

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

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

2533-е заседание 9.10.2019 г.

Председатель – М. Д. Ханевич

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *К. В. Павелец, О. Г. Вавилова, М. К. Павелец, С. А. Калужный* (кафедра факультетской хирургии имени проф. А. А. Русанова ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава России, СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Осложненное течение лапароскопически-лапаротомного устранения субтотальной желудочной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы на фоне короткого пищевода.**

Цель – показать необходимость формирования фундопликационной манжеты у пациентов с субтотальными грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и коротким пищеводом непосредственно в средостении, обсудить хирургическую тактику.

Пациент М., 63 лет, переведен в Мариинскую больницу по экстренным показаниям в крайне тяжелом состоянии, в условиях искусственной вентиляции легких, из крупной коммерческой клиники. Больной поступил в клинику в плановом порядке для проведения оперативного вмешательства по поводу субтотальной желудочной ГПОД, укорочения пищевода 1-й ст. 05.03.2019 г. ему выполнено оперативное вмешательство в объеме лапароскопии, лапаротомии, круорографии, ушивания дефекта абдоминального отдела пищевода, фундопликации по Дору. На 2-е сутки послеоперационного периода, в связи с признаками несостоятельности пищеводно-желудочных швов, подкожной эмфиземы, медиастинита, сепсиса, больной переведен в Мариинскую больницу. В связи с тяжестью состояния пациент госпитализирован в отделение хирургической реанимации. 07.03.2019 г., после кратковременной подготовки, выполнено оперативное вмешательство из левостороннего торако-абдоминального доступа. В левой плевральной полости над диафрагмой определялось шаровидное образование 10×10 см. Оно являлось плотным грыжевым мешком, в котором находился абдоминальный отдел пищевода с перфоративными отверстиями на уровне узловых швов, фиксирующих манжету по Дору. В полости грыжевого мешка было около 300 мл жидкости с примесью желудочного содержимого. С учетом интраоперационных находок, принято решение выполнить одномоментную резекцию пищевода с пластикой желудочным трансплантатом, дренирование заднего средостения и левой плевральной полости. Послеоперационный период осложнился двусторонней полисегментарной пневмонией, некорректируемой артериальной гипертензией, энцефалопатией смешанного генеза. Больной находился в условиях медикаментозной седации на вспомогательных режимах ИВЛ. На фоне проводимой терапии состояние стабилизировалось. На 5-е сутки послеоперационного периода удалены дренажи из левой плевральной полости. После контрольного КТ средостения удален дренаж из заднего

средостения. На 7-е сутки послеоперационного периода выполнена контрольная рентгеноскопия с водорастворимым контрастом, выявлена своевременная эвакуация, затеков контраста не выявлено. В связи с проводимой седацией энтеральное питание начато через назогастральный зонд. После стабилизации состояния зонд удален. На момент выписки больной жалоб активно не предъявлял, не лихорадил, явлений диспепсии не отмечал.

Ответы на вопросы. Больной является работником кинематографии. Показаниями к первой операции были недостаточность дыхания, приступы кашля по 2–3 ч с декабря 2018 г. Травм не было. О рефлюкс-эзофагите, коротком пищеводе больной знал раньше. Пищеводно-желудочный переход находился выше ножек диафрагмы. Грыжевой мешок не был иссечен. Сейчас отрыжки, изжоги нет. Глотание и дыхание еще полностью не восстановились. Принимает препараты от гипертонической болезни.

Прения

А. К. Ушкац. Это смешанный тип параэзофагеальной грыжи. Традиционно при ней низводят желудок, мобилизуют дистальный отдел пищевода, создают желудочную манжету. Здесь было повреждение пищевода швами по Дору, которое впоследствии устранено операцией Ниссена.

2. *К. В. Павелец, М. К. Павелец, С. А. Калужный, Д. С. Русанов, А. С. Цытлев* (кафедра факультетской хирургии имени проф. А. А. Русанова ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава России; СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Редкое осложнение лапароскопической фундопликации по Тупе в позднем послеоперационном периоде.**

Цель демонстрации – показать наблюдение успешного лечения редкого осложнения лапароскопической фундопликации по Тупе, обсудить вариант хирургической тактики.

Большая С., 60 лет, поступила в Мариинскую больницу в плановом порядке с жалобами на затруднение прохождения твердой пищи по пищеводу, боли за грудиной. В течение длительного времени пациентка отмечала жалобы, характерные для синдрома диспепсии. С 2016 г. отмечено прогрессивное учащение эпизодов изжоги, срыгивания, необходимость повышенного положения, обусловленного активным слюноотечением, срыгиванием во сне. Неоднократно обращалась за медицинской помощью к различным специалистам гастроэнтерологического профиля. Несмотря на соблюдение предписанных рекомендаций, положительный клинический эффект не был достигнут. Учитывая сохранение симптоматики, обратилась за медицинской помощью в Мариинскую больницу. В ходе обследования выявлены признаки кардиальной ГПОД. 17.01.2017 г. выполнено лапароскопическое устранение ГПОД по Тупе с фиксацией сетчатого протеза. При контрольной рентгенографии с сульфатом бария через 1 месяц клинико-инструментальных данных за рецидив не получено. Через

