

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

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

2454-е заседание 09.09.2015 г.

Председатель — В. П. Акимов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. С. Я. Ивануса, В. Л. Белевич, А. В. Хохлов, А. В. Елисеев (кафедра общей хирургии ВМедА им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург). **Возможность эндовидеохирургического лечения пациента с ахалазией кардии IV стадии.**

Пациент В., 41 год, поступил в клинику в плановом порядке 19.09.2011 г. Затруднение прохождения пищи появилось в 2005 г., на фоне психоэмоциональных нагрузок, с постепенным прогрессированием заболевания. В 2007 г. полностью нарушилось прохождение твёрдой и жидкой пищи, по поводу чего проведено 3 сеанса бужирования с положительным эффектом (полужидкая пища проходила свободно, ночная регургитация не беспокоила). В течение 2 лет пациент не обследовался, не лечился, питался полужидкой пищей. В 2009 г. он отметил ухудшение прохождения жидкой пищи. В связи с этим он обратился в клинику общей хирургии ВМедА. При обследовании в клинике установлен диагноз — ахалазия кардии III–IV стадии. Гистологическое исследование № 10737–40: пласт покровного эпителия пищевода с явлениями акантоза, единичными нейтрофилами в толще. В 2009–2010 гг. выполнено 5 сеансов баллонной дилатации, после чего наступило нестойкое непродолжительное улучшение прохождения жидкой и полутвёрдой пищи. На момент поступления проходила только полужидкая пища. Учитывая развитие ахалазии кардии IV стадии, отсутствие стойкого положительного результата после эндоскопического лечения (сохраняющееся затруднение прохождения твёрдой пищи после 5 сеансов баллонной дилатации) принято решение о необходимости оперативного лечения. 21.09.2011 г. выполнена операция — лапароскопическая кардиомиотомия. Пациент выписан на 7-е сутки в удовлетворительном состоянии. При выписке отмечал улучшение прохождения пищи, питался по диете № 15. После выписки из стационара выполнены контрольная рентгенография и эндоскопическое исследование. Пищевод проходим, отмечается уменьшение просвета пищевода по сравнению с предоперационным обследованием, отсутствие S-образного изгиба, свободное поступление бариевой взвеси в желудок. В послеоперационном периоде получено стойкое улучшение.

Цель: показать возможности эндовидеохирургической техники в лечении больных с ахалазией кардии IV стадии.

Ответы на вопросы. В настоящее время срыгивания не бывает. Секреция желудка до операции не исследовалась. Применялась гидродилатация, первые сеансы проводились под общим обезболиванием, длительностью 5 мин и более. Использовали классификацию рентгенологов, опубликованную в 2009 г. Имеем опыт лечения 40 больных с ахалазией кардии II–III стадии (баллонная дилатация), 12 человек — с IV стадией (S-образный пищевод и расширение пищевода). Выполнялись выделение пищевода, рассечение сужения до слизистой оболочки вдоль и зашивание (типа Геллера).

Прения

К. В. Павелец. Мы пользуемся классификацией Б. В. Петровского. У данного больного нет S-образного изгиба, моторика есть и в верхней, и в нижней трети пищевода. Кардиодилатация производится во II стадии. Мы не наблюдали I стадию заболевания, имеем опыт 90 дилатаций. Их выполняли под общим обезболиванием длительностью не менее 1 ч, по 2–3 сеанса. Операции выполняли разные. По современным технологиям оперировали 7 человек. Операция типа Геллера у больных с IV стадией заболевания, когда развивается фиброз подслизистого слоя пищевода, сопровождается 50% рецидивов. При IV стадии заболевания отсутствует пропульсивная моторика пищевода, их спасает только резекция пищевода.

В. П. Акимов (председатель). В 1902 г. Микулич назвал заболевание кардиоспазмом, в 1914 г. Перри — ахалазией кардии. При этом заболевании кислотность не изменяется, изжога иногда снимается, кроме медикаментозного лечения, зондированием. Желательно услышать отдалённый результат этой лапароскопической операции.

2. Б. Н. Котив, И. И. Дзидзава, С. Я. Ивануса, О. В. Баранов, В. Л. Белевич, Е. Е. Фуфаев, А. О. Бреднев (кафедры госпитальной и общей хирургии ВМедА им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург). **Успешное лечение спонтанного разрыва пищевода минимально-инвазивными методами.**

Больной К., 48 лет, 25.12.2014 г. переведён в клинику госпитальной хирургии ВМедА им. С. М. Кирова с диагнозом: спонтанный разрыв пищевода от 06.12.2014 г., двусторонний пищеводно-плевральный свищ, двусторонняя эмпиема плевры. На предыдущих этапах лечения выполняли дренирование плевральных полостей, назогастральное зондирование, диагностическую лапаротомию, еюностомию. При переводе состояние пациента тяжёлое, обусловленное дыхательной недостаточностью, нестабильной гемодинамикой,

синдромом эндогенной интоксикации. При фиброэзофагогастродуоденоскопии на левой боковой стенке пищевода на расстоянии 38 см от резцов определялся дефект слизистой оболочки линейной формы протяженностью 25 мм. На правой стенке пищевода на 36 см от резцов визуализировался дополнительный линейный разрыв длиной около 5 мм. При рентгенологическом исследовании пищевода и спиральной компьютерной томографии груди обнаружены разрыв нижней трети пищевода с поступлением контрастного вещества в обе плевральные полости, левосторонний гидропневмоторакс. В лабораторных анализах отмечался лейкоцитоз (до $16 \times 10^9/\text{л}$), сдвиг в лейкоцитарной формуле влево, анемия (гемоглобин 87 г/л), гипопропротеинемия (общий белок 42 г/л). 26.12.2014 г. в связи с сохраняющимся значительным поступлением по плевральным дренажам отделяемого с примесью желудочного содержимого выполнено стентирование нижней трети пищевода саморасширяющимся нитиноловым покрытым стентом. При рентгенологическом исследовании в динамике поступления контрастного вещества за пределы пищевода в течение 7 дней не отмечалось. Однако 05.01.2015 г. диагностировано смещение стента в дистальном направлении, выполнена его экстракция. При контрольной фиброэзофагогастродуоденоскопии дефект слизистой оболочки на правой стенке пищевода эпителизировался, на левой стенке размер свищевого отверстия уменьшился до 12 мм. Удалён дренаж из правой плевральной полости. С целью уменьшения диаметра разрыва и заброса пищевода-желудочного содержимого в левую плевральную полость на края слизистой оболочки в области дефекта наложены эндоклипсы. На 10-е сутки, по данным рентгенологического исследования, отмечено уменьшение свищевого отверстия до 4 мм. На 26-е сутки после клипирования эзофагоплевральный свищ полностью облитерировался, разрыв слизистой оболочки эпителизировался. Дренажи из левой плевральной полости удалены, больной выписан в удовлетворительном состоянии. При контрольном обследовании через 2 мес после выписки: жалоб нет, работает по профессии, социально реабилитирован. При фиброэзофагоскопии на левой стенке пищевода имеется линейный рубец белого цвета, на правой стенке место разрыва не определяется. При рентгенологическом исследовании пищевода в месте перфорации визуализируется формирующийся тракционный дивертикул.

Цель демонстрации: показать возможности использования минимально-инвазивной хирургической тактики при лечении разрыва пищевода — синдрома Бурхава.

Ответы на вопросы. Заболевание началось рвотой после обильного приёма пищи и алкоголя на ночь. Диагноз поставлен только на 7-е сутки в другом лечебном учреждении. Еюностомия использовалась в плане возможного использования желудка в качестве пластического материала, была сформирована в другом учреждении. Желудочный зонд стоял в течение длительного времени. Без дренажа справа улучшения не наступало. Диаметр стента 22 мм. Причиной смещения стента, по-видимому, был его недостаточный диаметр, желательнее иметь 30 мм и более. Стент может стоять до 2 лет, но он вызывает рубцевание. Контраст при рентгенологическом исследовании не выходил за пределы пищевода, а отделяемое было за счет деформации желудка после клипирования. После первоначального клипирования больного лечили 30 сут. Отказ от оперативного лечения диктовался неуклонным улучшением состояния больного во время лечения. Все полостные образования в плевральной полости

облитерировались. Клипсы «OVESCO» не рекомендовали сами авторы из-за их большого размера.

Прения

В.И. Кулагин. В литературе мало описаний двусторонних разрывов пищевода. Они практически всегда слева. Лечение стентами приводит к рубцеванию. Уменьшение размеров свища эндоскопическими клипсами оказалось эффективным.

