

## ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Председатель правления – М. Д. Ханевич, ответственный секретарь – Н. А. Сизоненко,  
референт – Ю. В. Плотников

### 2528-е заседание 24.04.2019 г.

Председатель – И. А. Соловьев

#### ДЕМОНСТРАЦИИ

1. С. А. Шляпников, А. Е. Демко, И. В. Сорока, И. М. Батыршин, А. А. Шумейко, Г. Ш. Шанава (ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»). **Успешное лечение пациента с гангреной Фурнье.**

**Цель демонстрации** – продемонстрировать редкое заболевание, трудно диагностируемое на ранней стадии, молниеносность течения тяжелого сепсиса на фоне некротизирующей инфекции мягких тканей.

Пациент Ш., 27 лет, был госпитализирован 04.03.2017 г. в тяжелом состоянии, с лихорадкой 39 °С на фоне нормального количества лейкоцитов. Имелись явления полиорганной недостаточности (ПОН): печеночной (гипокоагуляция, повышение трансаминаз, паренхиматозная желтуха); почечной (азотемия, анурия; артериальная гипотензия; тромбоцитопения). Отмечены минимальные местные воспалительные изменения в области мошонки: незначительный отек, расширение подкожных вен, утолщение оболочек яичка по УЗИ. Больной госпитализирован в отделение хирургической реанимации. На фоне прогрессирующей ПОН, развития респираторного дистресс-синдрома было отмечено быстрое нарастание отека мошонки и полового члена, с появлением геморрагического пропитывания мягких тканей, нарастание болевого синдрома. В операционной произведена некрэктомия мягких тканей. Дальнейшее лечение проводилось в условиях реанимационного отделения Городского центра по лечению тяжелого сепсиса в течение 24 суток. Течение заболевания осложнилось двусторонней госпитальной пневмонией. Коррекция почечной недостаточности потребовала многократных сеансов гемодиализа. После стабилизации состояния, купирования явлений тяжелого сепсиса больной переведен в отделение хирургических инфекций. 13.04.2017 г. выполнена пластика мошонки и полового члена местными тканями. Выписан 29.05.2017 г. на амбулаторное лечение.

**Ответы на вопросы.** Заболевание имеет 4 стадии развития, летальность – 24–88 %. Первичный возбудитель – грамположительные кокки, была анаэробная флора. Применяли 4 антибактериальных препарата. *Candida* не типировали. Характерны желтуха, гипокоагуляция. Диабетом больной не страдает. Половой жизнью живет.

#### Прения

С. Я. Ивануса. Получен великолепный результат. Удалось подавить анаэробную инфекцию и стрептококк, ПОН. Важна вся программа, привлечение гемодиализа.

И. А. Соловьев (председатель). Средняя летальность при этом заболевании – около 60 %, поражение яичек – 90 %. Правильное лечение привело к получению хорошего функционального результата.

2. А. Л. Андреев (ООО «АВА-ПЕТЕР», клиника «Скандинавия»). **Трехэтапная лапароскопическая хирургия дивертикула сигмовидной кишки с абсцедированием и перитонитом.**

**Цель демонстрации** – представить успешное трехэтапное лапароскопическое лечение перфорации дивертикула сигмовидной кишки с абсцедированием и распространенным перитонитом у пациентки пожилого возраста.

Пациентка П., 73 лет, находилась в ЦРБ Ленинградской области с 04 по 05.09.2018 г. с диагнозом «Дивертикулярная болезнь. Дивертикулит сигмовидной кишки?». По настоянию больной и родственников, пациентка бригадой скорой помощи доставлена в клинику «Скандинавия» 05.09.2018 г. При поступлении, по данным КТ: свободная жидкость и газ в брюшной полости, дивертикулит сигмовидной кишки с перфорацией, желчнокаменная болезнь. 05.09.2018 г. выполнена экстренная лапароскопическая операция типа Гартмана, санация и дренирование брюшной полости. Послеоперационный диагноз: «Дивертикулез толстой кишки, дивертикулит сигмовидной кишки с абсцедированием и распространенным перитонитом, токсическая фаза». 06.09.2019 г. произведена лапароскопическая этапная санация брюшной полости. Послеоперационный период протекал с обострением хронического калькулезного холецистита. После консервативной терапии 19.09.2018 г. пациентка выписана на амбулаторное лечение. 03.01.2019 г. выполнена операция: лапароскопическое восстановление проходимости толстой кишки и холецистэктомия. На 6-е сутки пациентка выписана из стационара. При контрольном осмотре через 2 месяца – пациентка в удовлетворительном состоянии.

