

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Председатель Правления — Д. А. Гранов, ответственный секретарь — Д. Ю. Бояринова,
референт — Ю. В. Плотноков

2448-е заседание 08.04.2015 г.

Председатель — Д. А. Гранов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *К. В. Павелец, А. К. Ушкац, В. В. Дмитриченко, Д. В. Гацко, К. В. Лаптев, Н. О. Васильченко, О. М. Рыбальская, П. С. Фёдорова, Д. С. Русанов* (СПКК ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н. И. Пирогова» Министерства здравоохранения России, кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова СПбГПМУ и Мариинская больница, Санкт-Петербург). **Мультидисциплинарный подход в лечении больной пожилого возраста с кардиоэзофагеальным раком и атеросклеротическим стенозом, патологической извитостью брахиоцефальных сосудов.**

Больная Д., 78 лет, поступила в Мариинскую больницу 06.02.2013 г. с жалобами на затруднение прохождения твердой и кашицеобразной пищи, похудение, боли в эпигастриальной области, головокружение, шум в ушах, общую слабость. Больна с ноября 2012 г. Обследована в поликлинике по месту жительства. Выявлен кардиоэзофагеальный рак (низкодифференцированная аденокарцинома). В двух стационарах города в радикальном оперативном лечении больной было отказано ввиду выраженных сопутствующих заболеваний (мультифокальный атеросклероз, ИБС, гипертоническая болезнь III ст. цереброваскулярная болезнь, последствия четырех острых нарушений мозгового кровообращения, ДЭ III ст. недостаточность кровообращения IIА ст., риск сердечно-сосудистых осложнений IV ст.). Комплексно обследована. 07.02.2013 г. установлен пищеводный стент. Консультирована кардиологом, неврологом, сосудистым хирургом. По данным дуплексного сканирования сосудов шеи имели место атеросклеротические изменения брахиоцефальных артерий, S-образная патологическая извитость обеих общих сонных артерий с преимущественным увеличением и стенозом левой сонной артерии. 11.02.2013 г. выполнена резекция патологически извитого и стенозированного участка левой внутренней сонной артерии. Послеоперационный период протекал гладко. Выписана в удовлетворительном состоянии с рекомендациями планового оперативного лечения по поводу рака через 2 нед. 05.03.2013 г. больная оперирована в СПКК ФГБУ «НМХЦ им. Н. И. Пирогова». Выполнены проксимальная субтотальная резекция желудка с резекци-

ей абдоминального отдела пищевода, лимфодиссекция D2, фотодинамическая терапия с облучением зоны лимфодиссекции. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана в удовлетворительном состоянии на 13-е сутки. По данным гистологического заключения: низкодифференцированная аденокарцинома T4N1M0 с поражением паракардиальных лимфатических узлов. Обследована в плановом порядке через 3, 6 мес и 1 год после операции. Данных за прогрессирование и рецидивирование заболевания не получено. В апреле 2014 г. выявлен рецидив опухоли в зоне анастомоза. Выполнена резекция зоны анастомоза с формированием эзофагоэюноанастомоза. Поправилась на 5 кг.

Представлен видеофильм беседы с больной.

Ответы на вопросы. Объем первой операции считаем оправданным: от края опухоли отступили 5 см, в краях резецированного препарата опухолевых клеток не обнаружено.

Прения

М. Д. Ханевич. При первой операции, возможно, следовало выполнить гастрэктомию. Возможно, была необходима адьювантная терапия. Здесь важна последовательность операций у тяжелобольной пациентки старческого возраста: сначала на сосудах, затем на желудке и пищеводе.

К. В. Павелец. Мы попытались показать способ решения задачи помощи больным с сочетанием тяжелых заболеваний. От гастрэктомии во время первой операции мы отказались намеренно: опухолевых клеток в краях резецированного препарата не было, а расширение объема операции у больной 78 лет повышало риск операции.

Д. А. Гранов (председатель). Объем операции при раке желудка может обсуждаться. В неоадьювантной терапии больной было отказано. Поздравляю с успехом.

2. *К. В. Павелец, О. Г. Вавилова, А. В. Глебова, Д. С. Русанов, Г. Н. Флоровский, М. К. Павелец* (кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова СПбГПМУ и Мариинская больница, Санкт-Петербург). **Хирургическое лечение рубцовой стриктуры аппаратного эзофагогастроанастомоза.**

Пациентка Г., 73 года, поступила в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы 20.06.2013 г. Она жаловалась на невозможность приема твердой пищи, похудела на 10 кг. 08.08.2012 г. больная перенесла операцию в объеме проксимальной субтотальной резекции желудка из абдоминального доступа по поводу рака верхней трети желудка T3N1M0 в другом лечебном учреждении горо-

да. Эзофагогастроанастомоз (ЭГА) был сформирован при помощи сшивающего аппарата. С сентября 2013 г. появилась дисфагия. Диагностирована рубцовая стриктура ЭГА. В период с 2012 по 2013 г. перенесла 8 сеансов эндоскопического бужирования ЭГА в различных стационарах города без значимой положительной динамики. Больная обследована (рентгеноскопия пищевода, ФГДС, УЗИ, КТ органов брюшной полости) — данных за прогрессирование и рецидив основного заболевания не получено. Выявлены рубцовая стриктура и S-образное искривление эзофагогастроанастомоза. 27.06.2013 г. пациентке выполнена операция в объеме резекции ЭГА из абдоминалоракального доступа. Сформирован эзофагогастроанастомоз по К.Н.Цацаниди под корнем легкого. При гистологическом исследовании резецированного ЭГА данных за опухолевый рост не получено. Послеоперационный период без особенностей. Пациентка выписана на 30-е сутки. 11.11.2013 г. больная госпитализирована в экстренном порядке с клиникой спаечной кишечной непроходимости. Консервативные мероприятия без эффекта, отмечена задержка пассажа бариевой взвеси по данным рентгеноскопии. 12.11.2013 г. пациентка оперирована. Выполнено рассечение спаек брюшной полости, назоинтестинальное дренирование. Больная выписана на 10-е сутки. При контрольном обследовании через 2 года признаков рецидива и стеноза анастомоза не выявлено. Питается удовлетворительно.

Ответы на вопросы. Пища проходит хорошо, но изжога остается. Эндоскоп провести через стриктуру не удалось не только из-за сужения, но и S-образной деформации. Поэтому баллонная дилатация могла быть неэффективной. Поскольку 90% аппаратных анастомозов рубцуются, авторы предпочитают ручной шов.

Прения

С.Я.Ивануса. Дело не только в стриктуре, сколько в рефлюксе и деформации. Аппаратный шов чаще осложняется несостоятельностью, чем ручной.

К.В.Павелец. Аппаратный шов лучше при низких анастомозах с прямой кишкой. Частота стриктур после ЭГА и эзофагоэюноанастомоза — около 8%. Дуоденостаза не было. Оптимальным считаем анастомоз по К.Н.Цацаниди.

М.Х.Фридман. Я 32 года формирую аппаратные анастомозы и не видел стриктур. Надо соблюдать правила: длинная петля, отключение приводящей петли, межкишечный анастомоз.

Д.А.Гранов (председатель). Анастомоз был сформирован технически неудачно. 10 бужирований — это нонсенс. Дело не в способе формирования анастомоза — аппаратом или вручную, а в особенностях соблюдения методик.