В.П. Акимов (председатель). Наблюдение уникально. При разрыве пищевода в течение 2 дней погибают половина больных. В данном наблюдении имелся разрыв 7-суточной давности. Мы наблюдали разрыв через 4 сут. Полезна гастростомия с зондированием для кормления. Ранее предлагалась эзофагостомия, но от этого предложения отказались.

ДОКЛАД

Г.И. Синенченко, А.Н. Тулупов, А.Е. Демко, В.И. Кулагин (СПбНИИСП им. И.И. Джанелидзе; 2-я кафедра хирургии усовершенствования врачей ВМедА им. С.М. Кирова; кафедра общей хирургии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург). **Спонтанный разрыв пищевода — от Бурхава до наших дней. Решена ли проблема?**

Герман Бурхава впервые описал наблюдение смертельного разрыва пищевода (СРП) в 1724 г., однако, более века потребовалось, чтобы распознать СРП при жизни [Myers, 1858], а история хирургического лечения насчитывает чуть более 60 лет. Заболеваемость — 7,4 на 10 млн населения в год. СРП относится к редкому, но крайне тяжелому заболеванию, сопровождающемуся высокой летальностью. Приводимые в литературе сообщения не превышают десятков наблюдений. Тактика традиционного лечения, в целом, разработана. Вместе с тем, развитие новейших диагностических (компьютерная томография) и оперативных (лапаро- и торакоскопия, стентирование) технологий требуют переосмысления лечебных подходов. Авторы представили анализ 14 собственных клинических наблюдений спонтанного разрыва пищевода. У двоих из них диагноз при жизни не был установлен. Классическая триада Маклера (рвота, интенсивная боль в груди, подкожная эмфизема на шее) отмечена менее чем в половине наблюдений. Наиболее часто выявляли левосторонний плеврит. Только у 1 больного диагноз СРП был поставлен при поступлении. Из-за недооценки всего многообразия клинической картины СРП у 13 больных первоначальный диагноз поставлен ошибочно. Это привело к поздней диагностике и задержке хирургического лечения у всех больных. Наиболее частыми клиническими масками были острый панкреатит, инфаркт миокарда, перфоративная язва, плеврит, спонтанный пневмоторакс. Новые возможности в диагностике СРП открывает спиральная компьютерная томография (СКТ). В двух наблюдениях СКТ помогла поставить правильный диагноз и оценить степень изменений в средостении и плевральной полости. Все 12 пациентов оперированы поздно, в сроки от 24 ч до 7 сут. Лапаротомный доступ использовали у 10 больных, торакотомный — у 1, комбинированный — у 1. Основными моментами операции были ушивание дефекта в стенке пищевода, санация и дренирование средостения и плевральной полости. Дефект в пищеводе ушивали, как правило, двухрядными швами. При необходимости линию швов укрепляли сальником или стенкой желудка (частичной или полной фундопликацией). Питание в послеоперационном периоде проводили через назогастральный зонд. Гастростому использовали у 3 пациентов. Преимуществом лапаротомного доступа явилась

возможность наложения у 3 больных обходного гастроэнтероанастомоза при органическом стенозе в выходном отделе желудка или начальном отделе двенадцатиперстной кишки. Умерли 3 оперированных больных. Из них причиной смерти была несостоятельность швов у 1. Один больной с несостоятельностью швов поправился.

Цель сообщения — привлечь внимание и обсудить проблемы диагностики и лечения спонтанного разрыва пищевода.

Ответы на вопросы. Содержимое рвотных масс — «кофейная гуща». Все разрывы находились в нижней трети пищевода. ФГДС применяли тогда, когда все остальные методы диагностики были неэффективными. Разрывы больших размеров не всегда удаётся зашить через лапаротомический доступ. Шов — узловой двухрядный, раньше капроном, сейчас — викрилом. Эмпиема плевры не является противопоказанием к шву. Бурхаве описал поперечный разрыв, который он подтвердил введением пальцев, хотя в нынешних наблюдениях практически всегда обнаруживаются продольные разрывы. Связь между синдромами Маллори—Вейсса и Бурхаве не ясна.

Прения

К.В.Павелец. Доклад полезен молодым врачам. Эндоскопия при подозрении на разрыв пищевода опасна. Желательно исследование с водорастворимым контрастом в положении лёжа. При разрыве пищевода сначала появляется пневмомедиастинум. Доступ желателен торако-абдоминальный. Наружный дефект разрыва обычно меньше, чем внутренний, поэтому зашивать надо послойно, после разделения слоёв.

В.И.Кулагин. Больной гросс-адмирал голландского флота Вассенаер болел подагрой, которую лечили в то время, вызывая рвоту. Объём извергнутой пищи в тот раз был огромным, с запахом жареной утки. Больной не мог сидеть, его поддерживали трое слуг. После рвоты больной сказал, что у него что-то оторвалось между желудком и пищеводом. Все труды Бурхаве, привезенные в Санкт-Петербург его племянником, хранятся в Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова.

В.П.Акимов (председатель). Есть люди, которые много едят, но синдром не развивается. Доклад вызвал большой интерес, и мы узнали много нового об этом заболевании.

Поступил в редакцию 09.12.2015 г.

2455-е заседание 23.09.2015 г.

Председатель — В.А.Кашенко

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А.М.Карачун, Г.И.Гафтон, Д.В.Самсонов, Е.А.Петрова (НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова Минздрава России). **Абдоиносакральная эвисцерация таза при повторном рецидиве рака прямой кишки.**

Больная У., 63 года, госпитализирована в хирургическое отделение абдоминальной онкологии 30.09.2014 г. с диагнозом «Рак прямой кишки рТхNxM0. Состояние после обструктивной резекции прямой кишки 08.02.2011 г. Прогрессирование в октябре 2011 г.: рецидив в области культи прямой кишки. Экстирпация культи прямой кишки 25.10.2011 г. Курс пролонгированной химиолучевой терапии.

Прогрессирование в 2013 г.: рецидив опухоли в малом тазу. 7 циклов монокимиотерапии в режиме Мейо. Стабилизация». Предыдущее лечение получала по месту жительства. Направлена в НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова для оказания высокотехнологичной медицинской помощи. При поступлении предъявляла жалобы на гнойные выделения из влагалища. Послеоперационный рубец в промежности без особенностей. При вагинальном исследовании: задняя стенка верхней трети влагалища и шейки влагалища фиксированы к неподвижному объёмному образованию, из влагалища поступают скудные гнойные выделения. МРТ малого таза: на фоне рубцовых изменений в пресакральной клетчатке определяется мягкотканое образование с признаками инвазии задней стенки шейки матки и верхней трети влагалища. Размеры опухолевого узла составляют 34×39×53 мм. Признаков инвазии магистральных сосудов не выявлено. Увеличения региональных лимфатических узлов не зарегистрировано, структура костей неоднородна за счёт дистрофических и постлучевых изменений. По данным КТ живота и груди, признаков метастатического поражения органов не отмечено. Оперирована 02.10.2014 г. В ходе вмешательства отдалённых метастазов не выявлено. Рецидивная опухоль локализовалась в малом тазу, инфильтрировала шейку матки, шейку мочевого пузыря, была интимно связана с крестцом на уровне IV позвонка. Наружные подвздошные сосуды свободны от опухоли, внутренние подвздошные сосуды проходили в зоне опухолевой инфильтрации. Решение об объёме вмешательства было сформулировано интраоперационно консилиумом с участием анестезиологов. Выполнена абдоиносакральная эвисцерация таза с гетеротопической пластикой мочевого пузыря по Брикеру и глутеопластикой тазового дна. Резекция крестца произведена на уровне III позвонка. Гистологическое исследование операционного материала: метастаз рака прямой кишки в стенку влагалища, фрагменты стенки мочевого пузыря с очаговой лимфоидной инфильтрацией, фрагменты костных балок крестцовой кости типового строения. Исследованные 1 лимфатический узел и 1 фрагмент мягких тканей внутренней подвздошной артерии без опухолевых клеток. Послеоперационный период осложнился пролежнем в крестцовой области, тотальным нагноением промежностной раны. 13.10.2014 г. и 17.10.2014 г. производилась некрэктомия, вторичная хирургическая обработка промежностной раны. После очищения раны и формирования грануляционной ткани 13.11.2014 г. выполнена пластика раневого дефекта крестцовой области перемещёнными кожно-жировыми лоскутами. В дальнейшем послеоперационный период неосложнённый. 28.11.2014 г. пациентка выписана под наблюдение онколога по месту жительства. Умерла в сентябре 2015 г.