10 месяцев, 28.11.2018 г., больная повторно обратилась в стационар с вышеуказанными жалобами. В ходе комплексного обследования выявлено инородное тело пищевода на 31–33 см от резцов (полипропиленовый сетчатый трансплантат). Принимая во внимание бесперспективность консервативной терапии, 07.12.2018 г. выполнено оперативное вмешательство из левостороннего косопоперечного доступа в 7-м межреберье. В верхнем этаже брюшной полости был выраженный рубцово-спаечный процесс, образованный плотным инфильтратом, состоящим из левой доли печени, кардиоэзофагеального перехода, ножек диафрагмы, сетчатого трансплантата, установленного ранее. Учитывая интраоперационные находки, произведена проксимальная резекция желудка с резекцией нижней трети пищевода, атипичной резекцией левой доли печени. Послеоперационный период протекал без особенностей. При контрольной рентгенографии на 6-е сутки доказана своевременная эвакуация через зону анастомоза и из желудка. Затеков контраста нет. Назогастральный зонд удален. Специфических жалоб больная активно не предъявляла, выписана в стабильном состоянии на 11-е сутки послеоперационного периода. Через 1,5 месяца она повторно госпитализирована в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы с клинической картиной дисфагии. В ходе обследования выявлены признаки формирования рубцовой стриктуры эзофагогастроанастомоза. С целью восстановления функции энтерального питания проводили сеансы антеградного форсированного бужирования по струне-направителю и баллонной гидродилатации. Последняя госпитализация в апреле 2019 г. Получен стойкий положительный эффект. В настоящее время больная жалоб активно не предъявляет, не лихорадит, явлений диспепсии не отмечает.

Ответы на вопросы. Сейчас больной требуется хорошо пережевывать пищу. После первой операции глотание было хорошим, но потом появились затруднения. Пластику по Тупе выполняла другая бригада хирургов. Сетчатый протез фирмы «Линтекс» находился на 5 см выше линии швов, на пищеводе, и его край вызвал пролежень. При анастомозе по Цацаниди стриктуры достаточно часты.

Прения

Д. И. Василевский. При первой операции у первого больного не был иссечен грыжевой мешок, что гарантирует рецидив грыжи. Не нужно «вытягивать» пищевод в брюшную полость. Фундопликация по Ниссену не может превратиться в частичную фундопликацию по Дору. Я являюсь сторонником применения протезов в хирургии грыж пищевода и отверстия диафрагмы. У второго больного осложнение возникло от контакта края протеза с пищеводом. Тем не менее повторные операции позволили устранить оба осложнения, угрожающие жизни.

П. К. Яблонский. Малоинвазивные операции не исключают правильного хода операции. Если у вас в руке молоток, то не все должно быть гвоздем. Надо вовремя переходить к классическим операциям. В обоих наблюдениях допущены ошибки при первом вмешательстве.

В. И. Кулагин. Задачами оперативного лечения ГПОД являются низведение желудка в брюшную полость, создание фундопликационной манжетки, а главное – устранение дефекта диафрагмы. Один из основных моментов – достаточная мобилизация пищевода. При грыжах III типа это, как правило, удаётся. Грыжевой мешок иссекается. При значительном дефекте диафрагмы используется сетка. В первом наблюдении течение операции осложнилось перфорацией пищевода, что требовало конверсии и изменения плана операции. Не иссечен грыжевой мешок, хотя это в какой-то мере спасло больного, не позволив развиться плевриту и медиастиниту. Выход из обеих ситуаций выполнен удачно, с чем и следует поздравить докладчиков.

А. Е. Карелов. Есть множество публикаций, где говорится о том, что результаты фундопликации по Тупе сравнимы с результатами операции Ниссена, но после первой ниже частота осложнений, связанных с избыточным размером манжетки, нарушениями возможности отрыжки, особенно у пожилых пациентов с нарушением моторики пищевода.

Н. А. Майстренко. Здесь пример оказания услуг, а не помощи больному в обоих случаях. Надо пользоваться классификацией Б. В. Петровского – А. Ф. Черноусова, правильно классифицировать грыжи, выполнять поэтажную манометрию и рН-метрию, выбирать оптимальную операцию.

К. В. Павелец. Больных с ГПОД много, выполняются операции с помощью робота. При гипомоторике пищевода результаты всегда плохие. Стриктуры после операции К. Н. Цацаниди развиваются в 4 %. Секрция восстанавливается через 2 года.

М. Д. Ханевич (председатель). Ошибки надо признавать и на них учиться. Несмотря на длительность операций, эндоскопический хирург не всегда переходит на традиционный доступ. Тем не менее данные повторные операции закончились хорошим функциональным результатом.

ДОКЛАД

Н. А. Майстренко, Г. М. Манихас, А. А. Сазонов (кафедра факультетской хирургии им. С. П. Фёдорова ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова»; кафедра онкологии 2 ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И. П. Павлова»). **Результаты хирургического лечения местно-распространенного колоректального рака у пациентов гериатрического профиля.**

Цель – проанализировать основные проблемные вопросы хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с местно-распространенным раком (МРР) толстой кишки и обосновать целесообразность применения персонализированного подхода к выбору хирургической тактики с комплексной оценкой функциональной операбельности и молекулярно-биологических свойств опухоли.