ДОКЛАД

А.Е.Царегородцев, В.В.Дмитриченко, А.К.Ушкац (Санкт-Петербургский клинический комплекс ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации). **Осложнения высокотехнологичных эндовидеохирургических вмешательств в абдоминальной хирургии.**

Современное развитие хирургии требует дальнейшего совершенствования оперативной техники и внедрения в практику высокотехнологичных эндовидеохирургических вмешательств на органах брюшной полости. За последние 5 лет в СПбКК внедрены: резекция (экстирпация) ободочной и прямой кишки, резекция желудка,

восстановление непрерывности ободочной кишки после obstructивных резекций, операции при скользящих грыжах пищеводного отверстия диафрагмы с проявлениями гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, декомпрессия чревного ствола. Развитие осложнений на этапе освоения методик оперативного лечения неизбежно. Задача хирургов состоит в своевременном выявлении осложнений и минимизации их последствий. Всего выполнено 83 оперативных вмешательства. Большая часть операций проведена при болезнях толстой кишки — 51: злокачественные новообразования — 46 (26 — рак прямой кишки, 20 — опухоли других отделов ободочной кишки), осложненный дивертикулез — 4, долихомегаколон — 1. 22 пациента оперированы по поводу грыж пищеводного отверстия диафрагмы. У 7 больных при установленной экстравазальной компрессии чревного ствола использована лапароскопическая декомпрессия. Троице пациентам выполнена видеоассистированная резекция желудка. В послеоперационном периоде осложнения выявлены в 8 (15,6%) наблюдениях. У двух пациентов развилась несостоятельность сигморектоанастомоза, излеченная консервативно. В двух наблюдениях при ранней спаечной тонкокишечной непроходимости выполнялась лапаротомия с рассечением сращений. Отмечено развитие стриктур сигморектоанастомозов (у 3), при лечении которых использованы эндоскопические методы (бужирование и баллонная дилатация). У одной из пациенток образовалась эвентрация тонкой кишки в дефекте передней брюшной стенки после удаления дренажа. После устранения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы в одном наблюдении отмечено повреждение медиастинальной плевры с развитием интраоперационного карбокситоракса, который устранён в ходе вмешательства с помощью анестезиологов. После одной из видеоассистированных резекций желудка возникло кровотечение из острой язвы культи желудка по линии скрепочного шва малой кривизны, что потребовало вначале использования методов эндоскопического гемостаза, а затем гастротомии. При одной из лапароскопических декомпрессий чревного ствола произошло повреждение коагулятором аорты у места отхождения чревного ствола, что потребовало срочной лапаротомии. Дефект ушит, кровопотеря компенсирована реинфузией, наступило выздоровление.

Выводы. 1. При внедрении в практику новых технически и технологически сложных вмешательств частота послеоперационных осложнений может достигать 40%.

2. Порогом освоения методики можно считать 15–20 операций.

3. Должны строго соблюдаться технологические приёмы. Попытка экономии на расходных материалах оборачивается ещё большими расходами на лечение осложнений.

4. Анализ осложнений позволяет избегать их в дальнейшей практике.

5. Необходимым является решение вопроса о системе обучения хирургов в специализированных обучающих центрах, что, безусловно, снизит частоту осложнений на этапе освоения сложных эндовидеохирургических операций в медицинском учреждении.

Ответы на вопросы. Переход с традиционной техники на лапароскопию требует подготовки в специализированных учреждениях. Операции на чревном стволе требуют строгих показаний. Аорта была повреждена в области дугообразной связки.

Прения

М.Ю.Кабанов. Эндовидеохирургия — метод доступа. Высокотехнологичность определяется оценкой метода финансовыми учреждениями. Освоить методы можно в России.

В.В.Стрижелецкий. Даже в 1937 г. выпущена монография «Ошибки и осложнения в хирургии». Чужие ошибки повторять не следует. Сейчас есть возможность проходить обучение не только за рубежом.

Р.В.Чеминава. Система освоения методик в докладе представлена неполно. В университетах должны быть созданы симуляционные центры. Учиться на больных нельзя. Декомпрессия чревного ствола лапароскопически сложна и опасна.

Д.А.Гранов (председатель). Доклад вызвал интерес к вопросам обучения и отбора пациентов. Можно было представить больше иллюстраций. Мы уже пережили революцию освоения лапароскопии, её признают даже онкологи.

Поступил в редакцию 15.07.2015 г.

2449-е заседание 22.04.2015 г.

Председатель — В.А.Кашенко

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. Э.Э.Топузов, А.И.Кяккинен, Ю.В.Плотников, Э.Г.Топузов, Я.В.Колосовский, А.Г.Данилов (кафедра госпитальной хирургии им. В.А.Оппеля СЗГМУ им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург). **Трудности лечения посттравматической рецидивирующей рубцовой стриктуры желчных протоков.**

Больной Б., 54 года, в январе 2004 г. в одном из стационаров Санкт-Петербурга была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. В послеоперационном периоде (п/оП) развился желчный перитонит. На 10-е сутки была произведена лапаротомия. Причиной желчного перитонита оказалось пересечение общего желчного протока. Сформировали гепатикоюноанастомоз. В п/оП развилась несостоятельность швов анастомоза, сформировался наружный желчный свищ. Через 10 мес пациентка обратилась в хирургическую клинику им. В.А.Оппеля СЗГМУ им. И.И.Мечникова. При обследовании установлены стриктура билиодигестивного анастомоза, наружный желчный свищ. Выполнена регепатикоюностомия на отключенной по Ру кишке с дренированием желчных протоков на сменном транспеченочном дренаже (СТД) с проведением стента через правый долевого протока, с фиксацией слепого конца тонкой кишки к передней брюшной стенке. В последующий период пациентка перенесла многократные операции по поводу рестриктур общего желчного протока и стриктур анастомозов. В 2005 г. выполнено разобщение зарубцевавшегося гепатикоюноанастомоза, удаление конкрементов из левого долевого протока, иссечение рубцовых тканей с дилатацией стриктуры правого долевого протока, бигепатикоюностомия на U-образном сменном транспеченочном дренаже (СТД) с отключенной по Roux тонкой кишкой. В п/оП СТД был замкнут тонкой кишкой в единый контур на передней брюшной стенке. Через 1,5 года пациентку вновь стали беспокоить приступы холангита. Смены СТД и консервативная терапия были безуспешны. В декабре 2007 г. проведено бужирование стриктуры правого

и левого долевого протоков через культю оставленного конца тонкой кишки, рестентирование на СТД. Через 4 мес правый СТД был удален. Несмотря на проводимое лечение, у пациентки периодически возникали приступы холангита. Через 2 года у пациентки образовалась рестриктура, разобщающая долевого протоки (Bismuth IV). Рецидив заболевания, по всей вероятности, был связан с грубым рубцовым процессом в желчных протоках и ограниченным выделением долевого сегментарных протоков. 01.12.2009 г. пациентка была вновь оперирована: выполнена реконструкция бигепатикоюноанастомоза с широким выделением долевого протоков, с бужированием и дренированием левого долевого протока по Smith, устранение продленной стриктуры правого долевого протока с дренированием на СТД. Следствием тяжелого рубцового процесса в желчных протоках и многократных сложных вмешательств на печени явились вторичный билиарный цирроз печени, портальная гипертензия. В клинике последовательно выполнялись смены СТД (2010, 2011 г.), с последующим их удалением в 2012 г. В настоящее время состояние больной удовлетворительное, социально адаптирована.

Ответы на вопросы. За 10 лет больная перенесла 6 операций. Неблагоприятное течение рубцового процесса связываем с электрокоагуляцией тканей. Шовный материал — викрил. СТД держим до 1,5 лет. При первичном повреждении протока предпочитаем ранний прецизионный шов.

Прения

Д.А.Гранов. Термин «склерозирующий холангит» здесь неуместен. Сквозных транспеченочных дренажей мы в своей практике не используем. Альтернативой является эндоскопическое дренирование. При трансплантации печени также нередки ишемические стриктуры — почти у 20% больных. У этих больных также применяем эндоскопический доступ. При таких состояниях в печени нередко образование абсцессов, требующих резекции.

Н.Ю.Коханенко. Пересечение протока — драматическая ситуация. Частота — 0,1%. Частота небольшая, но с увеличением числа операций возрастает количество больных. При множественных операциях нарушается кровоснабжение, что усугубляется обширным выделением долевого протоков. Сменные дренажи нужны. Соединительная ткань может формироваться более 1,5–2 лет.

В.А.Кашенко (председатель). Проблема актуальна. В лечении можно выделить два подхода: адаптивная микрохирургия и стентирование. Больная реабилитирована не полностью. Здесь подтверждается принцип: лучше предотвратить, чем лечить.