В.А.Кашенко (председатель). Хотя больная умерла, активность врачей продлила ей жизнь.

2. И.В.Берлев, Е.Н.Королькова, А.Ф.Урманчеева, Н.А.Микая (отделение онкогинекологии НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова Минздрава России, Санкт-Петербург). **Лапароскопическая радикальная нервосберегающая гистерэктомия при раке шейки матки.**

Пациентка С., 56 лет, считает себя больной с ноября 2014 г., когда на фоне шестилетней менопаузы её стали беспокоить кровянистые выделения. Обратилась к гинекологу по месту жительства, выполнены клинико-диагностическое обследование и выскабливание полости матки, цервикального канала. Гистологическое заключение К-92418: в обеих порциях поля эндоцервикальной аденокарциномы G2–G3 с зонами некроза. 12.01.2015 г. консультирована в НИИ

онкологии им. Н.Н.Петрова, установлен диагноз рак цервикального канала cT1bNxM0, рекомендовано лечение в объеме лапароскопической радикальной гистерэктомии тип ПС1 уровень 1. Операция 21.01.2015 г. — лапароскопия. Радикальная нервосберегающая гистерэктомия, тип ПС1 с двусторонней подвздошно-тазовой лимфаденэктомией (уровень 1). Особенностью операции является сохранение гипогастриального нерва, что способствует быстрому восстановлению функции самостоятельного мочеиспускания в послеоперационном периоде и улучшению качества жизни пациенток. Удаленный препарат: в полости матки патологических изменений нет. В цервикальном канале экзофитная опухоль. Маточные трубы не изменены. Яичники атрофичны. Лимфатические узлы справа и слева не увеличены. Гистологическое заключение: умеренно дифференцированная аденокарцинома цервикального канала размером 4 см в наибольшем измерении с распространением на тело матки, без инвазии в параметрии. Эндометрий атрофичный, аденомиоз. Лейомиома тела матки. Желтые и белые тела яичника. Эпителий маточных труб атрофичный. Резецированный край влагиалища без опухолевых клеток. 7 исследованных лимфатических узлов справа и 5 слева без метастазов. Диагноз: рак шейки матки pT1b2N0M0. На 5-е сутки удален мочевого катетер, на 7-е сутки дренаж из брюшной полости. Выписана в удовлетворительном состоянии на 9-е сутки. В послеоперационном периоде получила курс дистанционной лучевой терапии на аппарат ЛУЭ-СЛ 75–5 с двух противоположных полей на малый таз РОД=2 Гр, СОД=46 Гр, перенесла удовлетворительно. В настоящее время пациентка находится под динамическим наблюдением.

Ответы на вопросы. После операции появились отеки нижних конечностей. Прибавила в массе тела 7 кг. Физическая активность не ограничена. Ключевые моменты лечения: хирургическое стадирование, исследование коэффициента элиминации индоциантрина (ICG), лимфаденэктомия, люминесцентная лапароскопия. Стадирование позволяет ограничить выполнение расширенных, травмирующих операций.

В.А.Кашенко (председатель). Сочетание биполярной коагуляции и ножниц — захватывающая, неземная техника. Отчетливо наблюдается сдвиг оперативной активности в сторону малоинвазивной нервосберегающей технологии. Функциональность операций на органах малого таза заслуживает распространения.

ДОКЛАД

А.К.Носов, С.А.Рева, И.Б.Джалилов, С.Б.Петров (отделение онкоурологии НИИ онкологии Н.Н.Петрова Минздрава России, Санкт-Петербург). **Периоперационные показатели открытой и лапароскопической цистэктомии по поводу рака мочевого пузыря.**

Цель доклада: сравнить длительность, технику операции и частоту интраоперационных и ранних послеоперационных (первые 90 дней) осложнений при выполнении лапароскопической, видеоассистированной и открытой радикальной цистэктомии у больных раком мочевого пузыря.

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 51 больного с мышечно-инвазивным и местно-распространенным раком мочевого пузыря. С февраля 2012 г. по март 2014 г. в отделении онкоурологии НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова всем им была выполнена радикальная цистэктомия (РЦЭ). 21 пациенту выполнена открытая опера-

ция (ОЦЭ), такому же количеству — лапароскопическое вмешательство (ЛЦЭ) и еще 9 больным — лапароскопическая операция с экстракорпоральным формированием илеокондуита (видеоассистированная цистэктомия, ВАЦЭ). Средний возраст пациентов составил 64 года (от 38 до 81 года). Анализировались продолжительность операций и частота интраоперационных осложнений, развившихся в первые 90 дней после оперативного вмешательства согласно классификации Clavien—Dindo в целом и по мере развития техники.

Интраоперационные показатели. Длительность операций при ЛЦЭ и ВАЦЭ была больше, чем при ОЦЭ (398, 468, и 243 мин соответственно). При этом продолжительность первых 10 лапароскопических операций составила 460 (330–508) мин, а остальных 11 — 340 (300–400) мин; в основном разница достигнута за счет уменьшения времени формирования илеокондуита — 250 (190–350) и 200 (180–220) мин соответственно. Местно-распространенные (>T2) формы определены у 15 (68,1%) больных при выполнении открытой операции, у 6 (66,6%) — при экстракорпоральном отведении мочи и у 14 (63,6%) — при лапароскопической цистэктомии. В группах ОЦЭ, ВАЦЭ и ЛЦЭ интраоперационные осложнения любой степени отмечены в 14,3, 11,1 и 4,7% соответственно. При этом не выявлено корреляции между видом вмешательства и частотой осложнений. Гемотрансфузия потребовалась 19,6% больных, и частота ее проведения была выше при ОЦЭ (33,3%) по сравнению с 4,7% при ЛЦЭ. Средний объем интраоперационной кровопотери был ниже при ЛЦЭ (285 мл) по сравнению с ВАЦЭ (468 мл) и ОЦЭ (577 мл). Среди интраоперационных осложнений 3 степени тяжести и более отмечены у 4 больных (7,8%): по 2 (9,5%) в группах ЛЦЭ и ОЦЭ.

Послеоперационные осложнения. Общий койко-день был ниже после лапароскопических операций (после открытой, видеоассистированной и ЛЦЭ 27,8, 32,6 и 22,6 дня). Длительность нахождения в отделении реанимации колебалась от 2,1 дня при ЛЦЭ до 5,1 при ОЦЭ. Периоперационная летальность была одинакова в обеих группах и составила 5,8% (1 больной). Гемотрансфузия потребовалась 19,6% больных. Частота ее проведения была выше при ОЦЭ (33,3%) по сравнению с 4,7% при ЛЦЭ. Осложнения наблюдались у 19 (37,2%) больных в первые 30 дней после операции и у 27 (52,9%) в 90-дневный период. Наибольшие различия в группах отмечены в частоте гастроинтестинальных осложнений (прежде всего, динамического нарушения кишечной проходимости) со значительно меньшим процентом после ЛЦЭ (14,2%) по сравнению с ОЦЭ (47,6%) и ВАЦЭ (55%).

По полученным данным, ЛЦЭ является безопасным радикальным методом лечения рака мочевого пузыря, ассоциированным с меньшей кровопотерей и частотой ранних послеоперационных осложнений (в том числе, динамического нарушения кишечной проходимости), приводящим к уменьшению сроков госпитализации. Несмотря на то, что длительность операций при лапароскопическом доступе больше, по мере развития хирургической техники она сокращается в основном за счёт более быстрого интракорпорального формирования кондуита.

Ответы на вопросы. Робот-ассистированные вмешательства не применялись. Частота осложнений снизилась, кроме прочего, в результате применения аппаратного шва, изменения ведения послеоперационного периода по принципам Fast track, адекватной тромбопрофилактики.

В.А.Кашенко (председатель). Сегодня ярко освещена современная хирургия малого таза. Важны командная работа, подбор кадров, создание материальных и творческих условий, в немалой мере зависящие от администрации.

Поступил в редакцию 09.12.2015 г.

2456-е заседание 14.10.2015 г.