Методы и материалы. Проведена оценка непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения 236 пациентов с МРР толстой кишки. Проанализирована значимость показателей функциональной операбельности в определении риска развития послеоперационной летальности и осложнений. С помощью иммуногистохимической (ИГХ) диагностики осуществлен анализ молекулярно-биологических свойств опухоли у пациентов различного возраста, а также изучена клиническая значимость отдельных ИГХ-маркёров для прогнозирования отдаленных результатов лечения.

Результаты. Всем больным были выполнены радикальные оперативные вмешательства, с удалением пораженных опухолью органов и тканей единым блоком. Развитие послеоперационных осложнений было зафиксировано у 37 % больных гериатрического профиля и у 28 % пациентов моложе 60 лет. Частота развития «собственно хирургических» осложнений в обеих возрастных группах была сопоставима, в то время как осложнения, ассоциированные с отягощенностью общесоматического статуса, достоверно чаще встречались у больных гериатрического профиля. Послеоперационная летальность составила 2,1 % (3 больных) у пациентов пожилого и старческого возраста и 1,1 % (1 больной) – у лиц моложе 60 лет. При анализе факторов риска получены высокие значения сопряженности между наступлением летального исхода и принадлежностью больного к IV группе по шкале ASA, а также между величиной индекса коморбидности Charlson более 7 баллов и развитием послеоперационных осложнений (90 %). Показатели общей и безрецидивной 3-летней выживаемости у пациентов гериатрического профиля составили

63,4 и 56,5 %, в группе больных молодого и среднего возраста – 67,6 и 54,4 % соответственно. В ходе ИГХ-исследования установлена прогностическая значимость таких маркеров, как индекс пролиферативной активности стволовых раковых клеток (ALDH+Ki-67+) и рецептор к хемокинам CXCR4.

Заключение. Залогом реализации положительного потенциала расширенно-комбинированных вмешательств у больных МРР толстой кишки пожилого и старческого возраста является персонализированный подход к выбору хирургической тактики, который должен носить комплексный характер и включать в себя оценку функциональной операбельности, а также анализ потенциала злокачественности опухоли с использованием современных методик морфологического исследования. Применение данных алгоритмов необходимо для интегральной оценки обоснованности планируемой операции не только с точки зрения безопасности для больного, но и с позиции ее онкологической эффективности.

Ответы на вопросы. В России местно-распространенный колоректальный рак (МКР) ежегодно диагностируется у 25 тысяч больных, а 3 тысячи человек умирают. Превентивная колостомия чаще осуществляется у пожилых и стариков.

Прения

П. К. Яблонский. Нужно отдать должное значению протоколов профилактики тромбоэмболических осложнений при операциях на малом тазу.

Б. И. Мирошников. В докладе не хватает цифровых оценок. Все плановые больные должны выздоравливать. Несостоятельности швов не должно быть, если она встречается, необходимо проводить анализ.

М. Д. Ханевич (председатель). Доклад замечательный, но проблема нуждается в дальнейших исследованиях. Возраст играет роль, но большее значение имеют сопутствующие заболевания. Несостоятельность швов, наступившая в течение первых 3 суток после операции, нуждается в серьезном анализе. Нужно учитывать значение адьювантной и неоадьювантной терапии.

Поступил в редакцию 17.10 2019 г.

2534-е заседание 23.10.2019.

Председатель – В. П. Акимов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. П. Н. Ромашенко, Ал. А. Курьгин, Н. А. Майстренко, В. В. Семенов, С. Ю. Полушин, А. А. Удальцов, А. И. Строганов, А. А. Мамошин, С. А. Прудьева (кафедра и клиника факультетской хирургии им. С. П. Фёдорова ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова»). **Успешное хирургическое лечение триады Сейнта в сочетании с большими послеоперационными вентральными грыжами.**

Цель демонстрации – показать этапный хирургический подход в лечении редкого синдрома – триады Сейнта – в сочетании с послеоперационными вентральными грыжами.

Пациент А., 54 лет, поступил в клинику факультетской хирургии Военно-медицинской академии в плановом порядке с жалобами на грыжевые выпячивания в области послеоперационных рубцов, тяжесть в правом подреберье после приема жирной пищи, периодическую изжогу. Из анамнеза заболевания известно, что в марте 2018 г. в одном из стационаров города пациенту выполнили операцию по типу Гартмана по поводу перфорации дивертикула сигмовидной кишки. Послеоперационный период осложнился нагноением срединной послеоперационной раны, а также развитием абсцесса левого бокового канала, который был дренирован

через отдельный разрез в левой боковой области живота. В последующем у пациента сформировались большая срединная и боковая послеоперационные вентральные грыжи. Вторым этапом в другом стационаре города больному было выполнено восстановление непрерывности толстой кишки, однако от одномоментного устранения послеоперационных вентральных грыж хирурги воздержались.

В ноябре 2018 г. пациент обратился в клинику факультетской хирургии Военно-медицинской академии с жалобами на грыжевые выпячивания в области передней и боковой стенок живота. Также установлено, что в течение нескольких лет пациент наблюдался в частном медицинском центре по поводу гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), пищевода Барретта с кишечной метаплазией. Кроме того, имелась желчнокаменная болезнь, однако от операции больной воздерживался.