2. М.Ю.Кабанов, К.В.Семенов, Д.М.Яковлева, А.В.Санковский, Т.Л.Горшенин (СПбГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», кафедра общей хирургии СЗГМУ им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург). **Панкреатодуоденальная резекция у больной старшей возрастной группы при раке головки поджелудочной железы, осложненном перфорацией брюшинной части двенадцатиперстной кишки.**

Больная П., 76 лет, поступила в хирургическое отделение 30.12.2014 г. с диагнозом механическая желтуха, гипертоническая болезнь II стадии, риск ССО — 4, ЦВБ, дизэнцефальная энцефалопатия II стадии, ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) II ф.к. (по NYHA), хронический пиелонефрит. По данным

УЗИ и спиральной компьютерной томографии (СКТ) живота выявлено объемное образование головки поджелудочной железы до 32 мм с панкреатической и желчной гипертензией. Билирубин — 104 мкмоль/л, АЛТ — 281,3 МЕ/л, АСТ — 238 МЕ/л, амилаза — 43 ЕД/л, эр. $3,7 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 110 г/л, л. $5,44 \times 10^9$ /л, РЭА 3,2 ЕД/л, СА 19,9 — 187 нмоль/л. 31.12.2014 г. предпринята попытка выполнения чрескожного чреспеченочного дренирования, однако, ввиду недостаточной коррекции внутривенной желчной гипертензии, выполнена чрескожная чреспеченочная холецистостомия. При фистулографии подтверждена стриктура интрапанкреатической части общего желчного протока (ОЖП). После купирования желтухи пациентка выписана на амбулаторное лечение. В связи с ухудшением состояния пациентка повторно госпитализирована 05.02.2015 г. Данные магнитно-резонансной томографии подтвердили диагноз объемного образования головки поджелудочной железы с прорастанием в стенку двенадцатиперстной кишки (ДПК). С целью определения анестезиологического и операционного риска выполнена Эхо-КГ, определена функция внешнего дыхания, пациентка консультирована кардиологом и анестезиологом. По данным проведенного обследования рекомендовано ограничиться паллиативным объемом оказания помощи. 16.02.2015 г. при попытке эндоскопического стентирования общего желчного протока заподозрена перфорация забрюшинной части ДПК. По данным СКТ живота выявлен воздух в забрюшинном пространстве в проекции нисходящей части ДПК. По срочным показаниям пациентка оперирована. Во время лапаротомии подтверждена перфорация нисходящей части ДПК на протяжении 25 мм. Консилиум принял решение выполнить вынужденную панкреатодуоденальную резекцию. При патоморфологическом исследовании операционного материала выявлена умеренно дифференцированная аденокарцинома поджелудочной железы с очагами периневрального роста, с множественными опухолевыми эмболами в просвете мелких венозных сосудов, прорастающая стенку ДПК, ОЖП, врастающая в парапанкреатическую клетчатку. Метастазы аденокарциномы обнаружены в 2 из 11 исследованных лимфатических узлах парапанкреатической клетчатки. Заключительный диагноз: рак головки поджелудочной железы pT3N1M0G2. Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 11-е сутки. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии 03.03.2015 г. В настоящее время пациентка находится под динамическим наблюдением.

Ответы на вопросы. До операции похудела на 17 кг. После декомпрессии диаметр главного панкреатического протока — 11 мм, общего желчного — 8 мм. Попытка антеградного дренирования не предпринималась. До СКТ диагноз перфорации не был доказателен. Шов перфоративного отверстия признан более опасным. Предположительный срок жизни после паллиативной операции — 1,5 лет. Зонд удалили на 3-и сутки после операции. Получила сеанс химиотерапии. Сейчас на второй этаж поднимается без одышки. Соблюдает диету. Стул нормальный, ферментных препаратов не принимает.

Прения

М.Ю.Кабанов. Решение об объеме операции принял срочно созванный консилиум. Холецистостомия была вынужденной, так как протоки не были расширены. Холангит и желтуха — показания к чрескожной холецистостомии.

К.В.Павелец. Благодаря перфорации больная будет жить дольше, чем после паллиативной операции или стентирования. Мы начинаем лечение с чрескожной холангиостомии, которая менее опасна, чем эндоскопическое дренирование.

С.Я.Ивануса. Чрескожные или эндоскопические манипуляции небезопасны. Об этом мало говорится, но это есть. Большой повезло.

В.А.Кашенко (председатель). Чрезвычайно сложно оценивать факторы выживаемости. Хирурги не сразу решились на выбранный вариант, но решение оказалось правильным.

ДОКЛАД

К.В.Павелец, О.Г.Вавилова, А.А.Кашинцев, С.В.Петрик, П.С.Фёдорова, Г.Н.Флоровский (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова ГБОУ ВПО СПбГПМУ, Мариинская больница, Санкт-Петербург). **Технические особенности пилоросохраняющих панкреатодуоденальных резекций на современном этапе.**

Представлен опыт 135 пилоросохраняющих панкреатодуоденальных резекций (ППДР), выполненных по поводу образований головки поджелудочной железы и периапулярной зоны с 2000 по 2014 г. (резектабельность с 2000 по 2010 г. составила 22,3%, с 2011 по 2014 г. — 31,2%). Дооперационная диагностика включала в себя сбор жалоб, анамнеза, данных объективного, лабораторного [клинический, биохимический анализы крови, коагулограмма, общий анализ мочи, онкомаркеры (СА19-9, РЭА)] и инструментальных [УЗИ, МРТ, магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ), эндоскопическое УЗИ (ЭУЗИ), КТ] методов обследования. В дооперационном определении стадии рака гепатобилиарнодуоденальной зоны наибольшую достоверность показали МРТ с МРХПГ (чувствительность 93,7%, специфичность 78%), а также ЭУЗИ (чувствительность 90,8%, специфичность 98%). Средний возраст больных составил ($65 \pm 0,4$) года. Соотношение по полу: 58 (43%) мужчин, 77 (57%) женщин. По размерам и степени инвазии опухолевого процесса больные были распределены следующим образом: T1 — 7 (5%), T2 — 31 (23%), T3 — 97 (72%). Гистологическое строение опухолей: низкодифференцированная аденокарцинома — 31, умеренно дифференцированная — 52, высокодифференцированная — 44, нейроэндокринный рак — 4 случая, аденомиоз — 3, цистаденома — 1. В качестве I этапа хирургического лечения стремились выполнять различные варианты дренирующих операций с целью разрешения механической желтухи. Предпочтение отдавалось методам миниинвазивного наружного дренирования желчного пузыря и желчевыводящих путей. Двум пациентам выполнено стентирование. Всем пациентам выполнялась панкреатодуоденальная резекция по типу Whipple с последовательным наложением билио-, панкреатико- и дуоденоэнтероанастомозов на единой петле тощей кишки. У 27 (20%) больных выявлен второй тип впадения пузырного протока в общий печеночный проток в сочетании с узким общим желчным протоком (до 1 см). В этих условиях производилось рассечение внутренних стенок протоков и формирование анастомоза по типу папиллосфинктеропластики (приоритетная справка авторов на изобретение № 2014124748 от 17.06.014 г. «Способ наложения холангиоэнтероанастомоза»). С целью профилактики гастростаза всем больным выполнялась закрытая дигитопилороклизия (приоритетная справка авторов на изобретение № 2014103214 от 20.01.014 г. «Способ профилактики гастростаза»). Послеоперационная леталь-

ность составила 7,4% (10 больных). Средний койко-день составил 12 сут.

Ответы на вопросы. Дооперационное дренирование произведено также у 14 больных без желтухи. Представленный вариант операции — типа Whipple. Пептическая язва развилась у больного, которому сделана резекция желудка. По данным литературы, гастростаз наблюдается у 20–50% больных. Анастомоз позадиободочный. До верификации диагноза, в среднем, проходит 4 мес. Она желательна, но резектабельность определяется только во время операции. Кистозные поражения в эту группу не вошли.

Прения

Д.А.Гранов. Выживаемость после паллиативных эндо-билиарных вмешательств не меньше, чем после анастомозов. Опухоли чрезвычайно злокачественны, поэтому обязательно должна предусматриваться возможность химиотерапии.

В.И.Кулагин. Желательно подчеркнуть приоритеты хирургов Санкт-Петербурга, в частности, А.Г.Земляного, хотя первым в России операцию с сохранением привратника сделал Н.С.Макоха.

В.В. Дмитриченко. Мобилизацию желудка желательно начинать с брыжейки поперечной ободочной кишки.

