток, внутривнутрибрюшная – до 2. Эмболизация надежнее. Реместип не применяли, но есть специальный материал для остановки кровотечения. Механизм остановки кровотечения – биологическая тампонада. Последовательность зависит также от подготовки хирурга, продолжается ли кровотечение (30 %).

Прения

А. В. Гончаров. Внутритазовая тампонада внебрюшинным доступом эффективнее. Стабилизация костей уменьшает кровотечение, даже во время лапаротомии отломки сдвигаются. Есть специальные тазовые щипцы для фиксации отломков

А. Е. Демко (председатель). Фиксация, тампонада, эмболизация – методы хирургического гемостаза. Показания – жидкость в брюшной полости, неустойчивая гемодинамика. В хирургии повреждений формируются отдельные специальности – шоковый хирург и анестезиолог. Сочетание повреждений таза, органов брюшной полости и забрюшинного пространства требует особых технологий и подготовки команды хирургов.

Поступил в редакцию 05.06.2018 г.

2508-е заседание 11.04.2018 г.

Председатель – Б. Н. Котив

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. Н. Ю. Коханенко, Ю. Н. Савушкин, С. А. Калюжный (кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»; 6-е хирургическое отделение СПбГБУЗ «Городская Марининская больница»). **Этапное хирургическое лечение больной с кистой холедоха после осложнений малоинвазивного (эндоскопического) лечения.**

Цель демонстрации – показать результаты успешного этапного хирургического лечения больной с кистой внепеченочных желчных протоков после осложненного малоинвазивного (эндоскопического) лечения.

Больная Ж., 33 лет, поступила в экстренном порядке 13.03.2017 г. с жалобами на тупые боли в верхних отделах живота (в течение года) и появление желтухи. В январе 2017 г. в поликлинике выявлена киста внепеченочных желчных протоков (ВЖП). Больная направлена в стационар, где находилась с 08.02.17 г. по 15.02.17 г., обследована и с диагнозом «Рубцовая стриктура терминального отдела общего желчного протока (ОЖП), супрастенотическая дилатация внепеченочных желчных протоков с исходом в псевдокисту» направлена в эндоскопическое отделение другого стационара. Там при эндоскопическом ультразвуковом исследовании подтвержден диагноз кисты ВЖП и рубцовой стриктуры терминального отдела ОЖП. 28.02.2017 г. выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), после чего развился острый панкреатит. 01.03.2017 г. произведена повторная ЭПСТ со стентированием панкреатического протока. После этого больная пожелтела и 13.03.17 г. поступила в 6-е хирургическое отделение с диагнозом «Киста ОЖП. Рубцовая стриктура терминального отдела холедоха. Состояние после эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ), ЭПСТ. Острый панкреатит? Механическая желтуха». При УЗИ выявлена только киста ОЖП 97×63 мм. Магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ) 17.03.17 г.: МР-картина билиарной гипертензии, кисты ОЖП (72×34×63 мм), панкреатита, отека парапанкреатической клетчатки. 17.03.17 г. под местной анестезией выполнена наружная чрескожно-чреспеченочная холангиостомия под УЗ- и Rg-контролем. Получена желчь с хлопьями (бактериологическое исследование: *Pseudomonas aeruginosa*). Больная лихорадила до 39 °С. Сохранялся лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы. 27.03.17 г. повязка умеренно промокла кровью, по холангиостоме выделилось около 50 мл крови со сгустками. При КТ 28.03.17 г. выявлен забрюшинный абсцесс (20×10×10 см), кистозное образование в области ОЖП (55×45 мм, заполненное содержимым геморрагич-

еской плотности). Операция (28.03.17 г.): вскрытие сальниковой сумки и забрюшинного пространства слева и справа через люмботомические разрезы, разрез в правой подвздошной области. Некресеэктомия, санация и дренирование забрюшинной клетчатки. Вскрытие кисты ОЖП. Удаление сгустков крови. Дренирование кисты ОЖП по Керу. Операция (18.09.2017 г.): холецистэктомия, удаление кисты холедоха. Формирование терминолатерального панкреатикодуоденоанастомоза на дренаже по Фелькеру, позадиободочного тригепатикоеюноанастомоза на сменных транспеченочных дренажах и дренаже по Фелькеру на выключенной по Ру петле тонкой кишки. Послеоперационный период протекал гладко.

Ответы на вопросы. Заболевание чаще встречается в детском возрасте, у женщин в 4 раза чаще, чем у мужчин. Согласно классификации Тодани, это тип С. М. В. Данилов и др. описали более 100 наблюдений. Самочувствие больной хорошее. При первом поступлении было необходимо сделать чрескожную чреспеченочную холангиографию (ЧЧХ) и сразу оперировать. Первая операция (ЭПСТ) была ошибкой. Панкреатит был тяжелым. Анастомоз избран в связи с удобством анатомического расположения. Панкреатический проток был расширен. На месте бывших гнойников была фиброзная ткань.

Б. Н. Котив (председатель). ПСТ была неуместна, но малоинвазивную хирургию следует применять. Любой очаг инфекции должен быть дренирован, и надо это было сделать сразу. Тригепатикоеюноанастомоз – нечастое событие. Нужен прецизионный анастомоз с внутрикишечным дренированием.

2. А. В. Осипов, А. Е. Демко, Д. А. Суров, И. А. Соловьев, Т. А. Шумакова, Л. Ш. Цецоева (ГБУ «СПбНИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»; ФГБОУ ВО «ВМедА им. С. М. Кирова» МО РФ). **Одноэтапное хирургическое лечение холецистохоледохолитиаза, осложненного острым холангитом, у пациентки во втором триместре беременности.**

Больная Р., 35 лет, поступила в СПбНИИСП им. И. И. Джанелидзе 05.06.2017 г. в состоянии средней тяжести. Предъявляла жалобы на боли в эпигастрии, тошноту, пожелтение кожных покровов, повышение температуры тела до 38,6 °С. Обследована в отделении экстренной медицинской помощи. Предварительный диагноз: «Желчнокаменная болезнь (ЖКБ)». Хронический калькулезный холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха. Острый холангит. Угрожающие преждевременные роды 20–21 недель». В анамнезе у пациентки привычное невынашивание беременности. Страдала ЖКБ в течение 3 лет. От проведения манипуляций с использованием рентгеновских методов категорически отказывалась. При выполнении МР-холангиографии выявлены признаки ЖКБ (конкременты желчного пузыря), билиарной гипертензии, холедохолитиаза. Невозможно было исключить синдром Мирицци 2-го типа. В анализах крови обращали на себя внимание нарастающий лейкоцитоз, гипербилирубинемия. ФГДС: катаральный бульбит. На момент осмотра данных за вклинение конкремента в устье большого дуоденального сосочка (БДС) не обнаружено. По данным УЗИ плода – прогрессирующая беременность 20–21 недель. С учетом риска преждевременных родов, прогрессирующей гипербилирубинемии, клиники острого холангита, консилиумом принято решение о малоинвазивном хирургическом лечении. 06.06.2017 г. выполнена лапароскопическая холецистэктомия, холедохотомия, литоэкстракция, дренирование ОЖП по Керу. Интраоперационно выявлен холецистохоледохоальный свищ (синдром Мирицци 2-го типа). Выполнена холедохотомия через свищевой ход, холедохоскопия, литоэкстракция и санация внепеченочных желчных протоков. В раннем послеоперационном периоде положительная динамика в виде нормализации клинического и биохимического анализов крови,

температуры тела. Контрольный дренаж удален на 5-е сутки. При контрольной МР-холангиографии дефектов наполнения не выявлено, регрессия признаков билиарной гипертензии. Дебит желчи составлял 150–200 мл/сут. 13.06.2017 г. дренаж ОЖП перекрыт. Выписана на амбулаторное лечение на 10-е сутки послеоперационного периода. На 16-е сутки госпитализирована в многопрофильный стационар на акушерское отделение для оценки состояния плода и профильного лечения. Беременность протекала без осложнений. Больная находилась под наблюдением акушеров, хирургов, систематически контролировались клинические и биохимические анализы крови, выполнялись УЗИ органов живота. На 39-й неделе произошли самостоятельные срочные неосложненные роды. Через месяц после родов пациентка госпитализирована в СПбНИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе для удаления дренажа и контрольного обследования. Выполнена чрездренажная холангиография. Патологических изменений не выявлено, дренаж удален. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии. Таким образом, одноэтапное малоинвазивное лечение холецистохоледохолитиаза может успешно применяться у пациенток во втором триместре беременности. Требуется дальнейшее накопление опыта для статистической оценки результатов лечения указанной группы больных.