В нашей клинике первым этапом пациенту выполнено устранение боковой послеоперационной вентральной грыжи по методике «sublay», а также эндоскопическая абляция очагов метаплазии пищевода. После контрольной ФГДС 08.04.2019 г. выполнена операция: традиционное устранение ГПОД с фундопликацией по методике Nissen, холецистэктомия, устранение большой послеоперационной вентральной грыжи по методике «sublay». При контрольном обследовании через полгода данных за рецидив ГПОД и послеоперационных вентральных грыж нет.

Ответы на вопросы. Масса тела больного изменилась незначительно. Ранее он лечился у гастроэнтерологов, пытался снизить массу тела, но безуспешно, поправился на 4 кг. Баллонная манометрия показала почти нормальную моторику пищевода, незначительное снижение моторики дистального отдела пищевода, поэтому была избрана методика Ниссена вместо Тупе. рН-метрия выполняется. Причина триады (синдрома) Сейнта – повышенное внутрипищеводное давление – часто не диагностируется.

Прения

П. Н. Ромашенко. Синдром Сейнта – сочетание желчнокаменной болезни, дивертикулярной болезни кишечника, диафрагмальной грыжи – привел к образованию пищевода Барретта.

В. П. Акимов (председатель). Подобных сообщений не докладывали около 15 лет. Заболевание описано в 1947 г. Здесь оно дополнено перфорацией дивертикула в анамнезе. Как правило, все операции одномоментно не делались.

2. А. С. Шаповалов, А. В. Светликов, Л. Э. Иштулаева (ФБГУЗ «Клиническая больница № 122 им. Л. Г. Соколова» ФМБА РФ; кафедра сердечно-сосудистой хирургии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова»). **Успешное лечение острого илюфеморального тромбоза с синдромом Мея – Тернера у молодой женщины.**

Цель демонстрации – показать возможности этапного лечения (регионального катетерного тромболитика с последующим стентированием) острого илюфеморального тромбоза на примере наблюдения женщины 44 лет в течение 4 лет.

Пациентка 44 лет обратилась к гинекологу в связи с появлением периодических болей в левой паховой области. В анамнезе – прием гормональных контрацептивов. Данных за гинекологическое заболевание не было получено. Через три дня, 23.11.2015 г., боли усилились, отмечены посинение кожи и нарастающий отек левой нижней конечности. В отделении сосудистой хирургии по результатам УЗДАС вен нижних конечностей установлен диагноз: «Острый окклюзирующий тромбоз общей и наружной подвздошных вен, общей

и поверхностной бедренной, подколенной и берцовых вен до середины голени слева. Острая венозная недостаточность левой нижней конечности по типу синей флегмазии. Верхушка тромба гетерогенная, выходит в просвет нижней полой вены на 1 см». Левая нижняя конечность была диффузно отечна, цианотична, пульсация артерий нижних конечностей определялась на всех уровнях.

В день поступления назначена антикоагулянтная (Клексан 0,6 мг 1 раз в/день), инфузионная и противовоспалительная терапия. На 2-е сутки госпитализации выполнен катетерный тромболитический илиофemorальный сегмента глубоких вен слева с болюсной инфузией 200 тыс. МЕ Урокиназы в пульс-режиме, установлен автоматический перфузор 500 тыс. МЕ Урокиназы на 50 мл со скоростью введения 10 мл/ч под ежедневным контролем уровня фибриногена. На контрольной венографии 25.11.2015 г. выявлен парциальный лизис общей подвздошной вены (фибриноген 0,7 г/л). Продолжалось введение Урокиназы 100 тыс. МЕ/ч. На контрольной венографии 26.11.2015 г. имела место полная реканализация наружной подвздошной, общей и поверхностной бедренной, подколенной и берцовых вен. В области общей подвздошной вены определяются два участка локального дефекта наполнения контраста, подозрительных на симптом экстравазальной компрессии общей подвздошной вены. Тромболитический прекращен. Для профилактики ретромбоза выполнена баллонная ангиопластика и стентирование левой общей подвздошной вены саморасширяющимся стентом Wallstent (*Boston Scientific*) 16×60 мм (8 атм.) с достижением удовлетворительного венографического результата в виде полной проходимости вен левой нижней конечности.

Ответы на вопросы. Заболевание чаще отмечается слева, у женщин чаще в 3 раза, чем у мужчин. Больная принимает рекомендованные препараты. В семье подобных больных не отмечалось. Фрагментация тромба происходит постепенно. Лизис тромба начинается с верхушки. Необходимо наблюдение в течение 14–31 дня в связи с опасностью тромбоэмболии.

Прения

А. В. Светликов. Это первое наблюдение в Санкт-Петербурге. Таких больных много, они лечатся консервативно. Больная не могла ходить, старалась лежать. Более активная тактика помогла. Должен быть строгий отбор больных, наблюдение ангиохирурга с навыками лечения, возможность повторных ультразвуковых исследований.

В. П. Акимов (председатель). Аудитория в основном представлена общими хирургами. Синдром встречается достаточно часто. Осложнение возможно после операции по поводу варикозного расширения вен.

ДОКЛАД

А. Ф. Романчишен, А. В. Гостимский, З. С. Матвеева (кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии и общей медицинской практики ФГБВОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава России). **Клинические маски первичного гиперпаратиреоза.**

Цель – показать разнообразие клинических проявлений заболевания, возможные ошибки диагностики первичного гиперпаратиреоза в случае недостаточного обследования больных.