Председатель — А.В.Хохлов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. Д.Ю.Семенов, В.В.Васильев, Ю.С.Чекмасов, И.Д.Лазарева (кафедра общей хирургии, НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, Гатчинская ЦРКБ). **Нестандартная реконструктивная операция после огнестрельного ранения живота.**

Пациент С., 44 лет, 10.05.2014 г. получил огнестрельное (пулевое) проникающее ранение в область правой половины живота. Поступил в ЦРБ г. Гатчины в состоянии шока через 1,5 ч от момента ранения. В экстренном порядке выполнена лапаротомия, обнаружены ранения двенадцатиперстной (ДПК) и подвздошной кишки, разрыв печеночного изгиба ободочной кишки и правой почки, ранения печени. Кровопотеря около 2 л. Раны печени и дефекты кишки были ушиты, выполнены правосторонняя гемиколэктомия и нефрэктомия. В послеоперационном периоде состояние оставалось крайне тяжелым, появилось желчеистечение по дренажам из подпеченочного пространства (развилась несостоятельность швов ДПК). 20.02.2014 г. в тяжелом состоянии с явлениями интоксикации и полиорганной недостаточности пациент был переведен для дальнейшего лечения в клинику общей хирургии. Была выполнена нестандартная реконструктивная операция с субтотальной резекцией ДПК, формированием анастомоза между сохраненным участком задней стенки ДПК в зоне большого дуоденального сосочка и тонкой кишки. Послеоперационный период осложнился несостоятельностью дуоденоэнтероанастомоза. Затек адекватно дренировали дренажами, расположенными в данной области, сформировали неполный наружный дуоденальный свищ. Больной выписан на амбулаторное лечение с илеостомой, функционирующим дренажем и энтеростомой для возврата дуоденального содержимого. В сентябре 2014 г. выполнено контрольное обследование. Дуоденальный свищ закрылся, дренажи и энтеростома были удалены. Последним этапом в феврале 2015 г. выполнена реконструктивная операция. Послеоперационный период протекал без осложнений. Был выписан в удовлетворительном состоянии.

Ответы на вопросы. Ранящее оружие — охотничья дробовка. Илеостома сформирована в ходе резекции правой половины ободочной кишки. От ДПК оставалась только пластинка в области впадения общего желчного и панкреатического протоков. Этот пятачок вшивали в тощую кишку двухрядным узловым швом. Больной после операции пользовался калоприемниками, колопластом, кремами. Диету не соблюдал. Динамика массы тела 106–55–76 кг.

А.В.Хохлов (председатель). Необычный способ реконструкции привел к хорошему результату.

2. Д.А.Гранов, Ю.В.Суворова, В.В.Боровик, И.И.Тилеуберганов (отдел интервенционной радиологии и оперативной хирургии «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий»). **Гемолитическая желтуха при**

синдроме обкрадывания артериального кровотока по селезеночной артерии у больного после трансплантации печени.

Пациент К., 35 лет, госпитализирован 18.06.2013 г. в РНЦРХТ с явлениями спленомегалии, гиперспленизма и гемолитической желтухи. На момент госпитализации были жалобы на слабость, утомляемость, желтушность склер и кожных покровов, увеличение массы тела на 22 кг. 23.11.2012 г. больному выполнена ортотопическая трансплантация печени (ОТП) от трупного донора по поводу цирроза печени в исходе хронического вирусного гепатита (ХВГ) «В». С февраля 2013 г. (через 4 мес после ОТП) стал отмечать желтушность склер и кожных покровов. По лабораторным данным: общий билирубин повышался до 150 ммоль/л за счет непрямой фракции развились лейкопения и тромбоцитопения. Был консультирован в НИИ гематологии, данных за аутоиммунное заболевание не выявлено. Поставлен диагноз: спленомегалия, гиперспленизм. На фоне самостоятельного приема дексаметазона (0,5 мг×4 раза в сутки) желтуха практически разрешилась. При снижении дозировки или отмене дексаметазона желтуха возникала вновь. На момент госпитализации в РНЦРХТ: общий билирубин 74 ммоль/л, прямой билирубин 7,5 ммоль/л, тромбоциты 44×10^9 /л. По данным УЗДГ: обкрадывание артериального кровотока по селезеночной артерии, спленомегалия. Цель госпитализации: проведение диагностической и лечебной ангиографии (редукция кровотока по селезеночной артерии). 20.06.2013 г. выполнена операция: диагностическая ангиография; аортография; верхняя мезентерикография; целиакография; ангиография и эмболизация селезеночной артерии. Через 7 дней был выписан из стационара. На момент выписки билирубин практически нормализовался. Через 3 мес (09.09.2013 г.) повторное обращение. Отмечал периодическую желтушность склер. По лабораторным данным: билирубин 170 ммоль/л, за счет непрямой фракции, тромбоцитопения. По данным УЗДГ, кровоток по селезеночной артерии восстановлен в полном объеме. 19.09.2013 г., 30.09.2013 г. и 01.10.2013 г. выполнялись повторные ангиографии: аортография, верхняя мезентерикография, целиакография, ангиография и эмболизация (доэмболизация) селезеночной артерии. Проведенные процедуры не позволили достигнуть длительного клинико-лабораторного эффекта. По результатам прямой диагностической ангиографии от 12.11.2013 г. кровоток по селезеночной артерии восстановлен полностью. 18.11.2013 г. выполнена операция: лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, спленэктомия, дренирование брюшной полости. Пациент выписан из стационара через 14 дней. На момент выписки общий билирубин составлял 18 ммоль/л. В настоящее время полностью адаптирован в социальном плане, работает врачом-хирургом.

Ответы на вопросы. Использовали доступ по Starzl. Анастомозы формировали «конец в конец». Стриктуры анастомозов возможны, их причина — ишемия. Название синдрома предложил в 1991 г. M.Manner. При появлении желтухи больной не чувствовал особого ухудшения состояния и сам предлагал сделать спленэктомию вместо повторных эмболизаций. Эмболизацию выполняли спиралью и губкой. Инфаркта селезенки не получили. Задерживала решение о спленэктомии выраженная иммуносупрессия. При подобных обстоятельствах, возможно, необходимо рекомендовать повторение принятой последовательности мероприятий. При гистологическом исследовании селезенки обнаруживали зоны ишемии, но не инфарктов.

Прения

К.В.Павелец. Сам больной — доктор и настаивал на спленэктомии. Может быть, количество эмболизаций можно было уменьшить.

Н.Ю.Коханенко. Результат потрясающий. Но он говорит об ограниченных возможностях малоинвазивных мероприятий.

А.В.Хохлов (председатель). Удалось помочь больному. Мы можем поделиться опытом малоинвазивных вмешательств при портальной гипертензии. Деваскуляризация желудка, эмболизация селезеночной артерии также сопровождались эффектом, но он был временным.

ДОКЛАД

Б.Н.Котив, С.Я.Ивануса, И.И.Дзидзава, М.В.Лазуткин, С.А.Алентьев, Д.П.Шершень, А.В.Смородский, Д.Ю.Бояринов, О.В.Федун (кафедры общей и госпитальной хирургии ВМедА им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург). **Роль минимально-инвазивных вмешательств в лечении осложнений хронического панкреатита.**

В период с 2003 по 2015 г. на лечении находились 176 больных с хроническим панкреатитом. В ходе обследования диагностированы следующие осложнения: кистозные образования — у 141 (80,1%), стриктуры главного панкреатического протока — у 58 (33%), стриктура общего желчного протока — у 34 (19,3%), вирсунголитиаз — у 29 (16,5%), панкреатические свищи — у 11 (6,3%). Нередко имело место сочетание нескольких проявлений хронического панкреатита. Применение разработанного комплексного диагностического алгоритма, включающего последовательное применение современных методов лучевого и эндоскопического обследования (ультрасонография, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, эндосонография, диагностическая пункция жидкостных образований с рентгенографией, мультиспиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, в том числе в режиме МРХПГ) позволило индивидуализировать тактику хирургического лечения пациентов с хроническим панкреатитом. У всех больных лечение начинали с применения минимально-инвазивных методов. При постнекротических кистах с неоднородным содержимым или признаками инфицирования осуществляли чрескожное наружное дренирование под УЗ-наведением (63, 44,7%). Эндоскопическое трансмуральное (внутреннее) дренирование выполнено у 24 (17%) больных. Показанием к нему были отсутствие качественного «акустического окна» при ультрасонографии и интимное прилегание стенки кисты к желудку или двенадцатиперстной кишке. В 14 случаях трансмуральное дренирование завершено цистогастральным стентированием. Полного разрешения кистозных образований удалось добиться в 68 (78,2%) случаях. В 9 наблюдениях после чрескожного дренирования выявлено сообщение полости кисты с протоковой системой железы. Этим пациентам дополнительно выполнено эндоскопическое стентирование панкреатического протока, что позволило избежать открытого вмешательства. Традиционным способом с формированием одного из вариантов цистодигестивного анастомоза оперированы 32 (22,7%) больных. Показаниями являлись крупные, более 15 см в диаметре, многокамерные, длительно существующие кисты без признаков инфицирования или неэффективность минимально-инвазивных методов лечения. При локализации кистозного новообразования в области хвоста поджелудочной железы и