Ответы на вопросы. Приступ был первым. Дефект в ОЖП был 7 мм, туда введен Т-образный дренаж. Пузырная артерия перевязана до холецистэктомии. Была сделана холецистотомия для обнаружения свища. Холедохоскопию сделали после расширения свища. Раннее удаление дренажа обосновано риском лучевой нагрузки на плод (решение консилиума). В ОЖП было несколько камней до 2 мм, удаленных с помощью корзинки Дормиа. Операция заняла 2 ч. Стриктуры терминального отдела холедоха не было. Сейчас самочувствие больной хорошее. Больная явилась на собрание с ребенком и мужем.

Прения

Н. Ю. Коханенко. Демонстрация интересна возрастом больной: обычно это люди старше 50–60 лет. Выбор лапароскопической операции не показан, но был обусловлен беременностью. Остается опасность развития стриктуры.

Б. Н. Котив (председатель). Выбор метода операции спорен. Можно было сначала сделать холецистостомию. Здоровый ребенок после нескольких невынашиваний – следствие минимальной инвазивности вмешательства. С этим следует поздравить хирургов.

ДОКЛАД

Н. Ю. Коханенко, А. В. Глебова, Л. З. Гуцкая (кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»). **Диагностика и лечение синдрома Мирицци на современном этапе.**

Цель доклада – обратить внимание на варианты синдрома Мирицци (СМ), в том числе и при бескаменном холецистите, опасность при этом повреждения желчных протоков. Показать возможность дифференцированного хирургического лечения в зависимости от типа СМ.

«Синдром Мирицци» – довольно сложное и неоднозначное понятие в хирургии. Современные взгляды на это редкое осложнение желчнокаменной болезни порой противоречивы. Учитывая высокую опасность интраоперационного повреждения желчных протоков, вероятность дифференциальной диагностики с опухолью проксимальных желчных протоков и относительную редкость СМ, рассмотрение сути данной проблемы вызывает высокий интерес у большинства хирургов.

Проведен анализ литературы, начиная с первоисточников аргентинского хирурга Р. L. Mirizzi и заканчивая современными работами авторов, имеющих значительный авторитет в области желчной хирургии. Раскрыты различные взгляды на классификацию и хирургические подходы к лечению СМ. Авторы предложили усовершенствованную классификацию, связанную с объемом операции в зависимости от типа синдрома. Рассмотрен вопрос о возможности развития так называемого бескаменного СМ. Проанализированы данные оперативного лечения 78 пациентов с СМ, которые были оперированы за период с 1995 по 2015 г. на базах кафедры. Среди больных было 57 (73 %) женщин и 21 (27 %) мужчина. Все они были в возрасте от 24 до 91 года, средний возраст составил $(70,5 \pm 8,6)$ года. Авторами предложено выделять факторы риска развития СМ по формуле Кульбака. В клинической картине СМ следует выделять следующие общеклинические признаки: женский пол, возраст старше 60 лет, длительность холелитиаза более 7 лет, повторные приступы обострения хронического холецистита (более 2–3 раз в год), наличие механической желтухи. Среди инструментальных методов дооперационной диагностики СМ наиболее информативен и безопасен метод магнитно-резонансной холангиопанкреатографии с построением 3D-изображения. Его чувствительность составляет 87 %, а диагностическая чувствительность УЗИ брюшной полости при СМ составила всего 30,8 %. При подозрении на СМ во избежание травмы холедоха следует использовать традиционный доступ. При СМ I типа адекватной операцией является холецистэктомия с наружным дренированием желчных протоков при необходимости. У больных со IIa типом СМ, при дефектах гепатикохоледоха до $1/5$, возможно его ушивание. При дефектах до $1/2$ необходима пластика желчного протока оставленной стенкой желчного пузыря или кишечной стенкой. При разрушении более половины стенки протока следует накладывать билиодигестивный анастомоз на сменных транспеченочных дренажах. В докладе приведены результаты такого лечения.

Ответы на вопросы. При точечном свище возможно дренирование протока через него, при больших размерах необходима пластика. Гистологическое исследование протока не проводилось. Билиодигестивные анастомозы формировали при анатомических условиях (свищ более $1/2$ окружности). При механической желтухе требуется предварительное наружное дренирование, в том числе чрескожное чреспеченочное дренирование. Папиллосфинктеротомия в этих условиях неэффективна. Рецидивов в отдаленном периоде не наблюдали.

Прения

С. Я. Ивануса. СМ охватывает многие вопросы желчной хирургии. До- и интраоперационная диагностика важна тем, что надо начинать мобилизацию желчного пузыря не от шейки, а от дна, но указание оперировать только ручным методом не вполне современно.

А. В. Хохлов. Если есть инфильтрат, сомнения, надо рассекать желчный пузырь, искать свищ и после этого выбирать нужный вариант операции.

В. Р. Гольцов. Надо шире применять малоинвазивную хирургию, но здесь мы ограничиваемся возможностями диагностики. Полезна предложенная шкала диагностики.

В. И. Кулагин. СМ описан впервые не Р. W. Mirizzi, а С. П. Фёдоровым, в его монографии (1934). Я согласен с тем, что надо раскрывать стенку пузыря и выполнять пластику.

А. А. Завражнов. При пузырно-протоковых свищах или осложненной желчнокаменной болезни прецизионная техника позволяет сформировать анастомоз, пластически закрыть отверстие. Но это всегда тяжелые больные, с желтухой. Оставленная ткань желчного пузыря может привести к руб-

цеванию, поэтому сначала надо уменьшить выраженность воспалительного процесса.

Б. Н. Котив (председатель). Представлен большой опыт. Диагностическая шкала полезна, но менее информативна, чем специальные исследования. Расширение протоколов, желтуха, холангит требуют различных подходов. Было бы неплохо разделить операции на экстренные, срочные и плановые. Исчерпывающая одномоментная санация не всегда возможна. Здесь много аномалий. Сомнителен холедохолитиаз при бескаменном холецистите. Желателен регистр этих больных. Проблема требует дальнейших исследований.

Поступил в редакцию 05.06.2018 г.

2509-е заседание 25.04.2018 г.