Методы и материалы. В докладе представлены результаты анализа хирургического лечения 318 больных с новообразованиями паратиреоидной ткани, в том числе 15 (4,7 %) детей, в Санкт-Петербургском центре эндокринной хирургии и онкологии в период с 1974 по 2018 год. Женщин было 308 (96 %), мужчин – 13 (4 %). Средний возраст больных составил (49,3±5,8) года (18–79 лет).

Результаты. Клинически выраженные (манифестные) формы первичного гиперпаратиреоза отмечались у 243 (76 %) больных. У 71 (22 %) больного удалены инциденталомы паращитовидных желез. У 4 (1 %) оперированных выявлен бессимптомный гиперпаратиреоз. Наиболее часто диагностировалась смешанная (34 %), костная (2 %) и почечная (11 %) формы заболевания. Костными проявлениями гиперпаратиреоза были боли в костях, суставах, мышцах – у 194 (61 %), патологические переломы – у 36 (11 %), деформация костей скелета – у 67 (21 %), «бурые опухоли» – у 42 (13 %) больных. К урологическим проявлениям отнесены камненосительство – у 28 (9 %), эпизоды почечной колики – у 105 (33 %), кораллоподобные конкременты – у 17 (5 %) больных. У 49 (15 %) пациентов диагностировано снижение выделительной функции почек. У 8 (2,5 %) больных выявлены висцеропатические проявления заболевания в виде язвенной болезни, у 4 (1 %) – панкреатита. Нервно-психические проявления гиперпаратиреоза были у 5 (1,5 %) больных. Хирургическое лечение включало в себя ревизию шеи, удаление паратиреоидной опухоли. У 5 (1,6 %) пациентов выполнена стернотомия для удаления эктопированной в средостение паратиреоидной опухоли. Рак околощитовидных желез выявлен у 3 (1 %) больных, у остальных – аденомы.

Заключение. Разнообразие клинических проявлений первичного гиперпаратиреоза при недостатке обследования пациентов может приводить к поздней диагностике патологии околощитовидных желез. Только удаление основной причины заболевания – новообразования паратиреоидной ткани – приводит к излечению больных.

Поступил в редакцию 31.10.2019 г.

2535-е заседание 13.11.2019 г.

Председатель – В. А. Кашенко

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *И. А. Соловьев, Л. А. Суров, Д. А. Дымников, А. Б. Лычев, А. М. Гринев* (кафедра военно-морской хирургии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» Минобороны России). **Успешное лечение хронического кальцифицирующего панкреатита в сочетании с дуоденальной дистрофией.**

Больной Ш., 1980 г. р., предъявлял жалобы на дискомфорт и умеренные боли в правом подреберье, желтушность кожи и склер, осветление кала, потемнение мочи, слабость. Заболел в начале августа 2018 г. Во время лечения в больнице им. С. П. Боткина был исключен инфекционный генез желтухи. 16.08.2018 г. амбулаторно произведена МСКТ органов брюшной полости, был выявлен хронический индуративный кальцифицирующий панкреатит, вируснохолитиаз. В связи с повторным приступом транзиторной желтухи 17.08.2018 г. по скорой помощи с диагнозом «Желчнокаменная болезнь (ЖКБ). Механическая желтуха» больной доставлен в клинику ВМХ. В клинике проведена комплексная детоксикационная терапия, оказавшаяся недостаточно эффективной. Отмечены повторные приступы механической желтухи (с билирубинемией от 60 до 121 мкмоль/л, периодическим повышением трансаминаз: АЛТ – до 470 ЕД/л, АСТ – до 337 ЕД/л) на фоне компрессии холедоха увеличенной головкой поджелудочной железы. С целью декомпрессии холедоха 28.08.2019 г. произведены ЭРХПГ и стентирование желчных протоков. Послеоперационный период протекал без осложнений. Впоследствии приступы механической желтухи не повторялись, однако пациента продолжали беспокоить периодические боли в эпигастральной области, умеренная слабость. Больной наблюдался гастроэнтерологом. В октябре и ноябре 2018 г. предпринимались попытки

эндоскопической вирсунголитэкстракции. Они оказались неэффективными. Этому препятствовали стриктуры вирсунгова протока, крупные вирсунголиты, киста головки поджелудочной железы. 10.12.2018 г. произведено оперативное вмешательство: продольная панкреатоэюностомия, резекция верхнегоризонтального и нисходящего отделов двенадцатиперстной кишки (ДПК) (ввиду интраоперационного выявления кистозной формы дуоденальной дистрофии), холецистэктомия, холедохоэюностомия, гастроэнтеростомия. Пациент выписан из клиники на 11-е сутки. При контрольном осмотре и обследовании через 9 месяцев состояние пациента удовлетворительное, жалоб не предъявляет, болевой синдром не беспокоит.

Ответы на вопросы. Болезнь началась с появления желтухи без боли. Постоянные ноющие боли в левой половине живота появились через неделю. Ранее были приступы острого панкреатита, до имеющейся в анамнезе у больного автотравмы и операции по этому поводу. Алкоголь употреблял. Занимается спортом. До операции планировалась операция Фрея в бернском варианте. Рвота была после операции. Сейчас больной жалоб не предъявляет, работает. Боли прошли. До операции пытался похудеть. Принимает Креон по 1 таблетке 3 раза. Диабета нет, сахар крови в пределах нормы. Киста размером 6–7 см, находилась в стенке ДПК, возможно, образовалась в результате бывшей травмы. Анастомозы сформированы на одной петле. Эвакуаторная функция желудка нарушена не была. Возможно, что выполнение панкреатодуоденальной резекции (ПДР) могло протекать легче. От операции Фрея отказались, потому что ткань поджелудочной железы была практически не изменена. Возможно, что перенесенная в анамнезе автотравма прямой связи с имеющимися изменениями не имела.