В.А.Кащенко (председатель). Доклад отличается качеством демонстрации, как надо делать эту операцию. Радикализм определяется не столько объемом операции, сколько качеством лимфодиссекции. Обосновано внимание к нутритивному статусу. В этом и заключается идея пилоросохраняющей операции. Желательно лучше планировать дооперационное исследование. Верификация диагноза до операции все-таки нужна.

Поступил в редакцию 15.07.2015 г.

2450-е заседание 13.05.2015 г.

Председатель — С.Я.Ивануса

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А.В.Гончаров, А.В.Семенов, В.В.Суворов, В.Ю.Маркевич, М.А.Васильев, Ю.Н.Петров, С.С.Левковский, И.М.Самохвалов (клиника военно-полевой хирургии ВМедА им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург; СПбГБУЗ Городская больница № 38 им. Н.А.Семашко). **Применение многоэтапной хирургической тактики при тяжелом пулевом абдоминоспинальном ранении с повреждением билиопанкреатодуоденальной зоны.**

Пациент Н., 25 лет, 11.12.2013 г. получил пулевое ранение в живот и был доставлен в Городскую больницу № 38 им. Н.А.Семашко, где ему выполнены неотложная лапаротомия, ушивание ран двенадцатиперстной кишки (ДПК), нижней полой вены, формирование холедохостомы, как первый этап тактики «многоэтапного хирургического лечения». Диагноз: тяжелое слепое абдоминоспинальное ранение со сквозным ранением горизонтальной ветви ДПК, головки поджелудочной железы (ПЖ), полным перерывом общего желчного протока в интрапанкреатическом отделе, сквозным ранением нижней полой вены, ранением поясничного отдела позвоночника, проникающим в спинномозговой канал, с переломом задних структур L_{II}, L_{III} и тела L_{II} позвонков, с повреждением «конского хвоста», корешков спинномозго-

вых нервов справа. На следующие сутки после стабилизации состояния был переведен в клинику военно-полевой хирургии ВМедА им. С.М.Кирова. При поступлении состояние тяжелое, живот умеренно вздут, перистальтика резко ослаблена. 13.12.2013 г. выполнены запрограммированная релапаротомия, временное отключение ДПК с формированием позадиободочного гастроэнтероанастомоза с брауновским соустьем, санация, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости. В послеоперационном периоде развился посттравматический панкреатит, распространенный ферментативный перитонит, абдоминальный сепсис, что потребовало выполнения 3 санационных релапаротомий с образованием подвешенной еюностомы, применением вакуум-аспирационной системы закрытия лапаротомы. При программированной релапаротомии 21.12.2013 г. отмечено купирование признаков распространенного перитонита. Наложены швы на кожу. После полной стабилизации состояния 15.01.2014 г. выполнена декомпрессивная ламинэктомия на уровне L_{II} позвонка, ревизия дурального мешка и корешков спинного мозга, задняя внутренняя транспедикулярная фиксация на уровне L_{II}–L_{III} позвонков системой «Basis» (фирма «Aesculap»). На 49-е сутки пациент выписан в удовлетворительном состоянии с функционирующими холедохо- и энтеростомой. Сохранился нижний правосторонний монопарез со снижением мышечной силы, больше выраженный в проксимальных отделах. На реконструктивный этап лечения поступил через 6 мес 20.05.2014 г. В ходе предоперационного обследования выявлена миграция дренажа из просвета общего желчного протока, диаметр которого составил 1,8 см. При рентгеноскопии желудка определяется пассаж бариевой взвеси через гастроэнтероанастомоз, преимущественно по отводящей петле. Полной реканализации прошитого препилорического отдела желудка не произошло. При ФГДС подтвержден стеноз выходного отдела желудка, гастроэнтероанастомоз без особенностей. 28.05.2014 г. выполнены лапаротомия, гепатикоеюностомия, холецистэктомия, пилоропластика по Гейнеке—Микуличу, устранение послеоперационной вентральной грыжи с пластикой сетчатым эндопротезом. Послеоперационный период без особенностей. Больной выписан в удовлетворительном состоянии на 10-е сутки.

Ответы на вопросы. Оружие — пистолет «парабеллум» с пулей калибра 9 мм. Диету не соблюдает. Стул оформлен, маслянистый. Температура тела в пределах нормы. После аппаратного шва ДПК частично реканализовалась. Пассаж по ней создан выполненной пилоропластикой. Еюностомия помогла управлять нутритивной поддержкой. Масса тела нарастала медленно. Функция корешков спинного мозга постепенно улучшается. Больной сейчас занимается физкультурными упражнениями.

Прения

М.Ю.Кабанов. Подобную травму автомобильным ремнем мы наблюдали у девушки. Пострадавшему частично повезло, что скорость пули была максимальной, это привело к меньшим повреждениям.

С.Я.Ивануса (председатель). Больному повезло с лечением в обоих лечебных учреждениях. Кровотечение было остановлено своевременно, что помогло выполнить специализированную помощь.

ДОКЛАДЫ

1. *И.М.Самохвалов, В.П.Коломиец, В.И.Бадалов, А.Н.Петров, С.В.Гаврилин, А.В.Гончаров, В.В.Суворов, В.Ю.Маркевич, К.П.Головки* (кафедра военно-полевой хирургии ВМедА им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург). **Значение хирургического опыта в Великой Отечественной войне (1941–1945) для современной военно-полевой хирургии.**

Хирургический опыт Великой Отечественной войны лежит в основе современной российской военно-полевой хирургии. В первую очередь, это единая военно-медицинская доктрина, принятая в 1942 г. под руководством начальника ГВСУ РККА Е.И.Смирнова, суть которой — практически подтвержденные в боевой обстановке методы лечения раненых, включающие единое понимание боевой патологии, научно обоснованные принципы этапного лечения с эвакуацией по назначению, строгую регламентацию и преемственность лечебно-эвакуационных мероприятий, единое руководство медицинской помощью. Хирургическим дополнением военно-медицинской доктрины стали положения «Указаний по военно-полевой хирургии» (1941, 1942, 1944) и ряда других директивных документов военных лет. Наиболее важными из них были рекомендации по лечению огнестрельных ран: все огнестрельные раны являются первично-инфицированными; единственно надежным методом борьбы с инфекцией огнестрельных ран является первичная обработка ран; большая часть раненых нуждаются в ранней хирургической обработке; раненые, подвергнутые в первые часы ранения хирургической обработке, имеют наилучший прогноз. Концепция квалифицированной хирургической помощи, как средства приближения хирургии к раненому, началась с основополагающих работ В.А.Оппеля. Группы медицинского усиления в Афганистане и Чеченской Республике — это дальнейшая реализация идеи «операционной войсковой района» (М.Н.Ахутин). Задача их — оказать своевременную хирургическую помощь тем раненым, которые не перенесут дальнейшую эвакуацию из-за продолжающегося кровотечения, асфиксии и других жизнеугрожающих последствий ранений. Введенная специализированная хирургическая помощь вместе с эвакуацией «по назначению» являются одним из основных достижений военной медицины тех лет. Специализированная хирургическая помощь в современных войнах «эшелонируется» с целью максимального сокращения сроков ее оказания. Значение организации лечения легкораненых подчеркивается тем, что уже в августе 1941 г. на Западном фронте начали создавать госпитали для них. За годы войны легкораненые составили половину (11,4 млн) от общего числа санитарных потерь хирургического профиля (21,7 млн раненых).

С.Я.Ивануса (председатель). Доклад приблизил к нам опыт Великой Отечественной войны и боевых конфликтов.