Председатель – Е. М. Трунин

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А. Н. Тулупов, С. Ш. Тания, Е. С. Жукова, Л. Д. Егикян, Н. А. Сухотина, А. И. Бабич, Е. М. Кызылова (ГБУ «СПбНИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе», медицинский факультет СПбГУ). **Успешное лечение пациента со сквозным ранением сердца с использованием минимально инвазивных технологий.**

Пострадавший П., 32 лет, доставлен в противошоковую операционную СПбНИИСП им. И. И. Джанелидзе 24.09.2017 г. в 17:50, через 13 ч после того, как получил ножевое ранение в грудь. На месте происшествия АД – 100/50 мм рт. ст. При поступлении: сознание ясное (15 баллов по CGS), АД – 125/65 мм рт. ст., ЧСС – 100 уд/мин, ЧДД – 18/мин, SpO₂ – 96 %. В левой половине груди, в шестом межреберье, по срединно-ключичной линии и на медиальной поверхности левого бедра определяются колото-резаные раны длиной 2 см, на правом надплечье – колото-резаная рана длиной 5 см. Края всех ран ровные, без осаднения, углы острые. Пострадавший осмотрен хирургом, анестезиологом. УЗИ выполнено по протоколу FAST. Свободной жидкости в брюшной, плевральных и перикардиальной полостях не выявлено. Отмечена подкожная эмфизема слева. Рентгенография органов грудной клетки: левосторонний гемоторакс, сложенная талия сердца. С учетом стабильного состояния пациента, расположения раны в кардиальной зоне выполнена диагностическая торакоскопия. Выявлено ранение перикарда, выполнена его фенестрация, визуализирована рана правого желудочка сердца (длиной 4 см), из которой поступает темная кровь. С учетом стабильной гемодинамики и технической возможности выполнено видеоассистированное ушивание раны сердца (мини-доступ 5,5 см, узловое швы Prolene 2/0). Несмотря на герметичное ушивание дефекта, из перикарда продолжает поступать кровь. Сердце тупфером отведено кнаружи, и визуализирована рана левого желудочка длиной 1 см, из которой активно поступает алая кровь. Рана ушита узловыми швами (Prolene 2/0). Гемостаз достигнут. Рана перикарда ушита с оставлением «окна» ниже левого диафрагмального нерва. Плевральная полость санирована и дренирована. Ревизия и хирургическая обработка ран бедра и надплечья: обе раны без повреждения сосудисто-нервных пучков. Дно ран – мягкие ткани. Они ушиты (капрон 0). Течение послеоперационного периода без осложнений. Выписан на 7-е сутки после поступления в удовлетворительном состоянии.

Ответы на вопросы. Из раны груди выделялась кровь с пузырьками воздуха. Рана задней поверхности проникала в полость сердца. В плевральной полости было 800 мл крови. Тампонады перикарда не было. *A. thoracica interna* повреждена не была. Аутоотрансфузию крови не производили. В настоящее

время больной работает водителем, поднимается на 9-й этаж без одышки, ЭКГ – без патологических изменений.

Прения

В. И. Ковальчук. Использована новая технология с хорошим исходом. Но трудности манипуляций показали ее недостатки. В СПбНИИСП им. И. И. Джанелидзе А. С. Попов наблюдал 30 больных с ранением сердца.

А. Е. Демко. Результат лечения хороший, но пока методику рекомендовать для широкого применения рано. Национальных рекомендаций по травме сердца еще нет.

Е. М. Трунин (председатель). Больному повезло, что не развился напряженный гемоперикард. Малоинвазивная хирургия находит все большее распространение. Использованный доступ необычен, но показал себя достойно.

2. В. А. Мануковский, И. В. Кажанов, А. И. Бабич, А. Н. Тулупов, С. Ш. Тания, С. И. Микитюк, Е. А. Колчанов, Е. М. Кызылова (СПбНИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, кафедра военно-полевой хирургии ФГБВОУ ВО «ВМедА им. С. М. Кирова» МО РФ). **Использование канюлированных винтов для одномоментной стабилизации тазового кольца у пострадавшего с тяжелой сочетанной травмой.**

Пострадавший К., 24 лет, доставлен в противошоковую операционную СПбНИИСП им. И. И. Джанелидзе 25.12.2016 г. в 05:45, через час после того, как пострадал в ДТП (пассажир заднего сидения легкового автомобиля, не был пристегнут). На месте происшествия: АД – 90/50 мм рт. ст., ЧСС – 110 уд/мин. При поступлении: сознание ясное (15 баллов по CGS), АД – 110/60 мм рт. ст., ЧСС – 101 уд/мин, ЧДД – 20 в мин, SpO₂ – 85 %. При клиническом обследовании пострадавшего выявлены подкожная эмфизема правой половины груди, болезненность и напряжение живота, признаки нестабильного тазового кольца, макрогематурия. Нестабильный таз иммобилизован противошоковой тазовой повязкой. Выполнены УЗИ груди и живота по протоколу FAST – выявлена свободная жидкость в пространстве Моррисона; мультиспиральная компьютерная томография головы, груди, таза, позвоночника, эзофагоскопия – без патологических изменений; бронхоскопия – выявлено осаднение слизистой оболочки трахеи в нижней трети; КТ-цистография – внебрюшинный разрыв мочевого пузыря. Выполнено дренирование плевральной полости справа. Учитывая стабильную гемодинамику, произведена диагностическая лапароскопия, при которой обнаружена кровь во всех отделах живота, разрыв брыжейки тонкой кишки. Выполнена конверсия доступа. Учитывая нарушение кровоснабжения сегмента терминального отдела подвздошной кишки, выполнена его резекция с илеотрансверзоанастомозом «бок в бок». Также выявлена ненапряженная внутритазовая гематома. Произведены эпицистостомия и дренирование предпузырного пространства. Следующим этапом была выполнена закрытая репозиция с устранением внутреннего ротационного смещения в тазовом кольце, временная фиксация переднего отдела таза рамкой аппарата внешней фиксации (АВФ) из комплекта для сочетанной травмы в режиме distraction. Затем выполнен остеосинтез перелома боковой массы крестца одним подвздошно-крестцовым канюлированным винтом (в зоне «безопасного коридора» S1), погружной остеосинтез переломов переднего полукольца таза канюлированными винтами и демонтаж передней рамки АВФ. Тяжесть сочетанной травмы по ISS – 27 баллов. Пострадавший активизирован на 10-е сутки. Течение послеоперационного периода без осложнений. Выписан на 37-е сутки после поступления в удовлетворительном состоянии.

Ответы на вопросы. Проводилась антибиотикопрофилактика Цефтриаксоном и Метрогилом. Сначала наложен

противошоковый пояс, потом выполнено дренирование плевральной полости, затем произведена лапароскопия и лапаротомия. Повреждение внутренних органов не является противопоказанием к остеосинтезу. Было нагноение раны. Диету не соблюдает. Стул не изменился. В настоящее время занимается боксом, делает глубокие приседания со штангой.

Прения

А. В. Найденов. Иммуитет снижается на 2–3-и сутки. Руководя травмоцентром I уровня, считаю, что остеосинтез костей таза – высокотехнологичное вмешательство – желательнo осуществлять через 2–3 недели. Канюлированный винт – имплант, ведет к инфицированию, особенно на фоне травмы двух полых органов.

А. И. Бабич. Первичный погружной остеосинтез допустим согласно предложенным шкалам. Состояние больного было стабильным.

А. Е. Демко. Используем различные шкалы, все они были учтены.

Е. М. Трунин (председатель). Мнения разошлись, но результат себя оправдывает: больной может присесть и встать со штангой весом 100 кг!