**Ответы на вопросы.** До операции больная жила на Севере около 30 лет, страдала запорами. Больна с 30.08.2018 г. Перед поступлением была задержка стула в течение 3 дней. Поступила в больницу 04.09.2018 г. в тяжелом состоянии, с явлениями энцефалопатии, абдоминального сепсиса, АД – 70 мм рт. ст. Ведение больной соответствовало европейским рекомендациям. При КТ обнаружен абсцесс позади матки, гнойный перитонит, свободный газ во всех отделах брюшной полости. Внутривенное давление не измеряли. VAS-терапия не применялась. Применялся меронем, переливалась кровь. Сформировалась параколомическая грыжа, которая устранена без применения синтетической сетки. Формируется послеоперационная грыжа. В связи с имеющимися дивертикулами был мобилизован селезеночный изгиб. Высевались *Esherichia* и *Klebsiella coli*. Посев крови был отрицательным. Релапароскопия производилась через отдельный разрез. Подобных больных было 12 за 5 лет. Максимальный уровень прокальцитонина – 14 нг/мл, потом он значительно снизился, поэтому абдоминальный сепсис в диагноз не включен. Стул ежедневный, но больная принимает свеклу. Переход на лапаротомию был возможен при создавшихся трудностях мобилизации кишки или по требованию анестезиологов.

**Прения**

В. И. Кулагин. В клинике А. Г. Земляного мы занимались этой проблемой. При перфорации дивертикула возникает перитонит, но кала в брюшной полости, как правило, не находят. Если обнаруживается дивертикул, то возможны: 1) тампонада до формирования свища; 2) дренирование; 3) обструктивная резекция; 4) первичный анастомоз. Никогда не делали операцию Микулича. Если отверстие не обнаружено, достаточно дренирования брюшной полости, допустимо лапароскопического. Резекция кишки должна быть экономной, перфорирует только один дивертикул.

А. В. Хохлов. Классификация перитонита меняется. Степени тяжести – легкая и тяжелая. При тяжелой степени требуется лапаротомия, тактика «открытого живота».

А. Е. Демко. Тяжелая степень перитонита вряд ли допускает лапароскопическое выполнение операции. Чаще показана открытая операция.

И. А. Соловьев (председатель). Лечение успешно, но вызывает вопросы. Есть разлитой перитонит, сепсис, но нет критериев. Результат обусловлен индивидуальным опытом хирурга.

**ДОКЛАД**

А. Д. Ахметов, В. А. Каценко, А. В. Лодыгин, А. И. Мицинская, М. А. Мицинский (ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России», кафедра факультетской хирургии ГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»). **Пластика вентральных грыж в eTEP-варианте – новая эра герниологии.**