2. *М.Ю.Кабанов, С.М.Рыбаков, К.В.Семенов, Т.Л.Горшенин* (СПбГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн»). **Госпиталь для ветеранов войн — прошлое, настоящее, будущее.**

Ленинградский госпиталь для лечения инвалидов Великой Отечественной войны был создан в августе 1946 г., располагался на набережной р. Фонтанки (д. 36), где во время войны размещался эвакуогоспиталь № 2012. В нем вначале были развернуты 450 коек, из которых 200 предназначались для больных туберкулезом, а остальные — для хирургиче-

ских и терапевтических больных. Летом 1950 г. госпиталь был переведен в Невский район, на правый берег р. Невы по адресу: дорога на Сосновку (д. 25/27), где находилась районная больница № 3. С застройкой правого берега р. Невы и появлением Народной ул. изменился адрес госпиталя: Народная ул. (д. 21, А). Расширение сферы деятельности госпиталя по оказанию специализированной медицинской помощи инвалидам войны, проживающим в ряде областей и автономных республик Северо-Западного региона (приказ МЗ РСФСР № 421, 1965), потребовало существенного увеличения коечного фонда. Назрела необходимость развертывания специализированных отделений. Началось строительство новых зданий госпиталя. В настоящее время Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Госпиталь для ветеранов войн» — многопрофильное специализированное лечебно-профилактическое учреждение для лечения инвалидов и участников Великой Отечественной войны, локальных конфликтов, блокадников, жителей блокадного Ленинграда и лиц, приравненных к ним по льготам. Ежегодно в госпитале получают лечение около 27 тыс. пациентов, из которых более половины госпитализируют по экстренным показаниям. Средний возраст больных составляет 82 года. Коечная мощность учреждения составляет 1036 коек, которые развернуты в 21 клиническом отделении, в том числе 15 коек в дневном стационаре. Имеется амбулаторно-консультативное отделение на 42 000 посещений в год. Функционируют 16 лечебно-диагностических отделений и кабинетов, операционный блок, отделение анестезиологии и реанимации и др. Ежегодно уменьшается число госпитализаций инвалидов (ИВОВ) и участников Великой Отечественной войны (УВОВ). В 2012 г. они составили 7907 человек (ИВОВ — 1897; УВОВ — 6010), в 2013 г. — 6765 человек (ИВОВ — 1566; УВОВ — 5199), в 2014 г. — 5596 человек (ИВОВ — 1208; УВОВ — 4388). В то же время, увеличивается количество блокадников и жителей блокадного Ленинграда, воинов-интернационалистов. Пожилой возраст пациентов, наличие у них сочетанных заболеваний определяют необходимость использования в лечебно-диагностическом процессе современных медицинских технологий. Акцент в хирургическом лечении делается на миниинвазивные технологии. Обеспечение повышения доступности и качества медицинской помощи, увеличение продолжительности жизни наших пациентов позволят достойно встретить юбилей Великой Победы. Продемонстрирован видеофильм.

С.Я.Ивануса (председатель). Пожелаем юбиляру дальнейших успехов.

Поступил в редакцию 19.06.2015 г.

2451-е заседание 27.05.2015 г., посвящённое 85-летию Почётного председателя Правления общества Л.В.Поташова

Председатель — Д.А.Гранов

ДОКЛАД

1. *Д.Ю.Семенов* (кафедра общей хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова). **История развития и современные возможности малоинвазивных технологий в работе клиники общей хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова.**

В настоящее время происходит широкое внедрение в медицинскую практику современных высокотехнологичных методов диагностики и лечения. В хирургии появляются широкие возможности применения малоинвазивных технологий как в диагностике, так и лечении пациентов. Активно применяются последние достижения иммунологии и генетики с целью ранней диагностики и уточнения различных заболеваний. В повседневной хирургической практике постоянно применяется современное оборудование, позволяющее значительно улучшить результаты лечения разных категорий больных. История внедрения малоинвазивных технологий проходит трудный путь и в каждой хирургической клинике имеет свои особенности. Чл.-кор. АМН, засл. деятель науки РФ, Почётный председатель Хирургического общества Пирогова, д-р мед. наук проф. Л.В.Поташов находился у истоков применения и развития эндоскопических, лапароскопических технологий, трансплантологии в хирургии. Первые пункционно-дренирующие вмешательства под ультразвуковым контролем выполнялись под его руководством. Мудрые, смелые, иногда осторожные решения позволили достигнуть значимых результатов лечения с применением различных новых технологий без дискредитации последних.

С поздравлениями выступили Н.А.Майстренко, В.И.Ковальчук, В.М.Седов, Д.А.Гранов, Н.Ю.Коханенко.

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *Л.В.Поташов, И.П.Кудреватых* (кафедра общей хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова). **29 лет наблюдения после успешного лечения лимфогранулематоза IV стадии.**

Цель демонстрации: показать успех хирургического лечения лимфогранулематоза IV стадии в условиях ограниченного предоперационного обследования и химиотерапии в 80-е годы.

Больная Н., в возрасте 35 лет поступила в клинику общей хирургии 1-го ЛМИ им. акад. И.П.Павлова с жалобами на похудение, слабость, недомогание, умеренные боли и чувство тяжести в эпигастрии и левом подреберье, появление образования в верхних отделах живота. При УЗИ отмечено увеличение размеров печени, протоки не расширены. Анемия. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки патологических изменений не выявлено. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дооперационный диагноз — образование печени неясного генеза. 09.12.1986 г. — диагностическая лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости выявлены гепатомегалия и множественные узловатые образования в левой доле печени, увеличенная селезёнка с аналогичными образованиями в паренхиме, а также конгломерат лимфатических узлов от ворот селезёнки до нижней полой вены. Выполнено срочное гистологическое исследование, по результатам которого выявлен лимфогранулематоз. Тактика согласована с гематологом и выполнены спленэктомия, левосторонняя гемигепатэктомия и лимфаденэктомия. Послеоперационный период — без осложнений. Проведен 1 курс химиотерапии. При многократных обследованиях в течение 29 лет (последнее в апреле 2015 г.) данных за рецидив заболевания не получено.

Д.А.Гранов (председатель). Талант хирурга помог больной жить 29 лет, работать и радоваться жизни.

2. *Л.В.Поташов, А.А.Протасов, Н.П.Дубова, Л.Н.Шабанова, А.Б.Кабаков, С.А.Павлов, Т.В.Денисо-*

ва, О.В.Галибин, Д.Н.Суслов, А.М.Есаян (ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, СПбГУЗ Городская клиническая больница № 31). **Длительное (свыше 28 лет) функционирование почечных аллотрансплантатов от асистолических доноров.**

1. Пациентка, 1960 г.р. Диагноз «Хронический гломерулонефрит» установлен в 1963 г. Заместительная почечная терапия (гемодиализ) с 1982 по 1987 г. Пересадка почки 07.11.1987 г. Немедленная функция трансплантата. Терапия: циклоспорин, метилпреднизолон. С 1989 г. циклоспорин не получала. В 2014 г. перенесла эндопротезирование правого тазобедренного сустава. В настоящее время функция трансплантата достаточная, стабильная — уровень креатинина плазмы — 0,09 ммоль/л, следовая протеинурия. Терапия — метилпреднизолон 8 мг через день.

2. Пациент, 1948 г.р. Диагноз «Фокально-сегментарный гломерулосклероз». Заместительная почечная терапия (гемодиализ) с 1986 по 1988 г. Пересадка почки 12.01.1988 г. Отсроченная функция трансплантата, продолжительность — 10 сут. Терапия: циклоспорин, метилпреднизолон, азатиоприн. Азатиоприн отменен через 3 мес после операции. С 1989 г. циклоспорин не получал. В раннем посттрансплантационном периоде перенес цитомегаловирусную инфекцию и острую реакцию отторжения трансплантата. Курированы медикаментозно. С 1992 по 2009 г. перенёс 7 оперативных вмешательств по поводу асептического некроза головок обеих бедренных костей (эндопротезирование и корригирующие операции). В 1999 г. при нефробиопсии выявлен рецидив основного заболевания. Продолжал получать монотерапию метилпреднизолоном. В настоящее время получает 8 мг через день, функция трансплантата сохранена, достаточная, уровень креатинина плазмы — 0,127 ммоль/л, протеинурия — свыше 3 г/сут.

Цель демонстрации: показать успешные трансплантации почек с хорошими отдалёнными результатами.

Д.А.Гранов (председатель). Следует отметить, что результаты трансплантации менялись, не всегда в лучшую сторону. Дело Льва Васильевича продолжается. Больные пережили умерших авторов демонстрации Б. Д.Кабакова и С.А.Павлова.

Поступил в редакцию 19.06.2015 г.

2452-е заседание 10.06.2015 г.