ДОКЛАД

Д. И. Василевский, А. М. Ахматов, И. С. Тарбаев, А. С. Лапшин, С. Г. Баландов, А. С. Прядко, Е. Н. Камалов, Г. В. Михальченко, В. И. Кулагин (ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ; ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница»; ГБУ «СПбНИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»). **Применение протезов при хирургическом лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы II–IV типов.**

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) II–IV типов (параэзофагеальные) в структуре данной группы анатомических нарушений составляют 5–10 %. В отличие от хиатальных грыж I типа (аксиальных), параэзофагеальные грыжи практически всегда сопровождаются нарушениями пассажа пищи и несут риск развития угрожающих жизни осложнений. Фактором, сдерживающим широкое применение имплантатов при хирургическом лечении хиатальных грыж II–IV, является риск развития тяжелых осложнений (перфорации или обструкции пищевода протезом), обусловленных особенностями анатомии и физиологии пищевода и диафрагмы. В период с 2010 по 2017 г. в ЛОКБ и ПСПбГМУ им. И. П. Павлова оперативные вмешательства по поводу хиатальных грыж II–IV типов были выполнены 54 больным. У всех для коррекции размеров пищеводного отверстия диафрагмы использовались полимерные имплантаты. Применялась методика «mesh-reinforced» – укрепление имплантатом предварительно сшитых мышечных ножек. При размерах хиатального окна более 7 см выполнялась комбинированная передняя и задняя крурорафия, уменьшавшая натяжение тканей, а зона лигатур позади и спереди от пищевода укреплялась двумя имплантатами полулунной или одним протезом С-образной формы. Во всех случаях использовались протезы из «тяжелого» полипропилена («Prolen», «Эсфил»), обладающие наибольшей механической прочностью и высокой адгезивностью. Имплантаты фиксировались герниостеплером и перекрывали линию крурорафии на 2–2,5 см. Для исключения контакта со стенкой пищевода и ее возможного повреждения протезы располагались на расстоянии 2–3 мм от внутреннего края диафрагмальных ножек. Для предотвращения гастроэзофагеального рефлюкса всеи больным выполняли фундопликацию: при сохраненной моторной активности пищевода – у 11 (20,3 %) пациентов – циркуляр-

ная (по Nissen); при нарушениях сократительной активности пищевода – у 43 (79,7 %) человек – частичная (по Toupet, Dog или Watson). В обязательном порядке при формировании фундопликационной манжеты стенки желудка располагалась в виде «прокладки» между пищеводом и протезом. Результаты лечения пациентов, оперированных по поводу хиатальных грыж II–IV в период с 2010 по 2017 г., прослежены у 47 (87,0 %) человек. Специфических осложнений (перфорации пищевода протезом, его сужения) не отмечено ни у одного больного. Рецидив грыжи констатирован у 3 (6,4 %) пациентов. Гастроэзофагеальный рефлюкс без рецидива хиатальной грыжи диагностирован у 3 (6,4 %) человек.

Использование протезов при хирургическом лечении хиатальных грыж II–IV типов позволяет достичь снижения частоты рецидива заболевания до 6,4 %. Применение полимерных имплантатов в данной области хирургии, с учетом особенностей анатомии и физиологии пищевода и диафрагмы, является безопасным.

Ответы на вопросы. Размеры хиатального окна измеряли на глаз: 5×5×2 см. Все операции выполнены лапароскопическим доступом. Гипотрофия, фиброз ножек – дополнительные показания к пластике протезом. Причины рецидивов – нарушение техники, несоблюдение ограничения режима больными. При грыжах I типа использование протезов считаем возможным.

Прения

А. В. Хохлов. Использование сеток при ГПОД обсуждается в литературе. Менее опасны биологические протезы. Сетки не надо располагать циркулярно вокруг пищевода. Они сморщиваются в 2 раза и более. Чрезвычайно сложны повторные операции. Лучше использовать простое подшивание вместо скобочного шва.

В. И. Кулагин. История хирургии ГПОД в России началась с 60-х годов прошлого века в РНЦХ им. Б. В. Петровского. Обязательно эндотрахеальное (не эфирное!) обезболивание. Харрингтон с 1950 г. использовал полоски из широкой фасции бедра. В Санкт-Петербурге начал этот вид хирургии М. П. Гвоздев, после чего стали оперировать и при рефлюксе. Сетки надо применять при размере более 5 см. Сами сетки улучшаются, их применение облегчается. Представленный материал огромен.

Д. И. Василевский. Не надо смешивать грыжи и рефлюкс-эзофагит. У каждого хирурга свой подход.

Е. М. Трунин (председатель). Это третье пришествие сеток в хирургию. Начало было положено с использования капроновых чулок. 40 лет назад начата пластика диафрагмы. Ф. В. Баллузек пользовался полипропиленом. В то же время А. П. Колесов считал, что нужно пользоваться только собственными тканями. Результаты развития методик следует считать очень хорошими.

Поступил в редакцию 05.06.2018 г.

2510-е заседание 23.05.2018 г.

Председатель – А. Л. Акопов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. К. В. Павелец, А. К. Ушкац, М. В. Антипова, Д. С. Русанов, М. К. Павелец (кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Хирургическое лечение рака пищевода, осложненного перфорацией последнего, у пациентки старческого возраста.**

Цель – показать возможность выполнения резекции пищевода в экстренном порядке по поводу рака, при наличии осложнений, у пациентов старческого возраста.

Больная И., 88 лет, поступила в 6-е хирургическое отделение Марининской больницы 19.03.2017 г. в экстренном порядке с жалобами на полную дисфагию, похудение на 5 кг за 4 месяца. Из анамнеза известно, что в феврале 2017 г. консультирована онкологом в поликлинике, направлена на амбулаторное обследование. При рентгеноскопии пищевода выявлено образование абдоминального отдела пищевода, протяженностью до 7 см. По данным ФГДС, на 37 см от резцов – экзофитное бугристое образование, не проходимое для аппарата, контактно кровоточивое. Патоморфология: низкодифференцированная аденокарцинома. По данным УЗИ органов брюшной полости, отдаленных метастазов не выявлено. Сопутствующие заболевания: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, мерцательная аритмия. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. ГБ II стадии, цереброваскулярная болезнь. Энцефалопатия смешанного генеза. 21.03.2017 г., с целью восстановления энтерального питания, последующей оценки функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также фармакологической коррекции выявленной патологии в предоперационном периоде выполнено стентирование пищевода. 22.03.2017 г. при контрольной рентгеноскопии пищевода констатирована миграция стента в пищевод выше опухоли, в связи с чем 23.03.2017 г. предпринята попытка эндоскопической репозиции стента. В ходе репозиции стента произошла перфорация левой стенки пищевода в нижней трети, в зоне опухолевой инфильтрации. 23.03.2017 г., через 40 мин после перфорации, в экстренном порядке выполнена операция – проксимальная субтотальная резекция желудка с резекцией нижней трети пищевода с формированием эзофагогастроанастомоза по К. Н. Цацаниди. При ревизии выявлена опухоль абдоминального отдела пищевода 4×5 см. На 2 см выше опухоли имеется линейный разрыв левой стенки пищевода до 3 см. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома, метастазы в регионарные лимфатические узлы не выявлены. Послеоперационный период протекал без особенностей. При контрольной рентгеноскопии на 6-е сутки эзофагогастроанастомоз состоятелен, пассаж бариевой взвеси не нарушен. Рана зажила первичным натяжением. Дренажи из плевральной и брюшной полостей, а также назогастральный зонд удалены на 6-е сутки после операции. Выписана в удовлетворительном состоянии на 14-е сутки. Обслуживает себя самостоятельно. Показан видеofilm беседы с больной. Состояние ее удовлетворительное, старается принимать полужидкую пищу.

