

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Председатель правления – А. Л. Акопов, ответственный секретарь – А. А. Ильин,
референт – А. Н. Галилеева

2559-е заседание 14 сентября 2022 г.

Председатель – профессор А. Л. Акопов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А. В Решетов, А. Ю. Литвинов, А. Н. Чежин, А. М. Яровенко, Ю. В. Дивакова, В. Е. Ляпин, А. В. Елькин, М. А. Протченков (СПбГУЗ «Городская больница № 26», СЗГМУ им. И. И. Мечникова). **Случай успешного лечения пострадавшего с тяжелой сочетанной травмой, осложненной развитием трахеопищеводного свища.**

Цель демонстрации – показать возможности многопрофильной больницы при лечении тяжелой политравмы, сопровождающейся шоком.

Больной Н., 42 лет, поступил в ГБ № 26 1.07.2018 г. через 3 часа после ДТП в крайне тяжелом состоянии (на ИВЛ и инотропной поддержке). При экстренном обследовании (включавшем в себя КТ) в условиях противошокового зала у больного диагностирована тяжелая сочетанная травма головы, груди, таза и конечностей: ОЧМТ, ушиб головного мозга, САК, ушибленная рана теменной области справа, закрытая торакоабдоминальная травма, множественные переломы ребер справа, правосторонний гемоторакс, пневмомедиастинум, ушиб легких и сердца, разрыв правого купола диафрагмы, закрытый перелом костей таза, правой голени, шок.

Экстренно больному был выполнен диагностический лапароскопический пункционный прокол в правой подреберной области с целью исключения внутрибрюшной патологии. В соответствии с этапным подходом в лечении больных с поли- и сочетанной травмой с целью скорейшего купирования шокового состояния неотложно выполнены наложение аппарата внешней фиксации на кости таза и правую большеберцовую кость, дренирование правой плевральной полости, ПХО ран головы. После операций больной был переведен в реанимационное отделение, где ему проводилось комплексное лечение, включающее ИВЛ в принудительном режиме, инотропную поддержку, продолжение дренирования правой плевральной полости. Проведенное экстренно хирургическое лечение позволило улучшить параметры ИВЛ и перевести больного на вспомогательные режимы вентиляции. В результате интенсивного лечения удалось стабилизировать состояние больного и отойти от интубационной поддержки. После стабилизации больного 5.07.2018 г. больному выполнена первая операция – торакотомия справа, ушивание дефекта купола диафрагмы, а также трахеостомия.

Выполненная операция позволила улучшить параметры ИВЛ и перевести больного на вспомогательные режимы вентиляции.

В дальнейшем состояние пациента продолжало стабилизироваться. 13.07.2022 г. проведен следующий (окончательный) этап хирургического лечения политравмы – была выполнена открытая репозиция и остеосинтез левой лонной кости реконструктивной тазовой пластиной, а также остеосинтез правой большеберцовой кости канюлированным блокированным стержнем.

Далее продолжалось лечение ушиба легких, который осложнился развитием двусторонней пневмонии, что увеличило длительность вспомогательной ИВЛ. Состояние больного про-

должало улучшаться, однако на фоне проведенной длительной ИВЛ через трахеостомическую канюлю сформировался трахеопищеводный свищ, диагностированный 23.07.2018 г. Развитие трахеопищеводного свища заставило выполнить 24.07.2018 г. гастростомию по Витцелю с перевязкой абдоминального отрезка пищевода кетгутom, что позволило наладить энтеральное питание и предотвратить аспирацию желудочного содержимого.

После операции больной был отлучен от ИВЛ и переведен в отделение сочетанной травмы, где продолжалось восстановительное лечение. 21.08.2018 г. больному выполнена заключительная операция: левосторонняя цервикотомия, разобщение и ушивание трахеопищеводного свища с пластикой пищевода денервированным лоскутом левой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. Послеоперационное течение гладкое. На 7-е сутки п/о была удалена гастростомическая трубка, на 8-е сутки больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Отвѣты на вопросы.

Д. А. Чернышев: Позднее ушивание дефекта диафрагмы. Почему?

– В связи с достаточно тяжелым состоянием больного.

Д. А. Чернышев: Почему выбрали торакотомный доступ?