Председатель — А.В.Хохлов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *И.М.Кяльвийянен, Д.И.Василевский, А.В.Луфт, С.М.Симкин* (Ленинградская областная клиническая больница). **Хирургическое лечение внепищеводных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.**

Больная В., 61 год, поступила в отделение торакальной хирургии Ленинградской областной клинической больницы в октябре 2013 г. в плановом порядке с жалобами на постоянный мучительный кашель, ежедневную изжогу, одышку при незначительной физической нагрузке, дискомфорт за грудиной, повышенную потливость. Указанные симптомы отмечались в течение 6 мес, кашель на протяжении многих лет. При рентгенологическом и эндоскопическом исследовании больной диагностирована аксиальная (I типа)

грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. При 24-часовой импеданс-рН-метрии количество гастроэзофагеальных рефлюксов оказалось выше нормы за счет слабокислых (смешанных: желчных и кислотных) рефлюксов. По составу преобладали рефлюксы жидкого и смешанного (газового и жидкого) содержимого. Имелось повышенное количество «высоких» рефлюксов (до верхней трети пищевода) смешанного содержимого. По данным эзофагоманометрии, моторика пищевода осуществлялась по гипертоническому типу. Показанием к хирургическому лечению явились гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, её внепищеводные проявления (мучительный кашель в течение многих лет, одышка). Пациентке была выполнена лапароскопическая операция 05.11.2013 г.: устранение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, задняя крурорафия, задняя фундопликация на 270° по методу A. Touret. Послеоперационный период протекал гладко, на 7-е сутки больная выписана на амбулаторное лечение. При обследовании пациентки через 1 год после проведенного лечения вышеуказанных жалоб, клинических симптомов, инструментальных (эндоскопических и рентгенологических) признаков рецидива регургитации желудочного содержимого не выявлено.

Ответы на вопросы. Сейчас больная спит на низкой подушке. Кашля, изжоги нет. Диету не соблюдает. Описано не более 20 наблюдений больных с внепищеводными проявлениями болезни. Манометрию используем. Без нарушения моторики высокий рефлюкс не отмечается. Он сопровождается ларингитом. Считаем, что операция по Тупе сопровождается лучшими результатами, чем операция Ниссена.

Прения

В.И.Кулагин. Диагностика данного состояния относительно проста, но больные лечатся у пульмонологов по поводу кашля, удушья, которые и являются показаниями к операции. Суточная рН-метрия обязательна. Она выполняется в клинике МЧС. В клинике проф. А.Г.Земляного мы с успехом пользовались методикой Каншина—Петровского.

А.В.Кочетков. Суточная рН-метрия с манометрией обязательны. Необходимо исследовать моторику всего пищевода. Полная фундопликация может привести к худшим результатам.

Д.Ю.Бояринов. Внепищеводным проявлением грыжи бывает аритмия, которая может пройти после операции.

А.В.Хохлов (председатель). В демонстрации показаны различные внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и возможности её лечения.

2. *Н.Н.Артемяева, В.В.Олейник, С.В.Горчаков, М.А.Атюков, О.В.Оржешковский, И.С.Маменко* (ГБУЗ Городская многопрофильная больница № 2, Санкт-Петербург). **Хронический панкреатит, осложнённый лёгочными кровотечениями через панкреатикоплевробронхиальный свищ.**

Больной М., 42 года, с февраля 2013 г. многократно поступал по скорой помощи в разные стационары города по поводу дыхательной недостаточности, обусловленной двусторонним гидротораксом. Выполнялись плевральные пункции и дренирование плевральных полостей. В одном из цитологических исследований плевральной жидкости нельзя было исключить метастатический выпот с клетками плоскоклеточного рака. В специализированном онкологическом учреждении выполнена видеоторакоскопия слева с

биопсией плевры. Данных за онкозаболевание не получено. В туберкулезном учреждении данных за специфическое поражение органов грудной клетки и плевры не получено. В июне 2013 г. больной госпитализирован в отделение торакальной хирургии ГМПБ № 2. Произведена плевральная пункция слева, получена серозно-геморрагическая жидкость с активностью амилазы 16 320 ЕД/л. Выполнены МРТ брюшной полости, спиральная компьютерная томография грудной клетки, фибробронхоскопия, установлен диагноз «Хронический панкреатит, осложнённый кистой в теле поджелудочной железы, панкреатикоплевробронхиальным свищем, кистой заднего средостения и двусторонним плевритом». Больной консультирован в Городском панкреатологическом центре, рекомендовано продолжить консервативную терапию и наблюдение в динамике. В августе 2013 г. после очередного эпизода лёгочного кровотечения, потребовавшего стационарного лечения, больной консультирован проф. Н.Н.Артемяевой, диагноз подтверждён. Учитывая осложнённое течение заболевания, рекомендовано оперативное лечение. 09.08.2013 г. пациент госпитализирован в хирургическое отделение ГМПБ № 2. С целью предупреждения рецидива легочного кровотечения выполнена фибробронхоскопия, установлен клапан Левина в бронх базальной пирамиды нижней доли правого лёгкого. 13.08.2013 г. при лапаротомии выявлены инфильтрат и кистозная полость верхнего края поджелудочной железы, содержащая старые сгустки крови и сообщающаяся с кистой заднего средостения в забрюшинном пространстве. Первым этапом произведена срединная резекция поджелудочной железы с дренированием панкреатического протока в двух направлениях и дренированием кисты средостения. 28.11.2013 г. вторым этапом выполнена реконструктивная операция: сформирован дистальный панкреатикогастроанастомоз (проксимальный отдел оказался проходим, поэтому ушит). Послеоперационный период без осложнений. Лёгочное кровотечение и плеврит не рецидивировали. Проводилась комплексная консервативная терапия: инфузионная, гемостатическая, антибактериальная, антисекреторная, гемотрансфузия. Состояние больного улучшилось. Выписан в удовлетворительном состоянии (Hb — 86 г/л). 21.08.2014 г. повторно поступил в хирургическое отделение ГМПБ № 2 с жалобами на слабость, отсутствие аппетита, тошноту, повышение температуры тела до 38,5 °С с ознобом, боли в эпигастрии в правом подреберье, желтушность склер и кожных покровов. В связи с тяжестью состояния пациента, механической желтухой, желчной и портальной гипертензией на фоне тромбоза воротной и селезеночной вен первым этапом выполнены мини-лапаротомия, холецистостомия (проф. Н.Н.Артемяева). После улучшения состояния больного 04.09.2014 г. произведены лапаротомия, формирование холецистоэнтероанастомоза с межкишечным соустьем по Брауну, энтеростомия. Послеоперационное течение гладкое. Заживление раны первичным натяжением. В марте 2015 г. дренирован абсцесс печени. 06.06.2015 г. госпитализирован в экстренном порядке в ГМПБ № 2 с жалобами на боли в эпигастриальной области, тошноту, рвоту с примесью крови (Hb — 84 г/л). На фоне консервативной терапии состояние больного улучшилось, пищеводно-желудочное кровотечение за время наблюдения в стационаре не рецидивировало.

Ответы на вопросы. Начало болезни отмечалось болью в животе, правом подреберье, потерей массы тела на 20 кг. Главной жалобой была одышка. Сейчас соблюдает диету, принимает креон по 10 000 ЕД перед едой, но-шпу при болях.

Инвалид II группы, по профессии — юрист. Планируется дообследование, лечение портальной гипертензии. Причина панкреатита — алкоголь. Источник кровотечения — киста с аррозией селезеночной артерии. Желтуха, холангит, абсцесс печени возникли из-за рефлюкса кишечного содержимого в желчные протоки.

Прения

Н.Н.Артемьева. Здесь нет выздоровления. Панкреатикоплевральные свищи встречаются крайне редко. Больной прошёл 13 больниц, не везде ему оказывали полноценную помощь. Торакальные хирурги в содержимом бронха обнаружили повышение активности амилазы. Только это помогло поставить правильный диагноз. Холецистоеноанастомоз при доброкачественных процессах малоэффективен. Это вынужденная операция. Портальная гипертензия здесь панкреатогенная, из-за сдавления и тромбоза ветвей портальной системы. Сейчас асцит исчез, сохраняется портальная гипертензия, планируются лишь стентирование и лигирование вен пищевода.

А.В.Хохлов (председатель). Демонстрация показала этапность лечения. Все предложения принимаются и обсуждаются. Возможна эмболизация селезеночной артерии.