Прения

С. Я. Ивануса. Демонстрация показала преимущества оперативной методики высокого уровня в лечении этого заболевания. Наибольшим опытом терапии дуоденальной дистрофии обладает В. И. Егоров. Я считаю более показанной в этих условиях ПДР, но дренирование панкреатических протоков уменьшило гипертензию.

Н. Ю. Коханенко. Наблюдение редкое, с необычным кровотоком в стенку ДПК и образованием кисты. ПДР при хроническом панкреатите менее показана, чем при раке, и, тем более, результаты уступают исходам стентирования. Но это этап лечения. Через 1–2 года результаты ухудшаются. Желтуха связана с панкреатитом.

В. И. Кулагин. Выбор операции труден. Возможно, это была интрамуральная гематома в стенке ДПК, организовавшаяся в течение длительного времени. Здесь может быть два решения. Первое – рассечь изнутри слизистую оболочку и дренировать гематому. Второе – рассечь стенку извне и опорожнить гематому, не вскрывая слизистую оболочку. Резекция или дренирование при панкреатите? Если это головчатый панкреатит – резекция. Но пока результат хорош.

К. В. Павелец, М. И. Лыткин говорил: «Вы все умные, как моя жена потом». Сейчас больной чувствует себя хорошо. Но и минимальные операции опасны. Стентирование холедоха осложняется панкреонекрозом в 15%. При операции Пьюстау дренирование гематомы могло протекать лучше. Но результат пока хорош.

В. А. Кащенко (председатель). Результат лечения сложного заболевания пока блестящий. Я считаю, что дуоденальная дистрофия требует ПДР, так как ее сложно отличить от рака.

2. И. А. Соловьев, Д. А. Суворов, Д. А. Дымников, А. Б. Лычев, В. И. Кабанова, М. В. Васильченко, Е. В. Нуйкин, Н. А. Сизоненко (кафедра военно-морской хирургии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, СПб ГБУЗ «Центр

по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»). **Редкое наблюдение холедохолитиаза с формированием множественных холангиогенных абсцессов печени у ВИЧ-инфицированного больного.**

Пациент Р., 38 лет, поступил в клинику ВМХ ВМедА им. С. М. Кирова 21.03.2019 г. в экстренном порядке с диагнозом направления «ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит, обострение. Механическая желтуха». Он жаловался на периодические боли в верхних отделах живота, больше справа, общую слабость, периодическую лихорадку до 38 °С, которые беспокоили пациента около недели. 21.03.2019 г. больной отметил некоторое усиление боли и подъем температуры тела до 39 °С. В 2018 г. в стационарах города пациенту дважды выполнялась ЭРХПГ, ЭПСТ с холедохолитоэкстракцией. При выписке больному рекомендовалось плановое оперативное лечение, но больной эту рекомендацию не выполнил. В клинике проведено комплексное обследование, при котором выявлены множественные образования в правой доле печени (абсцессы) и конкременты (от 3 до 20 мм) в просвете желчного пузыря и общего желчного протока без признаков механической желтухи. 22.03.2019 г. было выполнено чрескожно-чреспеченочное дренирование абсцессов в S_{VII}–S_{VIII} (суммарно эвакуировано около 200 мл гнойного содержимого). В послеоперационном периоде проводилась комплексная консервативная терапия. Также в клинике выявлена ВИЧ-инфекция. При контрольной МСКТ 01.04.2019 г. было выявлено жидкостное образование в S_{VI} печени, которое было дренировано 02.04.2019 г. Течение послеоперационного периода осложнилось развитием холангиогенного сепсиса. Проводилась комплексная терапия, на фоне которой состояние пациента стабилизировалось. 16.04.2019 г. больному произведена лапароскопическая холецистэктомия, холангиография, холедохолитоэкстракция, дренирование холедоха по Керу. При холедохотомии эвакуировано более 20 конкрементов размерами от 3 до 22 мм. В послеоперационном периоде у пациента сохранялись признаки холедохолитиаза и билиарной гипертензии. 23.04.2019 г. была выполнена лапаротомия, холедохотомия, холедохолитоэкстракция (эвакуировано более 10 конкрементов из просвета внутри- и внепеченочных желчных протоков до 7 мм в диаметре), дренирование холедоха по Керу. В послеоперационном периоде, на фоне комплексной терапии, деструктивные процессы в печени были купированы, дренажи из печени последовательно удалены. Дренаж холедоха по Керу функционировал, был полностью перекрыт 14.05.2019 г. Больной выписан из клиники 17.05.2019 г. в удовлетворительном состоянии. После выписки находился на стационарном лечении в Центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями. Терапию перенес удовлетворительно. При дообследовании через 3 месяца после операции билиарной гипертензии не было, данных о конкрементах в желчных протоках и абсцессах печени не получено. Дренаж из холедоха удален.