Ответы на вопросы. Стент установлен в другом отделении. Дефект пищевода был выше опухоли. Причина травмы – чрезмерное усилие при репозиции стента. Доступ левосторонний, с полным рассечением диафрагмы, длина манжеты – 2 см. Рефлюкса при выбранном виде анастомоза не бывает.

Прения

М. Д. Ханевич. К подобным больным мы подходим более консервативно: проводим лучевую и химиотерапию. Здесь надо быть уверенным в своих силах, что и подтвердилось. Миграция стента обычно происходит антеградно. Шов дефекта был бы неудачен. Доступ лучше справа.

А. Л. Акопов (председатель). Перфорации при установке стента возможны. Мы наблюдали стент в полости перикарда, впереди сердца. Идеальных стентов пока нет. Успех лечения обусловлен опытом хирургов.

2. А. Л. Акопов, И. В. Чистяков, А. А. Русанов, Н. В. Казаков, М. А. Уртенцова, С. В. Одинцова, А. С. Агишев (ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ). **Этапное комбинированное лечение исходно нерезектабельного немелкоклеточного рака легкого.**

Рак легкого занимает ведущее место в структуре онкологической смертности. В большинстве клинических ситуаций только хирургическое лечение может обеспечить излечение или длительную выживаемость. Однако нет стандартных подходов к хирургическому и комбинированному лечению пациентов со значительным местным распространением заболевания. Обычно таким больным хирургическое вмешательство не проводится.

Пациент Р., 49 лет, с сентября 2013 г. отмечал нарастающие кашель, кровохарканье. При обследовании обнаружено новообразование верхней доли правого легкого размером 60×36×50 мм, сливающееся с конгломератом правых бронхолегочных, трахеобронхиальных и паратрахеальных лимфатических узлов, с признаками инвазии в правую легочную артерию, непарную вену, клетчатку средостения, трахею, перикард. При бронхоскопии – картина центральной опухоли верхнедолевого бронха с экзофитным поражением промежуточного и правого главного бронхов, около 5 см нижней трети трахеи. Гистологическое исследование биоптата бронха (22.10.2013 г.) – плоскоклеточный рак. Опухоль признана нерезектабельной. Проведено четыре курса полихимиотерапии по схеме Цисплатин (80 мг/м²), Паклитаксел (200 мг/м²), а также два сеанса эндобронхиальной фотодинамической терапии. При контрольном исследовании в феврале 2014 г. опухоль и регионарные лимфатические узлы уменьшились в размере, в просвете трахеи и проксимальной части правого главного бронха опухоль не определяется. Учитывая положительную динамику, относительно молодой возраст больного, отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний, возможную резектабельность опухоли после индукционного лечения, решено провести хирургическое вмешательство. 26.02.2014 г. выполнена операция: комбинированная пневмонэктомия справа с резекцией перикарда, краевой резекцией верхней поллой и непарной вен, интраоперационная фотодинамическая терапия на области культи бронха и сосудов, лимфодиссекция. Результаты гистологического заключения препарата: плоскоклеточный рак, T4N2, резекция R0. Послеоперационный период гладкий. С 10.04.2014 г. по 06.05.2014 г. проведен курс послеоперационной лучевой терапии на аппарате SL-20 6МэВ: РОД = 3 Гр, до СОД = 42 Гр (эквивалент 49 Гр). Перенес удовлетворительно. При бронхоскопии в сентябре 2014 г. отмечено появление опухолевой инфильтрации в культе правого главного бронха. Гистологическое заключение – плоскоклеточный рак с инвазией в стенку бронха (рецидив). Проведено два сеанса эндобронхиальной фотодинамической терапии на область поражения. В декабре 2015 г. – рентгенологические признаки прогрессирования. Проведены четыре курса полихимиотерапии (Карбоплатин (AUC5), Паклитаксел (175 мг/м²)). При контрольных исследованиях в 2016, 2017 и в январе 2018 г. данных за прогрессирование заболевания нет. Чувствует себя удовлетворительно, работает.

Ответы на вопросы. До лечения больной похудел на 50 кг, сейчас масса тела – 80 кг. Одышки почти нет. Вростание опухоли в трахею было. Удалены группы лимфатических узлов: II, IV, VII. Культи бронха обрабатывалась ручным швом. Были признаки инвазии в верхнюю полую и полунепарную вены, но после лечения исчезли. Результаты химио-, лучевой и фотодинамической терапии оказались тождественны. Смена видов терапии была обусловлена поражением лимфатических узлов.

Прения

Б. Н. Котив. Без химиотерапии лечение не могло быть таким успешным. Фотодинамическая терапия пока признается не всеми онкологами. Операция носила характер циторедукции. Успех применения комбинации методов доказан: больной живет 5 лет.

А. Л. Акопов (председатель). Начиная лечение, мы не всегда знаем результат. При одинаковом лечении одинаковые опухоли могут вести себя по-разному. Успех обусловлен смесью видов терапии.

ДОКЛАД

Н. Ю. Коханенко, Н. Н. Артемьева, С. В. Петрик, А. В. Глебова, А. А. Кашицев, С. А. Калюжный (кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Результаты двухэтапного лечения осложненных форм хронического панкреатита.**

Осложненное течение хронического панкреатита (ХП) наблюдается у $2/3$ больных. Летальность у данной категории пациентов достигает 50,0 %. Неудовлетворительные результаты оперативного лечения ХП обусловлены неадекватностью первичного вмешательства, прогрессированием заболевания и несоблюдением пациентом послеоперационного режима.

Цель исследования – показать преимущества двухэтапного лечения осложненных форм хронического панкреатита.

Материал и методы. Исследованы 238 пациентов, которые были оперированы по поводу осложненного ХП с 2000 по 2016 г. Мужчин было 194 (81,5 %), женщин – 44 (18,5 %), средний возраст – (46,4±11,2) года. Все больные были разделены на 2 группы. В 1-й группе [n=96 (40,3 %)] выполнены дренирующие или резекционные операции на поджелудочной железе при осложнениях ХП. Во 2-й группе [n=142 (59,7 %)] пациентам выполнено этапное лечение ХП при его осложнениях. В работе применяли классификацию Н. Н. Артемьевой (1997).

Результаты. Все больные были оперированы. В 1-й группе у 70 (70,2 %) больных были выполнены дренирующие вмешательства, у остальных (почти треть больных) – резекционные. Послеоперационные осложнения развились у 50,4 % пациентов. Летальность составила 8,3 % (умерли 8 больных). Во 2-й группе в экстренном порядке из лапаротомного доступа операции были выполнены 23 (16,2 %) больным, в том числе у 2 – наружное дренирование протока поджелудочной железы. 119 (83,8 %) пациентов были оперированы в неотложном (срочном) порядке. 69 из них (58,0 %) дренированы малоинвазивно (под контролем УЗИ). При лапаротомных операциях 37 (74,0 %) больным проток поджелудочной железы был дренирован только наружу. Объем операций второго этапа у больных 2-й группы был следующим: дренирующие – 106 (95,5 %), резекционные – 5 (4,5 %). Послеоперационные осложнения развились у 15 больных (12,6 %), что в 4 раза реже, чем в 1-й группе. Летальных исходов не было. При выполнении традиционных вмешательств частота послеоперационных осложнений была больше, чем при малоинвазивных, почти в 4,5 раза. Таким образом, двухэтапное лечение хронического панкреатита позволяет улучшить результаты лечения заболевания. Лучшие результаты достигнуты при применении первым этапом малоинвазивных вмешательств.