невозможности исключить цистаденому или цистаденокарциному в 10 (7,1%) наблюдениях была выполнена дистальная резекция поджелудочной железы. Стриктуры главного панкреатического протока, как причина протоковой гипертензии, диагностированы у 58 больных. В 41,4% наблюдений они носили изолированный характер, в 39,7% — сопровождались формированием кист, связанных с протоковой системой железы, в 18,9% — сочетались с панкреатическими свищами. Во всех случаях предпринята попытка разрешения панкреатических стриктур выполнением эндоскопического вмешательства (папиллосфинктеротомия, баллонная дилатация и стентирование). Эффективность данной методики при изолированных стриктурах панкреатического протока составила 62,5%, при сочетании с кистами — 86,9%, при лечении свищей — 100%. Безуспешность эндоскопической коррекции протоковой гипертензии и связанных с ней осложнений была обусловлена протяженностью (более 5 мм) или многоуровневым характером стриктур, вирсунголитиазом. В этих случаях выполнена продольная панкреатикоjejunостомия на отключенной по Ру петле тощей кишки. Постнекротический вирсунголитиаз диагностирован у 16 пациентов. Применить эндоскопическую литоэкстракцию удалось лишь в 4 (25%) наблюдениях при локализации конкрементов диаметром 2–4 мм в дистальных отделах главного панкреатического протока. При изолированной стриктуре интрапанкреатической части общего желчного протока (n=26, 14,8%) на первом этапе осуществляли попытку ретроградного или антеградного (чрескожного) временного билиарного стентирования. У большинства больных (73,1%) минимально-инвазивное лечение было эффективным и окончательным. Сочетание индуративного головчатого панкреатита с дистальным блоком панкреатического протока вследствие стриктуры или конкремента с сопутствующей ретенционной кистой в головке поджелудочной железы или стриктурой общего желчного протока и билиарной гипертензией являлось показанием к резекционным вмешательствам (операции типа Бегера, n=16, 9,1%).

Таким образом, дифференцированное и этапное применение современных минимально-инвазивных хирургических методик позволяет достигнуть удовлетворительных результатов лечения целого ряда осложнений хронического панкреатита.

Ответы на вопросы. Длительность нахождения стентов — до 3 мес, максимальный срок — 1 год (удалён). Отдаленные результаты минимально-инвазивных вмешательств изучаются. Термин «левосторонняя портальная гипертензия» взят из разговорной речи. Транспилллярно применялись только пластиковые стенты. Показание к гастропанкреатодуоденальной резекции — если нельзя исключить рак. Различаем виды гипертензии: билиарная, портальная, панкреатическая. Озлокачествления после операций не наблюдали. При наружновнутреннем дренировании рецидивы отмечены в 30%, после миниинвазивных вмешательств — не было. Планируется развитие технологии.

Прения

Н.Ю.Коханенко. Лечение всегда надо начинать с малоинвазивных вмешательств. М.В. Данилов написал книгу об осложнениях — их 10%. Это лечение этапное. Выздоровление наблюдается у 20–30% больных. Лечение кисты — это не лечение панкреатита. Больные — чаще алкоголики. Отдаленный результат может быть оценен только через 5–10 лет.

Д.Ю.Семенов. Это этап работы. Тактические направления развиваются, особенно чрескожные доступы к

панкреатическим протокам. Позволяет улучшить результаты использования лапароскопии и метода Да Винчи.

С. Я. Ивануса. В Санкт-Петербурге наибольшим уважением пользуется школа Н. Н. Артемьевой. Для этих вмешательств нужно готовить эндоскопистов-интервенционистов. Эффективность вмешательств постепенно повышается со временем и накоплением опыта.

А. В. Хохлов (председатель). Доклад содержателен, главное направление в нем — отработка алгоритма вмешательств в панкреатической хирургии, которые не всегда бывают окончательными.

Поступил в редакцию 09.12.2015 г.

2457-е заседание 23.10.2015 г.

Председатель — Д. А. Гранов

ДОКЛАДЫ

1. П. В. Балахнин [ГБУЗ «Санкт-Петербургский научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)»]. **Варианты артериальной анатомии печени. Значение для установки артериального порт-катетера.**

Знание артериальной анатомии печени необходимо для проведения химиоинфузии в печёчную артерию (ХИПА). Её проводят тремя доступами: чрескожная кратковременная катетеризация, через чрескожно или хирургически имплантированные инфузионные системы. Преимущества внутриартериальной химиотерапии через системы порт-катетера в сравнении с системной: «эффект первого прохождения», значительное снижение системной токсичности; улучшение качества жизни больных, возможность сочетания с системной (гибридная) или локальной химиотерапией. Нахождение кончика катетера в гастродуоденальной артерии является ключевым моментом при установке систем порт-катетера. Современные технологии интервенционной радиологии позволяют в значительной степени решить проблемы возникновения коллатерального кровотока. Оптимальной методикой является эмболизация aberrantных артерий. Проанализированы ангиограммы 2111 пациентов, выявлено 65 вариантов артериальной анатомии печени, не вошедших в классификацию N. Michels, при этом 37 из них были описаны впервые, с учетом данных литературы стали известны 111 вариантов, не входящих в классификацию N. Michels, в частности, 13 источников отхождения 1 или нескольких aberrantных левых печеночных артерий, 15 источников отхождения 1 или нескольких aberrantных правых печеночных артерий. Предложена классификация вариантов кровоснабжения печени для выполнения рентгено-эндоваскулярных вмешательств.

Д. А. Гранов (председатель). Сложность классификации кровоснабжения печени говорит о необходимости планирования положения артериального порта.

2. М. Ю. Генералов (ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий», Санкт-Петербург). **Артериальные порт-системы в онкологии: чрескожный доступ.**

Изучены результаты лечения 97 больных с колоректальным раком (КРР) и метастазами в печень, леченных в 2003–2008 гг. Протокол включения: морфологическое под-

тверждение; общее состояние пациента — не менее 70% по шкале Karnofsky; отсутствие внепеченочного распространения опухоли; отсутствие противопоказаний к чрескатетерной терапии: не более чем вдвое повышение уровня трансаминаз и щелочной фосфатазы, уровень билирубина не более 50 мкмоль/л, объем поражения более 70% печени. Больным проводили: временную катетеризацию печеночной артерии и химиотерапию с помощью ангиографического катетера (1-я группа, n=33); химиоинфузионную терапию в печеночную артерию с использованием чрескожно имплантируемых инфузионных систем (ЧИИС) (2-я группа, n=30); то же через хирургически имплантируемую инфузионную систему (3-я группа, n=34). У всех больных использовали единые схемы противоопухолевой химиотерапии (FOLFOX, FOLFIRI). Удалось показать, что установка ЧИИС является малотравматичной и относительно безопасной операцией. Интервенционные радиологические процедуры являются эффективными методами в профилактике и лечении осложнений, возникающих при использовании ЧИИС. Регионарная химиотерапия с использованием ЧИИС увеличивает продолжительность жизни пациентов с метастазами КРР в печень. В 1-й группе выживаемость составила (13,2±0,9) мес при медиане 14 мес, во 2-й — (23±1,9) мес при медиане 21,5 мес (p<0,001).

Ответы на вопросы. При трансформальном доступе подтеканий не наблюдалось.

Д. А. Гранов (председатель). Эндоваскулярные процедуры с учётом анатомии расширяют возможности химиотерапии.

3. И. О. Руткин (ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий», Санкт-Петербург). **Хирургически имплантируемые артериальные системы порт-катетер в гепатохирургии.**

Наблюдали 56 больных, которым с 2002 по 2014 г. в течение других вмешательств устанавливали хирургически имплантируемые инфузионные системы (ХИИС). Основной операцией были гемигепатэктомия, резекция печени (до 2 сегментов), радиочастотная деструкция, резекция толстой кишки. До операции и во время неё изучали сосудистую анатомию печени и обеспечивали адекватную инфузию с помощью красителя метиленового синего и ангиографии через порт. Для равномерной инфузии печени проводили перевязку aberrantных артерий, установку 2 портов и более, более проксимальную катетеризацию, сосудистую реконструкцию. Адекватность химиоинфузии контролировали ангиографически сразу после операции и перед началом каждого цикла химиотерапии.