В 2017 г. появились первые данные о применении нового типа операции – пластики eTEP Sublay у 75 пациентов со сроком наблюдения до 1 года (I. Belynsky, 2017 г.) в 5 центрах. Отмечены хорошие результаты, а также осуществимость и эффективность этой техники. С этого момента центры активно осваивают новую методику. В 2018 г. ряд российских клиник также представили свои результаты. В исследование авторов были включены 15 пациентов. Их средний возраст – 56,4 года, BMI – 34,7 и уровень по шкале ASA – 2. 6 пациентов имели большую пупочную или эпигастральную грыжу, 6 – пупочную грыжу на фоне диастаза мышц, 3 – рецидивные вентральные грыжи (Sm2-3). Все больные исследовались на спиральной компьютерной томографии (СКТ) для уточнения состояния передней брюшной стенки и оптимизации точек установки троакаров. Использованы 2 методики: «верхняя» методика (4 порта в верхней части) – у 8 и «нижняя» (3 порта в нижней части) – у 7 пациентов. Специальное положение – на спине с опущенным ножным концом. После входа в ретромускулярное пространство (в точках в соответствии с методикой) выполнялась диссекция баллоном, затем устанавливались дополнительные порты. Тотальная диссекция тканей от мечевидного отростка до лобка по типу Rives – Stoppa выполнялась с выделением грыжевого мешка. Послойный шов белой линии живота нитью V Ioc 1/0. Дефекты нижней стенки также ушивались нитью наглухо (V-Ioc или Ethibond 2/0). Устанавливался полипропиленовый протез «средней жесткости» у 13 больных и «облегченный» у 2 – 384–540 см<sup>2</sup>. Протез фиксировался у 1 больного 2 швами, у остальных не фиксировался. Операция заканчивалась установкой дренажа в ретромускулярное пространство на 1 сутки. **Результаты.** У 2 пациентов отмечена серома 1-го типа. Реопераций у больных (в течение 30 дней) не было. В последующей оценке по шкале качества жизни EuraHS QoL развитие хронической боли было у 1, ограничения движений нет (данные на 6-месячный срок наблюдения). **Выводы.** Примененная «новая» методика операции eTEP RS выполнима в условиях герниологического центра, оборудованного эндовидеохирургическим инструментарием, после соответствующего обучения. Ранние и относительно отдаленные результаты показывают высокую эффективность и удовлетворительный косметический результат у пациентов с вентральными грыжами. Технически возможно выполнение TAR и расширение показаний к операции.

**Ответы на вопросы.** При операции нет отслойки жировой ткани. Длительность вмешательства – менее часа. Операция возможна при рецидивах. Рубцы не мешают. Методика позволяет незначительно снижать внутрибрюшное давление. Есть метод подготовки больных введением газа в брюшную полость. При свищах пока не рекомендуется. Дренажи устанавливаются на 1–2 дня. Серомы бывают, все их пунктировать необязательно, можно наблюдать. Невправимые грыжи оперируем, терпеливо выделяя ткани и органы. Избыток кожи можно иссекать. Бандаж после операции рекомендуем на срок не менее 4 месяцев.

И. А. Соловьев (председатель). Применение малоинвазивных методов операций при грыжах оправдано. Методика представлена ясно и понятно.

Поступил в редакцию 07.05.2019 г.

**2529-е заседание 22.05.2019 г.**

Председатель – И. А. Соловьев

**ДЕМОНСТРАЦИИ**

1. М. Ю. Кабанов, Н. И. Глушков, К. В. Семенов, Т. Л. Горшенин, Ю. А. Сизов (СПбГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» (ГДВВ), кафедра общей хирургии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова»). **Успешное лечение острого мезентериального тромбоза у пациентки-долгожительницы.**

Пациентка Х., 92 лет, поступила в ГДВВ 26.02.2015 г. с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, многократную рвоту. Вышеописанные жалобы отмечала в течение 2 дней до госпитализации. Состояние при поступлении тяжелое. При пальпации живот вздут, болезнен, напряжен во всех отделах. Положителен симптом Склярова. Обзорная рентгенография брюшной полости – тонкокишечные уровни жидкости и пневматоз тонкой кишки. Диагноз: «Острая кишечная непроходимость. ИБС. Атеросклеротический и постинфарктный (острый инфаркт миокарда, 1989 г.) кардиосклероз. Мерцательная аритмия. Гипертоническая болезнь (ГБ) III ст. Церебральный атеросклероз. Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит. Хронический пиелонефрит, латентное течение. Дегенеративно-деструктивное заболевание позвоночника. Остеохондроз позвоночника». В анализах крови: Hb – 120 г/л, лейкоциты – 19,1 · 10<sup>9</sup>/л. Пациентка оперирована в экстренном порядке, выполнена диагностическая лапароскопия: в 120 см от связки Трейтца тонкая кишка багрового цвета, перистальтика отсутствует. Выполнена конверсия доступа. Кишка в 120 см от связки Трейтца на протяжении 100 см нежизнеспособна. Пульсация верхней брыжеечной артерии (ВБА) отсутствует. Выполнена тромбэктомия из ВБА и резекция участка тонкой кишки с формированием первичного анастомоза. Послеоперационный диагноз: «Острый мезентериальный тромбоз в бассейне ВБА. Некроз участка тонкой кишки». Течение послеоперационного периода без осложнений. Заживление раны первичным натяжением. В настоящее время пациентка находится под динамическим наблюдением. Продемонстрирован видеофильм беседы с больной.