Ответы на вопросы. Анастомозы с кистами почти не формируем, лучше – между протоком и тонкой кишкой. Панкреатикоплевральный свищ был у 16 больных. Во время операции его не нужно визуализировать, надо ограничиваться анастомозами. Чаще отмечали свищи в брюшную полость, забрюшинное пространство, редко – в средостение. Тактика соответствовала национальным рекомендациям, но лучшие результаты достигаются при двухэтапных операциях. Пломбировка протоков практически не применяется в связи с плохими результатами. Предпочтение отдаем резекционным операциям, типа Бегера или Фрея. Панкреатодуоденальные резекции не нужны, если нет подозрения на рак.

А. Л. Акопов (председатель). Сделанный доклад является руководством к действию при осложненном хроническом панкреатите.

Поступил в редакцию 15.06.2018 г.

2511-е заседание 13.06.2018 г.

Председатель – Н. Ю. Коханенко

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А. М. Игнашов, Д. Н. Дойников, С. Д. Мигацук, Чжо Ван, А. Н. Морозов, А. Ю. Гичкин (клиника № 2 ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никитина» МЧС России; ФГБУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ). **Резекция аневризмы чревного ствола и его протезирование.**

Больной Ж., 43 лет, поступил 15.11.2017 г. с жалобами на ноющую боль в левой подреберной и околопупочной областях в сидячем положении, вне связи с приемом пищи, ежедневно. В феврале 2017 г. появилась и продолжала беспокоить боль в животе. Выполнена МСКТ-ангиография. Выявлена аневризма чревного ствола с вовлечением его ветвей в области трифуркации диаметром 13 мм, извитость селезеночной и подвздошных артерий. Брахиоцефальные артерии, вся аорта без явных поражений. По данным ФЭГДС – эрозии антрального отдела желудка, колоноскопии – видимых изменений не выявлено. Перенес устранение паховых грыж по Лихтенштейну в 2003 и 2004 г., тонзилэктомию в 2015 г. Клинический диагноз: «Аневризма чревного ствола в области трифуркации». Связь между аневризмой и болью в животе не исключалась, и больному была произведена операция 30.11.2017 г. – резекция аневризмы чревного ствола и его протезирование. Доступ – срединная лапаротомия. Выделен супрацелиакальный сегмент аорты, сам чревный ствол и его ветви до аорты. Резецирована аневризма размером 2×1,7 см и протезирован чревный ствол от его приустьевой части длиной 1,5 см до общей печеночной артерии «конец в конец» вязаным протезом с импрегнацией диаметром 8 мм. Протез окутан лоскутом большого сальника на сосудистой ножке. Селезеночная и левая желудочная артерии лигированы при их удовлетворительной пульсации. Послеоперационное течение гладкое, выписан на 10-й день. Прежней боли в животе не стало. На контрольной МСКТ-ангиограмме сосудистый протез, общая печеночная артерия и ее ветви нормально проходимы, в них адекватный кровоток.

Ответы на вопросы. После пережатия печеночной артерии скорость кровотока в ней уменьшилась, печень стала синюшной, ишемия длилась около 40 мин. Селезеночную и левую желудочную артерию перевязали. При разрыве аневризмы летальность до 100 %.

Прения

А. М. Игнашов. Мультиспиральная ангиотомография резко повысила диагностику аневризм. Томография должна выполняться в сосудистом режиме. Гистологически обнаружались дегенеративные изменения стенки сосуда, фрагментация слоев. При асимптомных аневризмах до 2 см рекомендуем выжидание. Наблюдали 60 больных, оперировали 3. Расслоение стенки артерий может создать двухканальные аневризмы. Чаще выполняется протезирование. Аневризма может расти вдоль стента.

Н. Ю. Коханенко (председатель). Больных надо оперировать чаще. Выжидание опасно. Мы наблюдали больную 22 лет в течение 6 лет. Сначала образовалась и была дренирована гематома. Через 6 лет вновь возник гемоперитонеум. Выполнены ампутация поджелудочной железы, спленэктомия.

мий. Затем возник рецидив разрыва, затем спасенная кишечная непроходимость, потребовавшие операции. Наступила смерть. Авторов нужно поздравить с успешным лечением больного.

2. А. А. Захаренко, А. А. Смирнов, М. А. Беляев, А. А. Трушин, Е. В. Блинов, О. А. Тен, Д. А. Зайцев, К. Н. Вовин, В. А. Рыбальченко (ФГБУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ). **Успешное малоинвазивное лечение стриктуры низкого ректосигмоанастомоза.**

Больная Б., 63 лет, 14.04.2017 г. поступила в плановом порядке в отдел абдоминальной онкологии НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова для реконструктивно-восстановительного оперативного лечения. Диагноз: «Рак прямой кишки рТ3N0M0G2R0». Состояние после передней резекции прямой кишки 07.04.2016 г., несостоятельности анастомоза, двух релапаротомий, формирования одностольной сигмостомы 12.04.2016 г. и наложения ВАК-систем. Стриктура колостомы. Гигантская послеоперационная вентральная грыжа. 18.04.2017 г. выполнено восстановление непрерывности толстой кишки, превентивная трансверзостомия, пластика послеоперационной вентральной грыжи сетчатым имплантом. Послеоперационный период без осложнений. В августе 2017 г. при контрольном обследовании данных за местный рецидив и прогрессирование заболевания не получено, однако при фиброколоноскопии выявлен тотально стенозированный ректосигмоанастомоз с грануляционными разрастаниями в области рубца, а при МРТ малого таза – обширные рубцово-спаечные изменения вокруг зоны оперативного вмешательства. 30.08.2017 г. выполнена эндоскопическая реканализация ректосигмоанастомоза. Методикой типа «рандеву» под контролем диафаноскопии из прямой кишки электрохирургическим ножом выполнена частичная эксцизия рубцовых тканей, после чего из отводящей петли сигмовидной кишки в прямую кишку через сформированное отверстие проведена гибкая струна-проводник и выполнено бужирование до диаметра 13 мм. 11.09.2017 г., после трех сеансов эндоскопического бужирования с достижением диаметра анастомоза 15 мм, выполнено устранение колостомы. Послеоперационный период гладкий, выписана в удовлетворительном состоянии. На амбулаторном этапе пациентке выполнялись регулярные эндоскопические баллонные дилатации стриктуры каждые 2 недели для поддержания просвета анастомоза диаметром около 15 мм до стадии окончательной трансформации рубца.

Ответы на вопросы. Метод «рандеву» – колоноскопия двумя аппаратами сверху и снизу. Анастомоз аппаратный, 29 мм. При длинной кишке формируем анастомоз «бок в конец», он менее опасен, при короткой – «конец в конец». Протяженность стриктуры – 2 см, нижний край стеноза – на 6 см. Бужирование продолжалось до 15.03.2018 г. Стул ежедневный, 2–3 раза, крови в каловых массах нет. Есть послеоперационная грыжа. При низких анастомозах превентивную колостому формируем всегда.

Прения

С. Я. Ивануса. Мы провели 150 аппаратных резекций прямой кишки без превентивной колостомы. Стриктура образовалась в 1 наблюдении. Дистальная баллонная дилатация производилась несколько лет.

Н. Ю. Коханенко (председатель). Стриктура – довольно редкое осложнение. Больную надо оперировать по поводу грыжи.

ДОКЛАД

И. А. Нечай, Н. П. Мальцев, И. Т. Лакашия (кафедра ПДМО СПбГУ, отделение колопроктологии СПб ГБУЗ «Городская больница № 40»). **Операция лигирования геморроидальных**

артерий и ректоанальная мукопексия (HAL-RAR) в лечении больных с хронической геморроидальной болезнью.