– Как более щадящий доступ в данной ситуации.

Профессор А. В. Кочетков: Трахеопищеводный свищ – это осложнение тяжелой сочетанной травмы или длительной интубации?

– Считаем, что имеет место сочетание предыдущих двух причин.

Профессор А. В. Кочетков: Позднее ушивание диафрагмы чем обусловлено? Возможно, это и спровоцировало развитие пневмонии.

– Имели место нарушение гемодинамики и тяжелое состояние пациента.

Профессор С. Я. Ивануса: Чем обусловлено перевязка пищевода кетгутотом?

– Мы имеем опыт такой тактики, знаем, что перевязка кетгутом приводит к окклюзии пищевода на 3 недели. А через 3 недели кетгут рассасывается, и все восстанавливается.

Профессор В. И. Кулагин: Сколько дней пациент находился на искусственной вентиляции?

— Около полутора месяцев.

Сколько ходил со свищом?

– Месяц.

Гемоглобин 62 г/л. Куда терял кровь?

– В плевральную полость, гематома таза, рана головы и голень. Было ли повреждение трахеи исходно?

— Не было.

Профессор А. Л. Акопов (председатель): Локализация трахеопищеводного свища?

– На 1 см ниже апертуры, размеры $1 \times 0,8$ см.

Профессор А. Л. Акопов (председатель): Пищевод циркулярно выделяли?

— Да, и пищевод, и трахею выделяли циркулярно.

Прения

Д. А. Чернышев: Причина таких свищей – чаще всего давление манжетой на слизистую трахеи. Чтобы решиться на такую операцию, необходима большая смелость. Операция достаточно сложная. Обычно, пусть пациент выздоровеет, выпишется – а затем будут ликвидировать этот свищ.

Профессор А. В. Кочетков: Хочу поблагодарить докладчика за столь высокий уровень. Контроль повреждений – 3 этапа. Все соблюдено.

Профессор А. Л. Акопов (председатель): Необходимо выделить тот факт, что пациента вылечили в одном учреждении. А. В. Решетов и остальные доктора достойны аплодисментов.

2. А. А. Смирнов, А. А. Ильин, А. В. Ботина, Я. В. Ручкина (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова). **Эндоскопическое удаление новообразования средостения через просвет пищевода.**

Цель демонстрации – тоннельная эндоскопическая резекция, а также ее модификация – трансэзофагеальная эндоскопическая резекция, являются малоинвазивным, безопасными, эффективными методиками удаления субэпителиальных опухолей пищевода, средостения.

Больной обратился в ПСПбГМУ с жалобами на наличие новообразования пищевода, которое было выявлено при выполнении КТ грудной клетки. Образование имело размеры до 3,0 см, располагаясь в среднегрудном отделе пищевода. По данным эндосонографии образование локализовалось в средостении, не имея связи со стенкой пищевода. Пациенту была выполнена внутрисветовая эндоскопическая тоннельная резекция и извлечение образования единым блоком. Общее время операции – 53 минуты, кровопотеря не превысила 15 мл. Послеоперационный период прошел без особенностей, больной был активизирован в день операции и выписан через три дня. По данным гистологического и ИГХ исследований был установлен окончательный диагноз – «Невринома».

Ответы на вопросы.

Профессор Н. Ю. Коханенко: По данным литературы, какая самая большая опухоль пищевода или средостения удаляется эндоскопически?

– Чаще это лейомиомы, размер до 10 см, но их фрагментируют и удаляют. У нас самая большая была более 8 см. Вот эта опухоль 3,5×2 см имела максимальный размер, который можно удалить, не фрагментируя.

Профессор М. В. Бурмистров: Какие показания для удаления данной опухоли при отсутствии жалоб?

– 3 см – это показания для удаления стромальных опухолей. Их обычно удаляют.

Профессор Б. В. Сигуа: Какова частота несостоятельности?

– У нас не было ни одного случая, в мире единичные случаи.

Профессор Б. В. Сигуа: 250 случаев – это огромное количество. А когда вы пациентов передаете торакальным хирургам?

– При крупных или множественных образованиях.

Профессор В. И. Кулагин: Как ушивался мышечный дефект? Почему образовался дивертикул?