Число проведённых циклов химиотерапии составило от 1 до 21 (в среднем 10). Сроки функционирования ХИИС — от 3 до 42 мес (в среднем 19). 34 пациента умерли от прогрессирования заболевания в сроки от 5 до 44 мес. Средняя продолжительность жизни составила (19±2,2) мес. 22 пациента живы в сроки от 14 до 138 мес. Однолетняя выживаемость — 92%, 2-летняя — 58%. 7 (12,5%) пациентов наблюдаются в сроки более 8 лет.

Тромбозы системы на фоне проведения химиотерапии отмечены у 11 (19,6%) пациентов, успешная реканализация (тромболитики или механическое разрушение тромба) выполнена у 6 больных.

Демонстрирован больной, 79 лет, у которого диагноз колоректального рака установлен в 2003 г. В 2005 г. выявлены биллобарные метастазы в печень. Был представлен на обществе в ноябре 2007 г.

Ответы на вопросы. Неприятных ощущений от порта больной не отмечал. Раз в 2 нед проводили промывание системы раствором гепарина. Стоимость системы — от 300 до 1000 долларов без стоимости работ по его установке. Катетер силиконовый.

Д.А.Гранов (председатель). Множество меняющихся схем и способов проведения химиотерапии требуют разработки таргетных препаратов, выбора системной или регионарной химиотерапии, строгой оценки результатов.

Поступил в редакцию 09.12.2015 г.

2458-е заседание 28.10.2015 г.

Председатель — Ю.А.Спесивцев

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. В.В.Тондзе, М.З.Чургулия, В.П.Акимов, С.П.Седнев, В.В.Сенько, К.Д.Ухова, А.М.Волков (КБ № 122 им. Л.Г.Соколова, кафедра хирургии им. Н.Д.Монастырского СЗГМУ им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург). **Успешное лечение гигантской ущемлённой паховой грыжи с резекцией ущемлённых органов (правосторонняя гемиколэктомия, резекция подвздошной кишки, большого сальника).**

Пациент К., 52 года, поступил в КБ № 122 08.12.2014 г. в экстренном порядке с клиникой ущемления паховой грыжи. Сопутствующие заболевания: цирроз печени, сахарный диабет 2-го типа, гипертоническая болезнь II стадии, степень 3, риск ССО 3. Из анамнеза жизни выяснено, что грыжа выявлена у больного в 2011 г., быстро увеличивалась в размерах. Осматривался хирургом, от операции отказывался. При осмотре: мошонка гигантских размеров 80,0×40,0×30,0 см, напряжена, болезненна, отёчна, резко гиперемирована, местами с синюшным оттенком. Билирубин 104 мкмоль/л, АЛТ 58 МЕ/л, АСТ 60 МЕ/л, амилаза 81 ЕД/л, эр. 4,54×10¹²/л, Нб 157 г/л, л. 18×10⁹/л. D-димер 3492 нг/мл, СРБ 39 мг/л, прокальцитонин ≥2 нг/мл. По данным УЗИ органов мошонки: гигантская ущемленная паховая грыжа, направляющаяся в мошонку, асцит (грыжевая вода) мошонки, варикоцеле. По экстренным показаниям выполнена операция: косым разрезом в левой паховой области огромный грыжевой мешок вскрыт. Эвакуировано около 5 л мутной жидкости. Содержимое грыжевого мешка: прядь большого сальника, подвздошная кишка, слепая кишка с червеобразным отростком, сигмовидная кишка, восходящая кишка с явлениями некроза. Выполнена срединная лапаротомия. Произведено устранение ущемленной наружной грыжи с резекцией ущемлённых органов (правосторонняя гемиколэктомия, резекция подвздошной кишки, большого сальника). Подтверждён некроз пряди большого сальника, подвздошной, восходящей и поперечной ободочной кишки, левого яичка с придатками. В дистальных отделах мошонки диагностирован обширный некротический процесс. Выполнена резекция левой половины мошонки с некротическими тканями и левым яичком. В послеоперационном периоде находился в ОРИТ в течение 7 дней. После стабилизации состояния больной переведён в отделение гнойной хирургии в связи с флегмоной мошонки. Пациент выписан через 22 дня в удовлетворительном состоянии. Впоследствии выполнена пластика послеоперационной грыжи с использованием сетчатого эндопротеза.

Ответы на вопросы. В Санкт-Петербурге ущемленная грыжа наблюдается у 21–28 человек на 100 000 населения. Первичную пластику грыжевых ворот не выполняли. От поступления до операции прошло 4 ч, длительность операции — 5 ч.

Прения

А.Ф.Романчишен. У больного были 2 осложнения ущемленной грыжи: некроз ущемлённых органов и грыжевого мешка, перитонит. Срок от поступления до операции не должен превышать 2 ч.

Ю.А.Спесивцев (председатель). При успешном исходе заболевания время предоперационной подготовки (4 ч) следует признать превышенным.

2. Н.Ю.Коханенко, Е.В.Липская, Н.К.Пастухова, М.В.Антипова, А.М.Хаиров (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова СПбГПМУ, Мариинская больница). **Наблюдение пациента с опухолью двенадцатиперстной кишки (GIST), осложнённой тяжёлым кровотечением.**

Больной Е., 37 лет, был госпитализирован в реанимационное отделение Мариинской больницы 25.12.2014 г. с клинической картиной тяжёлого желудочно-кишечного кровотечения (при поступлении пульс 125 уд/мин, АД 100/55 мм рт.ст., Нб 43 г/л, эр. 1,56×10¹²/л). Из анамнеза стало известно, что эпизоды желудочно-кишечного кровотечения начались у больного 3 года назад. Лечился амбулаторно. Госпитализация первая. При экстренной ФЭГДС в средней трети нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки (ДПК) обнаружена кровоточащая опухоль размером 1,5×3,5 см с зоной изъязвления и фиксированным альим сгустком крови. Выполнено обкалывание раствором адреналина и клипирование. Несмотря на проводимую терапию, 27.12.2014 г. был отмечен рецидив кровотечения. Больному выполнена МСКТ брюшной полости, выявлено опухолевидное образование нижней горизонтальной ветви ДПК 4,6×4,7×4,3 см. Для уточнения связи данного образования с сосудами и возможной эмболизации кровоточащего сосуда выполнена селективная ангиография, но паравазации и дефектов контрастирования не было выявлено. Так как вероятность рецидива кровотечения была высока, принято решение оперировать больного. 27.12.2014 г. из широкого срединного лапаротомного доступа мобилизована ДПК по Кохеру. Опухоль удалена. Образовавшийся дефект стенки кишки удалось ушить только в продольном направлении на назогастральном зонде. В связи с опасностью стенозирования ушитого участка двенадцатиперстной кишки сформирован гастроэнтероанастомоз. Послеоперационный период протекал без осложнений. На 7-е сутки выполнена рентгеноскопия желудка с бариевой взвесью: анастомоз свободно проходим, затеков контрастного вещества не выявлено. Пациент выписан 19.01.2015 г. в удовлетворительном состоянии. При иммуногистохимическом исследовании препарата выявлена позитивная реакция в опухоли на CD 117, DOG-1, фокально на S100, SMA. Индекс Ki-67=2%. Получена негативная реакция в опухоли на десмин. Жалоб в настоящее время не предъявляет.

Ответы на вопросы. После операции питается два раза в день, рвот нет. В анамнезе язва ДПК, кровотечение. Митозов 2 из 50. Опухоль локализовалась в передненижней стенке верхней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки.

Прения

В.И.Кулагин. Так как возник дефект ДПК после ушивания, можно было её отключить или прошить изнутри. Гастроэнтероанастомоз опасен развитием пептических язв, тем более, что у больного в анамнезе язва ДПК.

А.Ф.Романчишен. Мы наблюдали больного, 35 лет, с кровотечением из опухоли ДПК с распространением на забрюшинную клетчатку. Иссечение завершили гастроэнтероанастомозом, но после операции он не функционировал. Пришлось сформировать дуоденоюноанастомоз. Больной жив около 20 лет.

А.В.Хохлов. Опухоль с низкой митотической активностью химиотерапии не подлежит.

Ю.А.Спесивцев (председатель). Редкое наблюдение, описанное в 1983 г. Возможно, что у больного язвенной болезни ранее не было. Тактика последовательного применения эндоскопического гемостаза и операции современна. При анастомозитах желательна применять антисекреторную терапию.