При хроническом геморрое II–III стадии мы используем методику дезартеризации геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплерографии с последующей их мукопексией (HAL-RAR). В исследование включены 50 пациентов с хроническим геморроем, которых оперировали по методике HAL-RAR. Операции выполняли с помощью аппарата «Ангиодин-прокто» (Россия). Преимущественное большинство составили мужчины 42 (84,0 %), и только 8 (16,0 %) женщин, в возрасте от 27 до 77 лет. Средний возраст составил 53 года. У 88,0 % больных диагностирована III стадия заболевания, у 10,0 % – II стадия и у 1 пациента – IV стадия болезни. Все пациенты предъявляли жалобы на геморрагию после акта дефекации и выпадение геморроидальных узлов из анального канала. Операции выполняли под спинномозговой анестезией. Под визуальным акустическим контролем хирург последовательно определяет и прошивает все диагностированные геморроидальные артерии. После дезартеризации, при необходимости, выполняется следующий этап – мукопексия, которая проводится путем наложения обвивного шва на увеличенный геморроидальный узел. Практически у всех пациентов был отмечен «легкий» послеоперационный период. Индекс боли по ВАШ составил 4,3 балла на 1-е сутки и 2,4 балла на 3-и сутки. Преимущественное большинство пациентов отмечали легкое опорожнение прямой кишки, без кровотечения и выпадения геморроидальных узлов. Осложнения в послеоперационном периоде были диагностированы у 5 (10 %) пациентов. У 2 (4,0 %) больных в послеоперационном периоде развилось кровотечение, что потребовало повторной операции. В 2 (4,0 %) случаях наблюдался тромбоз внутренних геморроидальных узлов, у 1 (2,0 %) больного – острая задержка мочи, которая была купирована путем однократной катетеризации мочевого пузыря. Рецидив заболевания отмечен у 3 (6,0 %) больных. Им выполнено иссечение по одному геморроидальному узлу. С целью изучения отдаленных функциональных результатов лечения была разработана анкета, состоящая из 9 вопросов. Опрошены все 50 пациентов. Удовлетворены результатами операции 84 % больных, 8 % отметили эпизоды недержания газов, 8 % – редкие эпизоды геморрагии при дефекации. Для объективной оценки отдаленных результатов лечения этих пациентов изучали кровотоки в анальном канале и в местах мукопликации геморроидальных узлов с использованием аппарата «Ангиодин-прокто» и карандашевидного ультразвукового датчика 8 МГц. Таким образом, операция HAL-RAR эффективна у больных со II–III стадией хронического геморроя, легко переносится пациентами, и при этом отмечается небольшая частота осложнений и рецидивов заболевания. В отделении колопроктологии эта операция должна быть в арсенале хирургических методов лечения хронического геморроя.

Ответы на вопросы. HAL-RAR – hemorrhoid artery ligation – rectal-anal repair. III стадия – пограничная между IV, когда нужна операция Миллигана – Моргана, и II, когда возможно малоинвазивное лечение. Аппарат позволяет видеть и слышать пульсацию артерий и перевязать 8-образным швом те, которые видны (6 и более мест). Наиболее часто – 8 и более, были 18 и более. Мукопликация узлов – чаще 3. Отдаленные результаты согласно ответам на вопросы анкеты: 54 из 63 (85,7 %) – жалоб нет, 7,9 % – выпадение узлов, были единичные наблюдения трещин анального канала, выпадения слизистой оболочки, недержания газов (у 2). Больным, получающим антикоагулянты, последние отменялись за три дня до операции, вновь назначались после. После операции отмечается нормальный цвет слизистой оболочки, геморроидальные узлы небольшие (до 1 см) или вообще не видны. Больных с портальной гипер-

тензией не было. Работа проводится с 2014 г. Методикой пользуются хирурги Рязани.

Н. Ю. Коханенко (председатель). Доклад актуален в связи с распространенностью заболевания. В Рязани проведено 240 операций. Но частота рецидивов еще велика, надо учитывать стадию заболевания.

Поступил в редакцию 15.06.2018 г.

2512-е заседание 27.06.2018 г.

Председатель – Н. Ю. Коханенко

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. Б. Н. Котив, И. И. Дзидзава, Б. В. Мартынов, Е. К. Жильцова, Р. И. Глушаков, Д. П. Кашкин, В. И. Ионцев, Ш. Б. Баховадинова (ФГБВОУ ВО «ВМедА им. С. М. Кирова» МО РФ). **Отдаленный результат комплексного лечения метастатического рака молочной железы.**

В октябре 2007 г., при ежегодном углубленном медицинском обследовании, у военнослужащей по контракту А., 46 лет, выявлено пальпируемое новообразование молочной железы. При маммографии в верхненаружном квадранте правой молочной железы обнаружено образование без четких контуров размером 2,0 см (BIRADS 4b); при УЗИ – очаговое образование 19×20 мм с признаками инфильтративного роста, кровоток интранодулярный, единичный питающий сосуд (Ri-0,63), в правой подмышечной области группа измененных лимфатических узлов до 14 мм. Признаков метастазов в органы грудной полости, живота и малого таза не выявлено. Цитология (тонкоигольная аспирационная биопсия новообразования) – инвазивный рак молочной железы. 01.11.2007 г. выполнена правосторонняя радикальная мастэктомия по Madden с лимфодиссекцией D2 по поводу рака правой молочной железы pT1cN1M0, IIa. В послеоперационном периоде проведено 6 курсов полихимиотерапии (ПХТ) по схеме FAC и курс лучевой терапии. С декабря 2007 г. по январь 2013 г. больная находилась под диспансерным динамическим наблюдением у онколога. Через 5 лет после операции у больной появились жалобы на периодическое ощущение головокружения и расстройства сна. Выявлены единичные метастатические поражения левой лобной доли головного мозга и нижней доли правого легкого. Консилиумом ВМедА принято решение об оперативном лечении. 06.02.2013 г. выполнена костно-пластическая трепанация черепа, удаление опухоли левой лобной доли головного мозга (гистологическое заключение – метастаз низкодифференцированной аденокарциномы). Послеоперационный период без осложнений. Диагноз: «Инвазивный дольковый солидно-альвеолярный рак правой молочной железы pT1cN1M0, IIa, умеренной степени злокачественности – 7 баллов, ER-(0), PR-(0), HER2/neu-(3+)». Проведены 6 циклов ПХТ FAC, курс лучевой гамма-терапии на зоны регионарного метастазирования (СОД 49,5 Гр) и послеоперационный рубец (СОД 50 Гр). Прогрессирование от 01.2013 г. (метастазы в левую лобную долю головного мозга и нижнюю долю правого легкого). Произведены костно-пластическая трепанация черепа, удаление опухоли левой лобной доли головного мозга 06.02.2013 г., 2 цикла 2 линии химиотерапии (Доцектаксел). Прогрессирование 05.2013 г. (метастаз в нижнюю долю левого легкого). Проведены 12 циклов 3 линии ПХТ (Кселода + Герцептин). Прогрессирование 02.2014 г. (увеличение размеров метастазов в легких). Проведено 6 циклов 4 линии ХТ (Гемцитабин). Прогрессирование от 07.2014 г. (метастаз в верхнюю долю левого легкого). 43 цикла 5 линии ХТ (Паклитаксел). Частичный регресс. При регулярных контрольных обследованиях с 2015 г. по настоящее время дан-

ных за появление новых метастатических очагов не получено, в легких отмечено уменьшение размеров имеющихся. Послеоперационный период с сохраненным качеством жизни превысил 10 лет. Наблюдение демонстрирует современные возможности комплексного лечения рака молочной железы с метастазами в головной мозг и легкие.