– К великому сожалению, у нас нет инструмента, с помощью которого мы можем ушить мышечную стенку пищевода.

Прения

Профессор М. В. Бурмистров: Всегда относился с восхищением к эндоскопистам Санкт-Петербурга. Но в данном случае размер опухоли 3 см является пограничным, чтобы подвергать пациента риску такой операции. Я не сталкивался с перерождением такой опухоли. Виртуозное мастерство заслуживает похвалы, но вот в отношении целесообразности данной операции немного сомневаюсь.

Профессор К. В. Павелец: Демонстрация очень интересна и заслуживает поощрения. Спасибо большое.

Профессор А. В. Решетов: Считаю, что в данной ситуации показания были, так как больной онкологический, и нельзя было исключить метастазирование в лимфатические узлы средостения. Операция пациенту была показана.

Профессор А. Л. Акопов (председатель): На сегодня специалист-эндоскопист чрезвычайно редко может удалять образование именно средостения, а не стенки пищевода. Этот вопрос требует отдельной дискуссии. А показания – при любом новообразовании средостения показано удаление.

3. М. В. Бурмистров, В. И. Федоров, Е. И. Сигал, А. И. Кукушкин (ГАУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ РТ»), ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ им. проф. М. З. Сигала»). **Малоинвазивная хирургия грыж пищеводного отверстия диафрагмы: юбилейный обзор.**

Цель доклада – представить анализ хирургического лечения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы на основе опыта 25 лет.

Методы и материалы. В работе представлен собственный опыт выполнения 1487 операций у пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. Проведен анализ лечения пациентов в период с 1996–2021 г. Все вмешательства выполнялись лапароскопическим доступом. Применялись следующие методы лапароскопической фундопликации: по Ниссену–Розетти – 918 (61,7 %), Ниссену – 556 (37,4 %), Тупе – 6 (0,4 %) и по Дору – 7 (0,5 %). Исходя из жалоб пациентов, данных эндоскопического и рентгенологического обследований, мы оценивали эффективность операций. Повторной реконструктивной операции подверглись 90 (6 %) пациентов. Использован комплекс диагностических исследований, включающий в себя общеклинические (сбор жалоб, анамнез, данные физического обследования), лабораторные, инструментальные. Инструментальные методы включали: рентгенографию, контрастную рентгеноскопию, фиброэзофагогастроуденоскопию.

Результаты. Проведены 1487 антирефлюксных вмешательств и определены основные показатели: летальность 4 (0,3 %) случая, интраоперационные осложнения – 58 (3,9 %), ранние послеоперационные осложнения – 494 (33,2 %), поздние послеоперационные осложнения – 213 (14,3 %), рецидив гастроэзофагеального рефлюкса 136 (9,1 %). Из общего числа больных с рецидивом заболевания 79 отказались от повторной операции, 57 согласились. Кроме того, у ряда пациентов (n=33) операция носила исключительно реконструктивный характер, показаниями явились: стойкая дисфагия, миграция ФМ с ущемлением и выраженным болевым синдромом, вторичная ПЭ ГПОД, рецидив ПЭ ГПОД. Всего по различным показаниям было проведено 90 реконструкций. Динамика лечения данной группы пациентов отслежена на сроке от 3 месяцев до 15 лет. Основными жалобами данной группы пациентов были регулярные приступы изжоги, сопровождающиеся регургитацией; дисфагия, боль в эпигастриальной области, связанная с приемом пищи. В раннем послеоперационном периоде (до 1 месяца) рецидив заболевания диагностирован у 15 пациентов. В позднем (более 1 года) – у 75 больных. Всем реконструктивные операции начинали лапароскопическим доступом. У 6 пациентов в связи с выраженным спаечным процессом выполнен переход на лапаротомию. А 84 (93 %) пациентам операция выполнена лапароскопически. В результате проведения повторных операций у 10 (11,1 %) пациентов достигнут отличный результат, у 26 (28,8) – хороший, у 27 (30 %) – удовлетворительный, а у 17 (18,8 %) – неудовлетворительный.