Ответы на вопросы. Камень в пузыре обнаруживали еще в 1999 г. В настоящее время самочувствие больного хорошее. Лечение согласовывалось со специалистами по ВИЧ-инфекции, в связи с тяжестью состояния специфическое лечение откладывалось. Длительность лапароскопической операции – 1,5 ч. Фиброхоледохоскопию не делали, мешал дренаж по Керу. Высеивалась *Klebsiella*. Абсцессы были многокамерные, активность ВИЧ очень высокая.

Прения

Н. Ю. Коханенко. Желательно было сразу устранить билиарную гипертензию, для этого выполнить ЭПСТ.

В. А. Кащенко (председатель). Таких больных становится больше. Они не изолированы, получают помощь в много-

профильных клиниках, консультации со специалистами необходимы и полезны.

ДОКЛАД

М. Ю. Кабанов, К. В. Семенцов, Д. М. Яковлева, А. В. Санковский, В. В. Алексеев, М. Ю. Ладоша (СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн»; кафедра общей хирургии 2 ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова»; кафедра военно-морской хирургии ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова»). **Пути улучшения непосредственных результатов панкреатодуоденальной резекции.**

Проанализированы результаты лечения 196 пациентов, которым по поводу различных заболеваний билиопанкреатодуоденальной зоны выполнена панкреатодуоденальная резекция (ПДР). Сформированы две группы пациентов: I группа – пациенты, проходившие лечение с 2002 по 2011 г. (n=102); II группа – с 2012 по 2018 г. (n=94). I группу составили 47 (46,1 %) мужчин и 55 (53,9 %) женщин; во II группе мужчин было 38 (40,4 %), женщин – 56 (59,6 %). Средний возраст больных I группы составил (66±5,78) года (30–76 лет), II группы – (67±3,31) года (36–81 год). В лечении пациентов I группы использована традиционная тактика ведения пациентов, II группы – оптимизированная лечебно-диагностическая тактика, включающая в себя расширенный объем дооперационного обследования, совершенствование этапов хирургического вмешательства и использование элементов протокола ускоренной реабилитации после хирургического лечения в послеоперационном периоде. Пилоросохраняющие ПДР выполнены 88 пациентам II группы и 13 пациентам I группы (93,6 и 12,7 % соответственно). В I группе пациентов у 53 % пациентов сформирован панкреатикоюноаноанастомоз по типу «проток – слизистая», в то время как у 66 % пациентов II группы – инвагинационный телескопический панкреатикоюноаноанастомоз. Частота развития послеоперационных осложнений в I группе составила 41,2 %, во II группе – 29,8 %. Панкреатическая фистула развилась у 36 % пациентов I группы и у 22 % пациентов II группы. Послеоперационная летальность в I группе составила 15,7 %, во II группе – 7,4 %. Средняя продолжительность пребывания пациентов в отделении реанимации составила (1,65±1,26) дня во II группе и (4,08±3,19) дня в I группе. Средний послеоперационный койко-день в I группе составил 15,1, во II группе – 11,6. Таким образом, использование оптимизированной лечебно-диагностической тактики в лечении пациентов с различными заболеваниями органов билиопанкреатодуоденальной зоны позволило уменьшить число послеоперационных осложнений на 11 % и снизить послеоперационную летальность на 8 %.

Ответы на вопросы. Основные предикторы летальности – узкий проток и мягкая железа. Глубина инвагинации поджелудочной железы – не менее 3–4 см. Основное показание к операции – рак головки поджелудочной железы (60 %). Различия результатов формирования анастомозов с кишкой или желудком недостоверно. Стремление выполнять пилоросохраняющие операции. Гастростаз, как правило, развивается на фоне других осложнений. Профилактика гастростаза – сохранение левой желудочной вены. Минимальный размер выявленной опухоли – 2 см. При более гладком течении раннего послеоперационного периода отдаленные результаты лучше. Средний койко-день – 15. КТ-перфузия поджелудочной железы менее информативна, чем эластография.

Прения

Н. Ю. Коханенко. Накопление опыта способствовало улучшению результатов. Мы чаще в анастомоз включаем проток, а не ткань железы, но результаты авторов неплохие.

Публиковались результаты 60 ПДР с летальностью 0 %, но это редкость.

В. А. Кашенко (председатель). Представлен интересный опыт хирургии поджелудочной железы. Повысился уровень диагностики, но результаты лечения пока нас не удовлетворяют. Обсуждались непосредственные результаты, но они влияют на отдаленные. 5-летняя выживаемость выше. Технология fast-track, малоинвазивная хирургия – дополнительные стратегии, которые позволят улучшить результаты.

Поступил в редакцию 16.11.2019 г.

2536-е заседание 26.11.2019 г. проведено совместно с выездными Пленумами Правлений Российских обществ врачей, хирургов и эндоскопических хирургов, ежегодной конференцией хирургов Санкт-Петербурга «Актуальные вопросы хирургии» в СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия».

Председатель – М. Д. Ханевич

Собрание открыли П. К. Яблонский, В. А. Кубышкин, Э. Н. Праздников.

В докладах А. В. Федорова, И. В. Иванова, М. Л. Таривердиева были освещены вопросы страхования работы хирургов, привлечения специалистов к оценке качества их работы, защите в суде с помощью Хирургического общества Пирогова.