**Ответы на вопросы.** Сначала восстановлен кровоток (тромбэктомия с помощью катетера Фогарти), потом произведена резекция кишки. Нежизнеспособны 60 см кишки, удалено 120 см. Через год после госпитализации развился хронический атонический колит, задержка стула – по несколько дней. Вес постепенно увеличивается. Иногда появляются боли в животе и нижних конечностях. Принимает Клексан, Омепразол. Операцию на желчном пузыре не делали. Срок тромбоза – 2 суток. Фактор успеха – правильное первое решение. От операции second-look было решено воздержаться. Этиология ишемии – сочетание тромбоза и эмболии. КТ-ангиографию не делали в связи с клиникой и предполагаемой операцией по поводу острой кишечной непроходимости.

**Прения**

К. Н. Павелец. Больная – долгожитель, и это украшает демонстрацию. После восстановления кровотока можно не увидеть, сколько кишки надо удалить. Мы наблюдали подобную больную с тромбозом, потребовавшим резекции кишки, затем, через 2 месяца, выполнили резекцию желудка по поводу рака.

И. А. Соловьев (председатель). Срок принятия решения об операции оптимален, порядок проведения операции правилен. Но в таких ситуациях проведение операции second-look необходимо. Первичный межкишечный анастомоз также спорен, но результат оправдал его выполнение.

2. М. Ю. Кабанов, К. В. Семенов, О. Н. Бабак, Д. В. Антонов, К. Э. Торчинов, Т. О. Лагвилава, В. Ю. Чуб (СПбГБУЗ «ГДВВ», кафедра общей хирургии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова»). **Успешное лечение мультифокального атеросклероза с поражением трех артериальных бассейнов.**

**Цель** демонстрации – показать возможность этапного хирургического лечения при мультифокальном атеросклерозе с учетом превалирования клинических проявлений в пораженных артериальных бассейнах.

Пациент Б., 62 лет, поступил в отделение сосудистой хирургии ГДВВ 07.10.2017 г. с диагнозом: «Мультифокальный атеросклероз. Стеноз левой внутренней сонной артерии 90 %. Окклюзия первого сегмента левой подключичной артерии с формированием синдрома позвоночно-подключичного обкрадывания. Окклюзия общих подвздошных артерий с двух сторон. Синдром Лериша. Хроническая ишемия нижних конечностей 2Б стадии. ИБС. Атеросклероз коронарных сосудов. ГБ 3 ст., риск сердечно-сосудистых осложнений 3». Многократно лечился в неврологических стационарах Санкт-Петербурга и амбулаторно по поводу общемозговой симптоматики в виде головокружений, шаткости походки, слабости в левой руке, перемежающейся хромоты с дистанцией безболезненной ходьбы 30–40 м. Госпитализирован в ГДВВ с клиникой транзиторной ишемической атаки (ТИА) в левом краниальном бассейне. Данные МСКТ и УЗДС артерий брахиоцефальных и нижних конечностей: стеноз левой внутренней сонной артерии – 90 %, окклюзия первого сегмента левой подключичной артерии с формированием синдрома позвоночно-подключичного обкрадывания. Окклюзия общих подвздошных артерий с двух сторон. Синдром Лериша. Учитывая клинику ТИА и высокий риск развития ОНМК, первым этапом была выполнена каротидная эндартерэктомия слева по методике Де Бейки 10.10.2017 г. Выписан 17.10.2017 г. в удовлетворительном состоянии. Повторно госпитализирован 07.11.2017 г. 09.11.2017 г. выполнено сонно-подключичное шунтирование слева синтетическим протезом. Восстановлен антеградный кровоток по подключичной и позвоночной артериям. Выписан 16.11.2017 г. в удовлетворительном состоянии. 11.12.2017 г. госпитализирован для оперативного лечения по поводу облитерирующего атеросклероза нижних конечностей, синдрома Лериша. 14.12.2017 операция: бифуркационное аортобедренное шунтирование синтетическим протезом. Выписан 25.12.2017 г. в удовлетворительном состоянии, с восстановлением кровотока на артериях стоп. При контрольном обследовании в октябре 2018 г., по данным клиники и УЗДС оперированных артериальных бассейнов, окклюзионно-стенозирующих поражений не выявлено. Клинических проявлений артериальной недостаточности в оперированных бассейнах не выявлено. В настоящее время пациент находится под динамическим наблюдением. Данных за прогрессирование заболевания нет.