ДОКЛАД

С.Ф.Багненко, Д.И.Василевский, В.И.Кулагин, С.Ю.Дворецкий, А.С.Прядко, Г.В.Михальченко, А.В.Луфт, А.С.Лапшин, Д.С.Силантьев (ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова; ЛОКБ; СПбНИИСП им. И.И.Джанелидзе; ГБ Святой Преподобномученицы Елизаветы, Санкт-Петербург). **Mesh-технологии в хирургическом лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.**

Одной из ключевых проблем современной антирефлюксной хирургии является коррекция размеров пищевода отверстия диафрагмы. Частота рецидива заболевания после операции колеблется от 10 до 40%. Причина неудач нередко обусловлена гипотрофией мышечных ножек диафрагмы или их чрезмерным натяжением при пластике. Для предотвращения рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) после хирургического лечения с 90-х годов XX в. при закрытии дефекта хиатального отверстия применяют протезы из полимерных и биологических материалов. В период с 2007 по 2009 г. были прооперированы 98 пациентов с ГЭРБ. У всех больных выполняли традиционную «шовную» крурорафию. Рецидив заболевания через 12–24 мес хирургического лечения был выявлен у 8 (8,1%) больных. Полученные данные явились основанием для совершенствования методики операции — применения протезирующих материалов при коррекции размеров хиатального отверстия. С 2010 по 2014 г. оперативные вмешательства по поводу данной патологии были осуществлены 260 больным. У 113 (43,5%) пациентов использовались полимерные имплантаты. Показанием к их применению являлись структурная неполноценность ножек диафрагмы (гипотрофия, фиброз) или большие размеры (свыше 5 см) хиатального отверстия. Во всех наблюдениях применяли методику «mesh-reinforced» — укрепление имплантатом предварительно сшитых мышечных ножек. У 97 человек (85,8% от общего количества пациентов с протезирующими хиатопластиками) полимерный протез U-образной или линейной формы фиксировали позади пищевода. У 16 (14,2%) больных при больших размерах хиатального окна (8 см и более) выполняли комбинированную переднюю и заднюю крурорафию, уменьшавшую натяжение тканей, а зону лигатур позади и спереди от пищевода укрепляли двумя имплантатами полулунной формы. При обоих способах протезы перекрывали линию швов на 2–2,5 см и

располагались на расстоянии 2–3 мм от внутреннего края диафрагмальных ножек для исключения их контакта со стенкой пищевода и возможного её повреждения. Циркулярные имплантаты не применяли в связи с риском уменьшения отверстия для пищевода и возникновения дисфагии при «старении» полимера. У 102 больных (90,2%) использовали сетчатые протезы из «тяжелого» полипропилена («Prolen», «Эсфил»), у 11 (9,8%) — из комбинированного («Ultrapro») материала. У 147 (56,5%) больных в период с 2010 по 2014 г. при антирефлюксных хирургических вмешательствах выполняли традиционную «шовную» крурорафию. Применение протезирующих материалов считалось излишним при хорошо развитых мышечных ножках и размерах хиатального отверстия до 5 см. Результаты лечения пациентов, оперированных в период с 2010 по 2014 г., прослежены у 198 (76,1%) человек. В группе из 92 больных, перенесших хирургическое лечение с использованием протезирующих материалов, в срок от 6 до 48 мес после операции осложнений, связанных с применением методики (дисфагии, пролежней пищевода, болевого синдрома), не отмечено. Рецидив ГЭРБ возник у 2 (2,2%) больных. Из 106 пациентов, перенесших антирефлюксную операцию без применения протезирующих материалов, рецидив заболевания в указанный отрезок времени был выявлен у 3 (2,8%). Возврат симптомов ГЭРБ вследствие разрушения антирефлюксной реконструкции был отмечен у 3 (3,1%) пациентов, оперированных в период с 2007 по 2009 г. и не включённых в первоначальную статистику. Неудовлетворительные отдалённые результаты антирефлюксных хирургических вмешательств, выполняемых без применения протезирующих материалов, отмечаются в 11,2% наблюдений. Использование полимерных имплантатов в антирефлюксной хирургии является безопасным и позволяет снизить частоту неудовлетворительных результатов лечения, обусловленных рецидивом желудочно-пищеводного заброса, до 2,5%.

Ответы на вопросы. Структурная неполноценность — при субъективной оценке — гипотрофия, разрушение ножек диафрагмы. Опыта применения протезов «Bart» нет. «Тяжёлый» полипропилен вызывает осложнения чаще. Осложнений, зависящих от качества протеза, не наблюдали. Протезы не перитонизировали. Выбор метода фундопликации определялся кинетикой пищевода. Рн-метрия и моторика пищевода исследованы не у всех больных.

Прения

А.В.Хохлов. Эти сетки сделаны специально для этого заболевания и операции. Их легче при необходимости убрать. Сетки «Bart» сняты с производства. Удаление их при рецидивах представляет трудности.

В.В.Стрижелецкий. Представлен большой объем наблюдений, но сетки вызывают рубцово-воспалительные изменения, стриктуры пищевода, которых желательно избежать. Антирефлюксные операции более важны, чем протезирование.

К.В.Павелец. Надо учитывать моторику пищевода, проводить рН-метрию, важно определение локализации пищевода отверстия по отношению к диафрагме и его ширины. Если высота или ширина более 5 см, то манжетку надо формировать в средостении.

В.А.Кашенко. Необходимо оценивать результаты через более длительные периоды наблюдения — 10–20 лет. Имплантаты в этой зоне опасны.

Ю.А.Спесивцев (председатель). Проблема значима, требует развития, снижения частоты неудовлетворительных

результатов. Подход к выбору операции должен быть очень строгим.

Поступил в редакцию 09.12.2015 г.

2459-е заседание 11.11.2015 г.,

посвященное 70-летию проф. Петра Николаевича Зубарева

Председатели — Д.А.Гранов, П.Н.Зубарев

С поздравлениями выступили профессора: Д.А.Гранов, В.И.Ковальчук, М.П.Королёв, В.П.Акимов, В.А.Кащенко, В.М.Седов, М.Ю.Кабанов.

ДОКЛАД

П.Н.Зубарев, С.Я.Ивануса, М.В.Лазуткин (кафедра общей хирургии ВМедА им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург). **Кафедра общей хирургии: четверть века на рубеже двух столетий.**

Днём основания старейшей хирургической кафедры академии в России считается 17.09.1800 г., когда была прочитана первая лекция по курсу хирургии (теоретической и практической) проф. И.Ф.Бушем. В 1806 г. при кафедре была открыта академическая хирургическая клиника на 30 коек в Военно-сухопутном госпитале (ныне клинический корпус академии на Пироговской наб., д. 3). В 1825 г. по предложению И.Ф.Буша было утверждено разделение кафедры хирургии. Так, в штате Медико-хирургической академии появились кафедра теоретической хирургии (с пропедевтической клиникой) и кафедра оперативной хирургии. В 1869 г. решением конференции академии кафедра была переименована в кафедру хирургической патологии и терапии. С 1937 г. по сегодняшний день кафедра носит название — кафедра общей хирургии. За время существования кафедры в её стенах работали 42 профессора: И.Ф.Буш, П.А.Дубовицкий, П.П.Заблоцкий-Десятовский, Н.В.Склифосовский, М.С.Субботин, В.А.Опель, С.С.Гирголав, Н.Н.Еланский, В.И.Попов, М.И.Лыткин, Н.В.Путов, И.Г.Перегудов и др. Сегодня кафедра и клиника общей хирургии им. И.Ф.Буша располагаются на своём историческом месте в клиническом корпусе на Пироговской набережной, д. 3. В её стенах трудятся 11 докторов и 20 кандидатов медицинских наук, 8 профессоров (П.Н.Зубарев, С.Я.Ивануса, Д.А.Гранов, И.Д.Косачев, А.В.Кочетков, В.М.Трофимов, А.В.Хохлов, Э.В.Чернов). С 1986 по 2011 г. (четверть века!) кафедрой общей хирургии руководил проф. П.Н.Зубарев, продолжив разработку актуальных вопросов хирургии пищевода, желудка и кишечника при злокачественных и доброкачественных заболеваниях, хирургической гепатопанкреатологии, хирургического лечения портальной гипертензии, гнойно-септической хирургии, комплексного лечения раневой инфекции. На кафедре защищены 14 докторских и 36 кандидатских диссертаций. С 2011 г. кафедрой руководит заслуженный врач Российской Федерации, профессор доктор медицинских наук С.Я.Ивануса.