П. К. Яблонский, В. В. Стрижелецкий, М. И. Кузьмин-Крутецкий, О. Н. Эргашев и А. С. Прядко представили показатели работы хирургической, эндоскопической, эндоскопической служб Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Из 25 млн обращений в поликлинику 1,4 млн – к хирургу. Из 1 млн госпитализированных в хирургические клиники больных оперируются 500 тысяч, послеоперационная летальность – 2,7 %. Из 54 803 оперированных больных эндоскопические операции составили 45 %, при желчнокаменной болезни – 90 %. Лучшие показатели в Санкт-Петербурге представили больницы Александровская, Марининская, № 40. Перспективна маршрутизация больных. А. В. Сажин определил, что проблемы и пути их решения в Санкт-Петербурге и Москве идентичны.

В разделе «Инновации в хирургии» М. П. Королев, Л. Е. Федотов, М. В. Антипова, Р. Г. Аванесян поделились опытом применения малоинвазивных технологий в лечении доброкачественных заболеваний пищевода. Д. В. Гладышев, Н. М. Врублевский, Д. А. Остапенко изложили результаты вакуумного дренирования брюшной полости при перитоните. П. К. Яблонский и А. О. Аветисян описали способ лечения рецидива свища правого главного бронха. В сообщениях К. В. Семенцова, С. В. Смиренина, М. А. Биниенко, А. А. Матюкова и П. С. Курьянова была представлена система оказания помощи больным старше трудоспособного возраста с синдромом диабетической стопы в условиях многопрофильного стационара.

Итоги работы конференции подвели В. А. Кубышкин и В. А. Кашенко. Рекомендовано и планируется особое внимание уделять тарифной политике. Они особо поблагодарили коллектив больницы – организатора конференции.

ДОКЛАД

В. В. Стрижелецкий, С. А. Макаров, Г. М. Рутенбург, И. И. Суворов (СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия» кафедры госпитальной хирургии медицинского факультета ФГБОУ ВО «СПбГУ» и факультетской хирургии ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И. П. Павлова»). **Эндовидеохирургическая пластика вентральных грыж.**

Цель доклада – показать возможности эндовидеохирургической технологии при вентральных грыжах с учетом противопоказаний и технического обеспечения этих операций.

Проблема хирургического лечения вентральных грыж не утратила актуальности. Лапароскопический доступ в настоящее время не является общепризнанным, однако все большее число клиник внедряют эту методику, чему способствует появление приборов для диссекции тканей, многослойных сеток с неадгезивным слоем для интраабдоминального использования. Представлен опыт 241 лапароскопической протезирующей пластики вентральных грыж, накопленный с 2014 г. Методика применялась при грыжах пупочных, параумбиликальных, белой линии живота, послеоперационных (срединных и боковых). Размеры дефектов брюшной стенки колебались от W1 до W4 (по SWR-классификации). Предоперационное исследование, включающее в себя УЗИ и КТ брюшной полости и ее стенок, позволяло достоверно оценить локализацию, истинные размеры и число грыжевых ворот, что позволяло выбрать адекватный размер протеза. В ряде случаев, при первичных грыжах, удавалось мобилизовать грыжевой мешок с последующим использованием его для перитонизации однослойного полипропиленового протеза. При послеоперационных грыжах использовали комpositную сетку разных производителей с неадгезивным слоем. Фиксацию протеза осуществляли швами и фиксаторами. При размере грыжевых ворот W1 использовалась истинно безнапряжная методика протезирующей пластики передней брюшной стенки. При размере W2 и более применялась комбинированная методика: чрескожная шовная пластика дефекта с последующим протезированием брюшной стенки, что приводило к лучшему косметическому эффекту. При дифференцированном подходе в течение ближайших 3 лет рецидивов не отмечено.

Ответы на вопросы. Операции проводили после достаточного обследования. Сетка фиксировалась к апоневрозам прямых мышц. Противопоказание – гигантские грыжи (грыжевые ворота 15 см и более). Симультанные операции применялись. Соотношение эндовидео- и лапаротомического доступов – 70 и 30 %. Выполняли неотложные операции, если не было перитонита, некрозов. Трояк ввели в положении больного на правом боку. Грыжевой мешок не иссекали, а отсепааровывали. В «открытой» хирургии сетки применяли. Здесь этот материал не рассматривался. Необходима подготовка хирургов.

Прения

А. В. Сажин. Внедрение малоинвазивных технологий – революционный процесс, но спасный процесс все-таки развивается. В экспериментах на животных процессы текут по-другому. Среди предлагаемых методик мы предпочитаем eTER.

А. М. Игнатов. Наиболее тяжелы больные – с послеоперационными грыжами после перенесенного перитонита, гнойников. У них страдает дыхательная система, возврат венозной крови, возможны тромбозы. Нужно быть готовым к расширению доступа, при сомнениях отказываться от лапароскопии. Располагать сетки лучше onlay, отступив от края апоневроза на 4–5 см, хорошо фиксировать. Иногда лучше не соединять края апоневроза, не создавать компартмент-синдром.

Г. М. Рутенбург. Спасный процесс зависит от качества фиксаторов сетки. Нужно накапливать опыт.

И. А. Соловьев (председатель). Выбор метода операции должен определяться опытом клиники. Грыжевой мешок мы иссекаем.

Поступил в редакцию 16.12.2019 г.