**Ответы на вопросы.** Больной работает слесарем по ремонту котельных установок. Принимал Тромбо АСС, выполнял назначения кардиолога. Ранее курил, после операции бросил. Ходит без остановки до 5 км. Стенты осложняются рестенозом. Многоэтапность операции обусловлена длительностью

оперативных вмешательств. У больного 90 %-й стеноз левой позвоночной артерии, 7 %-й – правой. Синдром Лериша – предиктор церебральной ишемии.

И. А. Соловьев (председатель). Успех достигнут. Больной работает, устранена недостаточность кровообращения в трех сосудистых бассейнах.

**ДОКЛАД**

М. Ю. Кабанов, М. Я. Беликова, К. В. Семенов (СПбГБУЗ «ГДВВ»; кафедра общей хирургии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова»). **Возможности КТ-перфузии в диагностике заболеваний поджелудочной железы.**

Перфузионная КТ является разновидностью динамической КТ, позволяющей отслеживать движение контрастного препарата по микроциркуляторному руслу в выбранной зоне интереса. При динамическом сканировании, на основании изменения плотности контрастного вещества во времени в приносящем сосуде и в зоне интереса, с помощью специальных математических алгоритмов рассчитываются числовые значения показателей тканевой перфузии и автоматически строятся цветные параметрические карты, дающие количественную и качественную информацию о функциональном состоянии тканей в норме и при патологических состояниях. На компьютерном томографе GE 64 Optima 660, установленном на базе СПбГБУЗ «ГДВВ», к настоящему моменту выполнено 350 исследований поджелудочной железы с применением перфузионной программы. Из них исследование проведено 30 пациентам с отсутствием анамнеза и клинико-лабораторных данных, свидетельствующих о заболеваниях поджелудочной железы, что позволило определить нормальные значения показателей перфузии. Остальные пациенты распределились следующим образом: с опухолями поджелудочной железы – 150 человек, большого дуоденального сосочка (БДС) – 28, холангиогенными образованиями – 36, панкреатитами – 106. У 184 больных имела место механическая желтуха. Перфузионная КТ в сравнении со стандартным протоколом исследования продемонстрировала высокую диагностическую эффективность в выявлении изоденсных и изоваскулярных опухолей поджелудочной железы, опухолей «сложной» периапулярной локализации (чувствительность – 97,9 %, специфичность – 100 %, диагностическая точность – 98,6 %), стадировании опухолевого процесса (TNM), оценке резектабельности, в дифференциальной диагностике псевдотуморозного панкреатита и рака поджелудочной железы. Применение перфузионной КТ оправдано в случае диагностических сложностей при стандартном протоколе КТ-исследования и у пациентов с механической желтухой при исключении холедохолитиаза другими методами диагностики.

**Ответы на вопросы.** Оценка резектабельности проводится совместно с хирургом. При условно-резектабельных опухолях оперируем. При кистозных гиперплазиях видно яркое накопление препарата, при панкреатите видны секвестры, отек. Стандарт исследования – ангиография. Необходимо их сочетание. После химиотерапии картина резко меняется.

**Прения**

В. А. Кащенко. Исследование чрезвычайно информативно и будет «золотым стандартом» диагностики заболеваний поджелудочной железы. Но это не альтернатива, а дополнение к существующим методам.

С. Я. Ивануса. Подтверждаю значительное улучшение точности диагностики. Во время использования метода дополняем его перфузионной терапией.

И. А. Соловьев (председатель). Метод вызывает большой интерес, но в основном описывается его рентгеновская сторона. Метод хорош в оценке жизнеспособности тканей. Методика сначала была оценена неврологами, теперь этим занимаются и хирурги.

Поступил в редакцию 28.05.2019 г.