ДОКЛАД

Н.Ю.Коханенко, Н.Н.Артемьева, Ю.Н.Ширяев, С.В.Петрик (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова СПбГПМУ; Мариинская больница, Санкт-Петербург). **Опыт диагностики и лечения панкреатикоплевральных свищей, осложнивших течение хронического панкреатита.**

С 1990 по июль 2014 г. были произведены 657 операций по поводу хронического панкреатита (ХП). Среди них у 14 больных (2,1%) ХП осложнился панкреатоплевральным свищем (ППС). ППС считается довольно редким осложнением ХП, и даже в крупных специализированных клиниках количество больных невелико. Наша серия пациентов с ППС является одной из самых больших в мировой практике. Клиническая картина при ППС характеризовалась рецидивирующим накоплением в плевральной полости жидкости с высоким содержанием амилазы (от 2900 до 10 600 ЕД/мл). Многие пациенты первично поступали в торакальное или пульмонологическое отделение. У половины больных заболевание началось с клиники острой дыхательной недостаточности и экссудативного плеврита. Несколько раз пациентам производили плевральные пункции, но существенного эффекта при этом не отмечалось, жидкость быстро накапливалась. У всех больных диагноз подтверждался значительным повышением активности амилазы при биохимическом исследовании плевральной жидкости. В последние годы применялись КТ брюшной полости и МРХПГ, при которых выявлялись характерные признаки ХП, особенно псевдокисты поджелудочной железы (ПЖ). Только в 1 наблюдении удалось добиться закрытия свища применением многократных пункций и дренирования плевральной полости. Через 11 мес больной был сформирован продольный панкреатоеноанастомоз (ПЕА). Двум больным выполнили дренирование плевральной полости, и дренаж перестал функционировать только после дренирующих вмешательств на панкреатическом протоке. Основное вмешательство было направлено на устранение панкреатической гипертензии. У 9 больных было выполнено только наружное дренирование главного панкреа-

тического протока. У 5 больных оно явилось окончательной операцией (наружный свищ закрылся в сроки от 1 до 4 мес), а остальным 4 больным через 3–4 мес был наложен продольный ПЕА. В 3 случаях ПЕА был сформирован сразу. У 2 пациентов, в связи с сопутствующей желчной гипертензией, пришлось осуществить вмешательства на билиарной системе (холецистостомию или холедохоеюностомию). Умерших в послеоперационном периоде не было. Сразу после устранения панкреатической гипертензии у всех оперированных явления плеврита прекратились. В отдаленные сроки рецидивов внутренних свищей ПЖ не наблюдали. Таким образом, ППС является редким осложнением ХП. Диагностика его довольно проста и заключается в выявлении повышенного уровня амилазы в плевральной полости, а последствия длительного симптоматического лечения тяжёлые.

Ответы на вопросы. Разобщение панкреатикоплеврального свища проводилось у всех больных, у некоторых — после наружного дренирования. Лечение дорого. 83% больных госпитализировали не в хирургические отделения. При попадании панкреатического сока в плевральную полость развивается эмпиема.

Прения

Н.Н.Артемьева. В 1997 г. мы делали доклад о панкреатических свищах. Там был показан больной со свищем в средостение. Свищи идут через полость кисты, затем — в правую или левую плевральную полость либо в обе. Свищи могут быть при нормальном виде железы. Основа диагностики — ретроградная холангиопанкреатография, но она нередко сопровождается осложнениями. МРТ, КТ достаточно информативны. При широком протоке показано формирование анастомоза. При узком протоке предлагалось резецировать дистальную часть железы, но эта тактика травматична, лучше сначала выполнить дренирование, а потом основное вмешательство.

В.Р.Гольцов. В СПбНИИ СП им. И.И.Джанелидзе ежегодно наблюдаются 1–2 таких больных. Все эти больные требуют больших вложений. Резекции железы сложны технически, иногда осложняются кровотечением. В лечении портальной гипертензии возможны эмболизация, селективное дренирование. Консервативно был излечен лишь один больной в результате многолетнего лечения. Все больные требуют многолетнего наблюдения.

В.В.Олейник. Благодарю Н.Н.Артемьеву за учёбу. Нужны панкреатологические центры — надо ходатайствовать перед администрацией.

А.В.Хохлов (председатель). Демонстрации и доклад раскрыли нам особенности диагностики и лечения рефлюксной болезни пищевода и его внепищеводных осложнений, а также тяжёлых осложнений панкреатита. Особо следует отметить роль Н.Н.Артемьевой в лечении представленных больных.

Поступил в редакцию 15.07.2015 г.

2453-е заседание 24.06.2015 г.

Председатель — А.М.Карачун

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *С.Ф.Багненко, М.Ю.Кабанов, Д.М.Яковлева, В.М.Теплов, К.В.Семенов, С.В.Лапицкий, А.В.Краденов, А.Е.Демко* (ПСРБГМУ им. акад. И.П.Павлова; Госпи-

таль для ветеранов войн, Санкт-Петербург; СПбНИИ СП им. И.И.Джанелидзе). **Результат лечения пациента с гигантской альвеолярной эхинококковой кистой печени.**

Пациент Р., 41 год, поступил в отделение реанимации «Городского центра по лечению тяжелого сепсиса» СПбНИИ СП им. И.И.Джанелидзе 08.03.2012 г. переводом из инфекционного стационара с диагнозом «Абсцесс правой доли печени, сепсис». Состояние при поступлении крайне тяжелое, гемодинамически нестабильно, сознание на уровне оглушения, лихорадка 39,6 °С. Общий билирубин при поступлении 52,9 ммоль/л, мочевины 10,7 ммоль/л, общий белок 56 г/л, глюкоза 5,61 ммоль/л, АСТ 112 ммоль/л, АЛТ 233 ммоль/л, амилаза 40,4 ммоль/л; Нб 126 г/л, эр. $3,74 \times 10^{12}/л$, л. $24,6 \times 10^9/л$, тр. $227 \times 10^9/л$. УЗИ: гипоехогенное неоднородное образование с линейными прослойками жидкости правой доли печени 14×12 см, холедохэктазия 10 мм, поджелудочная железа не увеличена. После стабилизации состояния больного и купирования эндотоксического шока больному выполнено дренирование абсцесса правой доли печени под контролем УЗ-навигации (получен скудный гнойный экссудат, детрит). Заподозрен паразитарный характер кисты печени (эхинококкоз?). Цитологическое заключение: в препаратах обилие лейкоцитов, обильная смешанная микрофлора (мелкие палочки и кокки), эпителиальные клетки отсутствуют. Магнитно-резонансная томография: гигантская (паразитарная?) киста правой доли печени. В послеоперационном периоде больной получал консервативную терапию: антибиотики широкого спектра действия, заместительная плазматрансфузия по поводу коагулопатии на фоне печеночной недостаточности, превентивная противопаразитарная и гепатопротекторная терапия и т. д. После комплексного дообследования принято решение о выполнении радикального оперативного вмешательства; планируемый объем — перцистэктомия. 21.03.2015 г. пациент оперирован в плановом порядке: лапаротомия, вскрытие и дренирование абсцесса правой доли печени. Интраоперационно выявлена ячеистость строения полости кисты с множественными кавернозными полостями (альвеококкоз?). От расширенной правосторонней гемигепатэктомии принято решение воздержаться в связи с высоким риском развития острой печеночной недостаточности в ближайшем послеоперационном периоде на фоне малого остаточного объема печени. Послеоперационный период осложнился развитием двусторонней нижнедолевой пневмонии, правостороннего экссудативного плеврита, нагноения послеоперационной раны. 07.04.2012 г. пациент в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение в поликлинику по месту жительства. В отдаленном послеоперационном периоде больной получил 2 курса противопаразитарной терапии (альбендазол). В течение 3 лет находится под динамическим наблюдением. По данным контрольной ядерно-магнитной резонансной томографии у больного в 8-м сегменте имеется остаточная полость диаметром до 5 см без тенденции к рецидиву или метастазированию.

Ответы на вопросы. Больной был в командировках в Северной Африке, Средней Азии, на Северном Кавказе. Все реакции на эхинококк были отрицательными, микроскопических доказательств тоже нет.

Прения

С.Я.Ивануса. Представлено адекватное излечение абсцесса печени неясной этиологии. Лечение альбендазолом не привело к негативным последствиям.