Ответы на вопросы. Метастазы рака молочной железы в головной мозг наблюдаются у 20–30 %. В 2007 г. КТ головного мозга и грудной клетки не проводили. Решение о мастэктомии было принято консилиумом, основываясь на семейном анамнезе. В 2013 г. также изменилась походка, поэтому выполнены МРТ головного мозга и КТ грудной клетки. Выполнялись генетические исследования. Мажорных мутаций не выявлено. Больная – инвалид I группы.

Прения

М. Д. Ханевич. Объем первой операции считаю избыточным, было достаточно сделать секторальную резекцию молочной железы и лимфаденэктомию. Если бы хирурги провели КТ и МРТ при первом поступлении, то, возможно, могли бы обнаружить метастазы уже тогда. Метастазы в головной мозг менее агрессивны и могут существовать долго. Хорошее гистохимическое исследование уже в то время требовало проводить таргетную терапию.

Н. Ю. Коханенко (председатель). Демонстрация интересна. Онкологи-маммологи довели 5-летнюю выживаемость при раке молочной железы до 80 %. Напоминаю, что при молекулярно-генетических исследованиях выделен онкоген BRCA – он требует специфического наблюдения за больными.

2. Д. И. Василевский, А. М. Ахматов, А. С. Лапшин, С. Г. Баландов, Н. Н. Жолуд (кафедра факультетской хирургии с курсами лапароскопической и сердечно-сосудистой хирургии ФГБУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»). **Наблюдение пациентки с тяжелой дисфагией, обусловленной гиперфункцией циркулярной фундопликационной манжетки.**

Цель – продемонстрировать специфику антирефлюксных операций и возможные осложнения выполнения циркулярных реконструкций желудочно-пищеводного перехода.

Пациентка К., 82 лет, в апреле 2017 г. перенесла плановое оперативное вмешательство – лапароскопическую холецистэктомию, крурорафию, фундопликацию на 360° типа R. Nissen в одном из лечебных учреждений Санкт-Петербурга. После хирургического вмешательства пациентка стала отмечать прогрессирующую дисфагию, потребовавшую приема исключительно жидкой пищи. С указанной жалобой пациентка повторно обратилась в лечебное учреждение, где выполнялась операция. После обследования пациентке была осуществлена лапароскопическая ревизия органов брюшной полости, рассечение спаек в зоне антирефлюксной реконструкции. После повторной операции явления дисфагии и одинофагии сохранились. Данное обстоятельство явилось основанием для дальнейшего обращения за медицинской помощью. В августе 2017 г. пациентка была амбулаторно обследована в клинике факультетской хирургии ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. При рентгенографии с контрастным веществом (BaSO₄) констатировано стойкое сужение дистального отдела пищевода на протяжении 2,5 см, дислокация гастроэзофагеального перехода в средостение. Выше зоны сужения документирована дилатация пищевода до 3 см. При эзофагогастроскопии отмечались выраженная гипокинезия пищевода, затруднение проведения аппарата через зону сужения. Выполненная эзофагоманометрия подтвердила тотальную акинезию пищевода с локальным участком (длиной 2 см) повышения давления. Таким обра-

зом, у пациентки была диагностирована рецидивная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, гиперфункция фундопликационной манжеты, тяжелая механическая дисфагия (III степени), алиментарная гипотрофия. Пациентка поступила для хирургического лечения в клинику факультетской хирургии ПСПбГМУ им. И. П. Павлова 05.09.2017 г. После коррекции водно-электролитных нарушений выполнено лапароскопическое оперативное вмешательство: адгезиолизис, снятие фундопликационной манжеты, низведение гастроэзофагеального перехода в брюшную полость. Коррекция размеров хиатального окна не проводилась в связи с риском нарушения эвакуаторной функции пищевода. Послеоперационный протекал благоприятно. На 4-е сутки после операции при контрольной рентгенографии пищевода констатировано свободное поступление контрастного вещества (BaSO_4) в желудок.

Ответы на вопросы. Вопрос о повторной дилатации рассматривался, но было решено, что она будет неэффективна и опасна. В настоящее время больная соблюдает диету, тщательно пережевывает пищу. Дисфагия прошла.

Н. Ю. Коханенко (председатель). Можно предполагать, что объем первой операции был завышен.

ДОКЛАД

А. В. Осипов, А. Е. Демко, Д. А. Суров, А. В. Святненко (ГБУ «СПбНИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе», ФГБВОУ ВО «ВМедА им. С. М. Кирова» МО РФ). **Место гибридных оперативных вмешательств в лечении пациентов с осложненными формами желчнокаменной болезни.**

В настоящее время общепринятой является тактика двухэтапного лечения пациентов с осложненными формами желчнокаменной болезни (ЖКБ). Однако в последние годы все чаще в литературе встречаются сообщения о возможности одноэтапного малоинвазивного лечения при условии тщательного отбора пациентов, наличия необходимого оснащения и подготовленных кадров.

Цель – улучшение непосредственных результатов лечения пациентов с осложненными формами ЖКБ.

Материал и методы. Выполнено 73 гибридных оперативных вмешательства в период с 2014 по 2017 г. В группы пациентов включали больных с ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, механической желтухой, холангитом легкой степени. При выборе тактики и определении показаний к операциям руко-

водствовались критериями, предложенными S. J. Roger (2010): единичный конкремент в общем желчном протоке (ОЖП) диаметром свыше 12 мм, прогнозируемая невозможность выполнения эндоскопической литоэкстракции, отсутствие противопоказаний для лапароскопии. Все вмешательства проводились в рентген-операционной с использованием лапароскопической и эндоскопической стоек. Средний возраст пациентов составил $(59,8 \pm 16,7)$ года. Выполнено 37 лапароскопических холецистэктомий (ЛСХЭ) в сочетании с лапароскопической холедохотомией, холедохоскопией и литоэкстракцией. 14 пациентам с парафатеральными дивертикулами выполнено сочетание ЛСХЭ с дренированием, канюлированием ОЖП и последующей эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) и литоэкстракцией. У 22 больных одномоментная операция включала ЛСХЭ и ЭПСТ.

Результаты. Средняя длительность оперативного вмешательства составила $(94,2 \pm 26,4)$ мин, продолжительность госпитализации – $(9,6 \pm 4,2)$ дня. В 1 (3,7 %) наблюдении имелся резидуальный холедохолитиаз, потребовавший повторной эндоскопической литоэкстракции под общим обезболиванием (тип IIIb по Clavien – Dindo, 2004 г.). В 3,7 % наблюдений отмечалось желченстечение, не потребовавшее изменения тактики лечения (тип I по Clavien – Dindo, 2004 г.). Других осложнений и летальных исходов не было. Также следует отметить, что одномоментные вмешательства оказались эффективными у больных групп особого риска. Среди выполненных гибридных вмешательств: одна операция у беременной позднего срока, две – у лиц старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Таким образом, гибридные оперативные вмешательства могут использоваться для одномоментного лечения пациентов с осложненной ЖКБ. Требуется дальнейшее накопление опыта и анализ результатов указанных вмешательств.

Ответы на вопросы. Холедохоскопия выполнялась во время операции через холедохотомию. Конверсия выполнялась при особо трудных условиях. Эти операции не включены в доклад. Экономически эти операции выгоднее.

Н. Ю. Коханенко (председатель). Самое тяжелое осложнение операций при ЖКБ – панкреатит. Наш опыт говорит о том, что если вмешательство длится более 1,5 ч, надо переходить на открытую операцию – лапаротомию или минилапаротомию. ЭПСТ остается более опасной.

Поступил в редакцию 28.06.2018 г.