П.Н.Зубарев (председатель) подчеркнул важность связи руководства кафедры и администрации академии, значение учителей в воспитании творческой молодёжи.

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *П.Н.Зубарев, С.Я.Ивануса, И.Е.Онницев* (кафедра общей хирургии ВМедА им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург). **Успешное лечение амёбного абсцесса печени.**

Пациентка Г., 48 лет, поступила в клинику общей хирургии 09.01.2014 г. из терапевтического стационара с диагнозом «Новообразования? абсцессы? левой доли печени». Жалобы на боли в эпигастриальной области живота, общую слабость, температуру тела до 39,6 °С. Состояние при поступлении средней степени тяжести. Из анамнеза известно, что пациентка в ноябре находилась в Индии. После возвращения на протяжении 3 нед была диарея до 3 раз в сутки, температура тела до 39,0 °С. На фоне амбулаторного лечения (сметекта, лоперамид, парацетамол) отмечена положительная динамика в виде купирования диареи, гипертермии. При УЗИ брюшной полости выявлены новообразования левой доли печени с неоднородным жидкостным содержимым. По данным биохимического исследования крови, определялась выраженная гипопротениемия (общий белок 49 г/л), маркёры умеренно выраженной печёночной недостаточности (АЛТ 96 ммоль/л, АСТ 120 ммоль/л, билирубин 24,3 мкмоль/л, ПТИ 65%). ИФА на амёбиаз от 13.01 — резко положительный (о/п=1,701). На фоне проводимой антибактериальной терапии (цефтриаксон, метрогил) сохранялся лейкоцитоз (л. $19,4 \times 10^9/\text{л}$), сдвиг в лейкоцитарной формуле (п. 18%, с. 60%). По данным колоноскопии (13.01.2014 г.): эрозивно-язвенные поражения слепой, восходящей ободочной и терминального отдела тонкой кишки. Эзофагодуоденоскопия от 13.01.2014 г.: катаральная гастропатия. Магнито-резонансная томография 10.01.2014 г.: картина 2 образований S_{II} , S_{III} левой доли печени (наиболее вероятно — абсцессы). Компьютерная томограмма 15.01.2014 г.: КТ-картина объёмных образований левой доли печени (S_{III} — $7,0 \times 7,2$ см, S_{II} — $2,7 \times 2,8$ см), наиболее вероятно — абсцессы паразитарного характера. После стабилизации общего состояния и проведения дообследования больной выполнено лапароскопическое дренирование амёбных абсцессов печени. Содержимым одного абсцесса был гнойный экссудат с детритом. Содержимое второго — шоколадного цвета густой экссудат. Цитологическое заключение: в препаратах обилие лейкоцитов и смешанной микрофлоры (мелкие палочки и кокки). Цисты и вегетативные формы *Ent.histolytica* не выявлены. В послеоперационном периоде больная получала антибактериальную (метрогил), гепатопротекторную, инфузионную, противовоспалительную терапию. 19.02.2014 г. пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение в поликлинику по месту жительства. В течение 1,5 лет находится под динамическим наблюдением. По данным КТ брюшной полости, патологических изменений не выявлено. ИФА на амёбиаз — отрицательный. В настоящее время состояние пациентки удовлетворительное.

Д.А.Гранов (председатель). Показано, что хирургия при минимальных вмешательствах может достигать максимальных результатов.

2. *П.Н.Зубарев, С.Я.Ивануса, А.В.Кочетков, Б.В.Рисман, А.Н.Петров* (кафедра общей хирургии ВМедА им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург). **Благоприятный исход лечения постинъекционного анаэробного клостридиального некротического целлюлофасциомиозита правой ягодичной области и бедра.**

Больной Б., 23 года, поступил 08.11.2012 г. в клинику общей хирургии ВМедА с жалобами на боли, отёк, цианотич-

ность кожных покровов правого бедра и ягодицы. Сознание на уровне оглушенности, температура тела до 38 °С. При обследовании в клинике установлен диагноз «Анаэробная флегмона правой ягодичной области и бедра». Выполнено КТ 09.11.2011 г. — флегмона правой ягодичной области с распространением на правое бедро и подколенную область; реактивные изменения в подкожной жировой клетчатке поясничной области и боковой (правой) области живота за счет лимфостаза; гидроцеле; жидкость в позадипрямокишечном пространстве; инфильтрация клетчатки малого таза; увеличенный паховый лимфатический узел справа. Патологических изменений артерий и вен конечностей не выявлено. При поступлении 09.11.2011 г. выполнены разрез и дренирование анаэробного целлюлофасциомиозита правой ягодичной области и правого бедра. Гистологическое заключение: фрагментация и некроз мышц, тотально некротизированный кожный лоскут с лейкоцитарной инфильтрацией. Посев раневого отделяемого — *Kl.pneumoniae*, *Acinetobacter* cal., *Ps.aeruginosa*, *Enterobacter*; от 25.01.2012 г. — роста микрофлоры нет. Посев крови (21.11.2011 г.) — стерил.

Микроскопия крови от 10.11.2011 г. — грамположительные палочки со спорами. Прокальцитонин тест >10 нг/мл. Рентгенография костей таза 15.12.2011 г. — патологических изменений нет. Вторичную хирургическую обработку мягких тканей производили трижды — 11.11.2011 г., 15.11.2011 г., 12.12.2011 г. Наложено КСТ 25.11.2011 г. На 42-е сутки выполнена свободная аутодермопластика мягких тканей правого бедра, 30.01.2012 г. — свободная аутодермопластика мягких тканей правой ягодичной области. Площадь приживления — 90%. Выписан на амбулаторное реабилитационное лечение. В настоящее время пациент чувствует себя удовлетворительно, работает, использует трость. При контрольных осмотрах имеется умеренная сгибательная контрактура правых тазобедренного и коленного суставов. Признаков остеомиелита костей таза, бедренной кости не выявлено. Общая длительность лечения 101 сут.

Д.А.Гранов (председатель). Обыкновенное чудо получено коллективом старейшей клиники.

Поступил в редакцию 09.12.2015 г.

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ОБЩЕСТВА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Председатель Правления — Э.В.Ульрих, ответственный секретарь — Д.А.Лебедев,
референт — Т.К.Немилова

482-е заседание 17.04.2013 г.

Председатель — Д.Д.Купатадзе

ДОКЛАД

А.Б.Макеев, С.Н.Погорелький (ЛОГБУЗ «ДКБ»). **Лечение детей и подростков с заболеваниями коленного сустава.**

За 3 года (2010–2012) в отделении травматологии и ортопедии Ленинградской детской областной клинической больницы находились на лечении 361 пациент с повреждениями (72 ребенка), заболеваниями (53) и последствиями травм (236) коленного сустава.

Актуальность проблемы определяется высокой частотой неблагоприятных последствий и осложнений травм коленного сустава, что, в свою очередь, объясняется поздней госпитализацией в специализированное травматологическое отделение, неадекватным ведением пациентов на ранних этапах (до перевода в специализированное отделение). Учитывая тяжесть внутрисуставного повреждения, а также большую вероятность последствий, приводящих к ранним осложнениям, мы поставили перед собой цель разработать схему, сочетающую в себе адекватную диагностику и минимальное хирургическое вмешательство.

Основными составляющими этой схемы, наряду со стандартным клиническим обследованием и рентгенографией (100%), были: магнитно-резонансная томография сустава

(более 90%), мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ — более 40%), раннее хирургическое лечение (при наличии показаний) — в 1–5-е сутки от поступления, адекватное обезболивание, активное использование С-дуги (рентгеноскопия) при костной травме, применение лечебной артроскопии как самостоятельно, так и в сочетании с рентгеноскопией (С-дуга). Кроме того, при необходимости и наличии показаний применяли «малые» импланты, предпочитая чрескожное введение в сочетании с ранним и малотравматичным их удалением. Основными принципами вмешательств мы считали минимальную инвазию, максимальное органосохранение и раннюю реабилитацию.

Ответы на вопросы. Для оценки состояния эпифизарной зоны при репозиции эпифизов бедренной кости мы всегда активно используем электронно-оптический преобразователь. Видеоассистированные репозиции мы выполняли при переломе наружного мыщелка.

Прения

И.А.Комиссаров. Поскольку в названии доклада звучат «повреждения коленного сустава», то вряд ли правильно было включать сюда переломы на уровне эпифизов и метафизов.

В.В.Авраменко. Стоит только поприветствовать то, что вы так тщательно занимаетесь патологией коленного сустава, поскольку этим видом патологии у детей мало кто занимается. Что касается оформления доклада, то хотелось