А.М.Карачун (председатель). Лечение абсцесса печени, хотя и неясного происхождения, привело к излечению больного.

2. М.Ю.Кабанов, Т.Л.Горшенин, К.В.Семенов, Ю.А.Сизов, Д.М.Яковлева, С.В.Винников (Госпиталь для ветеранов войн, Санкт-Петербург; кафедра общей хирургии СЗГМУ им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург). **Успешное лечение осложнённого рака ободочной кишки у больной старческого возраста.**

Пациентка М., 91 год, поступила в госпиталь ветеранов войн 20.02.2015 г. с жалобами на ноющие боли в правых отделах живота, общую слабость, повышение температуры тела. Вышеописанные жалобы отмечала в течение трёх последних дней. Состояние при поступлении средней степени тяжести. При пальпации живот болезнен и напряжён в правой подвздошной области, где пальпируется инфильтрат с положительным симптомом Щеткина—Блюмберга над ним. Диагноз: острый аппендицит? Рак восходящей ободочной кишки, осложнённый перифокальным воспалением? Сопутствующий: ИБС; атеросклеротический кардиосклероз; стенокардия напряжения III ф.кл.; мерцательная аритмия, постоянная форма; ГБ II стадии; ХСН IIА степени III ф.кл.; риск сердечно-сосудистых осложнений 4; ЦВБ; дизцефальная энцефалопатия II ст.; бронхиальная астма, гормонозависимая, средней степени тяжести; сахарный диабет 2-го типа; хронический пиелонефрит, латентное течение; дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника; остеохондроз позвоночника; анемия средней степени тяжести. Анализ крови: Нб 85 г/л, л. $14,1 \times 10^9/л$. После предоперационной подготовки 20.02.2015 г. выполнена диагностическая лапароскопия. Интраоперационно: червеобразный отросток не изменен, выявлена опухоль восходящей ободочной кишки в рыхлом инфильтрате, при разделении которого вскрылся паратуморозный абсцесс. Выполнена лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия. Течение послеоперационного периода гладкое. Заключительный диагноз: рак восходящей ободочной кишки T4aN1aM0R0G3 (Dukes C1), осложнённый перифокальным воспалением и паратуморозным абсцессом. В настоящее время пациентка находится под наблюдением.

Ответы на вопросы. Анемия и старческий возраст не были противопоказанием к операции. КТ до операции не выполнялась. Боли в месте операции практически не беспокоили, несмотря на кашель и приступы астмы. Одышки нет. Гемоглобин восстановился. Исследовано 12 лимфатических узлов. Диагноз заболевания был уверенно поставлен во время лапароскопии.

Прения

М. Д.Ханевич. Успешное лечение больной старческого возраста вселяет уверенность в будущее хирургии. Предложенный алгоритм диагностики и лечения адекватен. Возраст 90 лет и старше — долгожители. Несмотря на возраст, больная в хорошей физической форме, прекрасно сохранена память. Биологический и календарный возраст не всегда параллельны.

К.В.Павелец. Операция на фоне воспалительного инфильтрата правой половины живота выполнена с отличным результатом.

А.М.Карачун (председатель). Следует отметить, что больная-долгожитель полностью сохранила когнитивные и мнестические способности. Был налицо токсико-анемический синдром. В связи с этим нельзя назвать достаточно полно-

ми и точными предоперационное обследование и название демонстрации.

ДОКЛАД

Н.Ю.Коханенко, Н.Н.Артемьева, Ю.Н.Ширяев, С.В.Петрик, А.В.Глебова, К.В.Медведев (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова СПбГПМУ, Мариинская больница, Санкт-Петербург). **Выбор объема операции при «свежих» повреждениях желчных протоков.**

По поводу рубцовых стриктур и «свежих» повреждений внепеченочных желчных протоков (ЖП) с 1990 г. оперированы 243 больных. До 2001 г. после «открытой» холецистэктомии и выявленных во время операции или в течение 5 сут после нее («свежие» повреждения внепеченочных желчных протоков) оперированы 11 больных. С 2001 г. оперировали 36 пациентов со «свежими» повреждениями ЖП. Отличало их то, что все они возникли во время лапароскопической холецистэктомии. Уровень повреждения был: «+1–+2» — 24 пациента, «0» — 7, «–1» — 3 больных, «–2» — 2 больных. Повреждения замечены во время операции у 28 пациентов, у которых сразу же предпринята конверсия. У 5 больных выполнено наружное дренирование желчных протоков, у 21 — наложен гепатикоюноанастомоз (ГЕА), у 2 — билиобилиарный анастомоз (ББА). В последующем в связи с рубцеванием зоны анастомозов у 7 больных (5 из них оперированы в других учреждениях) были выполнены реконструктивные вмешательства с использованием сменных чреспеченочных дренажей и у 2 — стентирование анастомозов. У 8 пациентов диагноз повреждения ЖП был поставлен спустя 2–5 дней. Подтекание желчи по дренажу отмечено у 7 человек. У 4 из них выполнена повторная лапароскопия, дважды коагулировали ложе пузыря. У одной больной при этом возникло дополнительное повреждение — была прожжена стенка правого долевого протока. В последние 10 лет при появлении желчи по контрольному дренажу выполняется экстренная магнитно-резонансная холангиопанкреатография и при выявлении повреждения желчных протоков — операция по экстренным показаниям. Такая тактика применена нами у 5 больных. Трех пациентам наложены гепатикоюноанастомоз на дренаже по Фелькеру и билиобилиарный анастомоз при повреждении правого долевого протока. Одной больной с краевым повреждением общего печеночного протока выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия. У всех больных получены хорошие непосредственные и отдаленные результаты.

Заключение. Результаты хирургической коррекции повреждений желчных протоков во время эндовидеохирургических или открытых операций зависят от многих факторов

и, прежде всего, от сроков их обнаружения. У трети больных диагностика запоздалая. При этом операции носят вынужденный, нередко лишь дренирующий характер, с перспективой дальнейшей реконструктивной операции. При лечении «свежих» повреждений лучшие результаты получили при формировании гепатикоюноанастомозов с использованием временных декомпрессивных дренажей.

Ответы на вопросы. После 2001 г. повреждения отмечены только после лапароскопических вмешательств. Основная причина образования стриктур — формирование билиобилиарных анастомозов при узких протоках, в ранние сроки, когда нарушено их кровоснабжение. Лапароскопические повреждения — не только механические, но и термические. Устранять повреждения должен опытный хирург, лучший вариант — гепатикоэнтероанастомоз. Билиобилиарные анастомозы допустимы при широких протоках. Каркасный дренаж сохраняли до 3 мес. Свежие повреждения — до 30 сут после операции — лечены нами в разных клиниках у 57 больных.

Прения

Н.Ю.Коханенко. Мы относим к свежим повреждениям те, которые лечены до 5–7 сут, Н.Н.Артемьева — до 30 сут. Если хирург может сформировать анастомоз при узком протоке — это надо делать. Проток шириной 3 мм не вмещает стент. Дренажи держат до 2 лет. Анастомоз возможен, если нет диастаза, и хирург владеет микрохирургической техникой. При стриктурах всегда образуется холангит.

Н.Н.Артемьева. При свежих повреждениях хирург, не владеющий техникой микрохирургии, должен ограничиться наружным дренированием. При диаметре протока более 5 мм можно сформировать билиодигестивный анастомоз — предпочтительно билиодуоденальный либо высокий билиоинтестинальный с тонкой кишкой. При протоке шириной 10 мм и более допустим билиобилиарный анастомоз, но и он может зарубцеваться. При клипировании протока диагноз ставится не ранее 3 дней после операции, развивается расширение внутривенных протоков. После удаления клипсы анастомоз плох, здесь недостаточное кровоснабжение — надо освежить края. Мы наблюдали мальчика из Узбекистана через 1 мес после травмы живота с разрывом протока. У него развился желчный асцит. У больных с перитонитом, оперированных даже в 1-е сутки, нужно ограничиться только наружным дренированием с реконструкцией через 3–4 мес. Сменные дренажи при свежих повреждениях устанавливаем редко.

А.М.Карачун (председатель). В одной из китайских клиник я увидел плакат, гласящий: «Хорошие результаты приходят с опытом, а опыт — с плохими результатами».

Поступил в редакцию 15.05.2015 г.