Заключение. Первичные антирефлюксные операции должны выполняться в специализированных стационарах

опытными хирургами, владеющими не только лапароскопическим методом, но и «открытой» хирургической техникой операции при грыже пищеводного отверстия диафрагмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Выполнение второй и более реконструкции при неудачах лапароскопической фундопликации должно проводиться по более строгим показаниям, так как риск возможных периоперационных осложнений повышается. Кроме того, необходимо учитывать, что каждая последующая реконструктивная операция значительно увеличивает вероятность возникновения рецидива заболевания.

Ответы на вопросы.

Профессор К. В. Павелец: Скажите, пожалуйста, вы оцениваете моторику пищевода?

– Да, определяем всегда: рентгенография, потом манометрия.

Профессор К. В. Павелец: А секрецию пищевода вы определяете?

– Нет, РН-метрию не выполняем.

Профессор В. В. Стрижелецкий: Велика ли роль короткого пищевода в отрицательных результатах?

– Мы не выявили связи результатов с коротким пищеводом.

Профессор В. И. Кулагин: Механизм действия фундопликации?

– Это известно еще из старых работ.

Профессор Б. В. Сигуа: Самый маленький возраст – 15 лет, не имело ли смысла дожидаться более старшего возраста – лет 20–21?

– Да, эти операции делали, когда этого еще не знали. Теперь у детей не делаем.

Профессор Б. В. Сигуа: Отдаленные результаты – только опросники, или и методы обследования?

– При отсутствии жалоб – только опросник.

А. А. Смирнов: Рассматриваете ли при гастропарезе эндоскопические методы лечения?

– Наши эндоскописты пока не готовы к этому.

Д. И. Филиппов: В вашей команде работает гастроэнтеролог?

– Да.

Прения

Профессор В. В. Стрижелецкий: В докладе представлен колоссальный опыт. С чем могу не согласиться? Я сторонник операции Дора. Что касается сетчатых имплантов, я с Вами полностью согласен. У нас тоже были отрицательные результаты. Сетчатые импланты не должны применяться независимо от производителя.

Профессор В. И. Кулагин: При грыжах пищеводного отверстия диафрагмы и при ГЭРБ нужны разные хирургические подходы. Это 2 абсолютно разных заболевания. Очень важно разделить эти 2 состояния. Если ГЭРБ – это должно быть консервативное лечение у гастроэнтеролога. Обследования: 1) РН-метрия 24 часа; 2) ФГДС; 3) манометрия. Необходимо определить первичную или вторичную недостаточность сфинктера.

Профессор А. Л. Акопов (председатель): Спасибо всем. Этот доклад – практически аксиома.

Поступил 16.09.2022 г.

2560-е заседание 28 сентября 2022 г.

Председатель – профессор С. А. Шляпников

1. В. И. Кулагин, Е. В. Батиг, М. И. Андреев, Э. С. Моллаев (ГБУ СПб НИИ СП им. И. И. Джанелидзе, ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова). **Отдаленный результат операции выключения двенадцатиперстной кишки по А. Г. Земляному при осложненном течении парафатериального дивертикула.**

Цель демонстрации – обсудить хирургическую тактику при осложненном течении парафатериального дивертикула в сочетании с холедохолитиазом.

Пациент Ф., 67 лет, с 2014 г. стал отмечать периодические приступы болей в верхних отделах живота, сопровождавшихся тошнотой, рвотой, преходящей желтухой (билирубин – 37,2 мкмоль/л).

Неоднократно госпитализировался в хирургические стационары с диагнозами: «Острый живот? Острый тромбоз мезентериальных сосудов? Обострение хронического панкреатита, обострение хронического холецистита». Обострения купировались введением спазмолитиков.

При обследовании диагностированы камни в желчном пузыре и парафатериальный дивертикул двенадцатиперстной кишки. Камней в желчном протоке не обнаружено (УЗИ, МРТ, Rg желудка). Преходящий характер желтухи связывался с дивертикулитом, папиллитом.

5.03.2015 г. выполнена операция: лапаротомия, холецистэктомия «от шейки», выключение двенадцатиперстной кишки по А. Г. Земляному. При ревизии холедоха интраоперационно камней в нем не обнаружено.

Через год после операции выявлены эрозии и острые язвы в области дуоденоюнального анастомоза и отводящей кишки. Длительное лечение противоязвенными препаратами.

Приступов болей в животе не было до 2017 г. В 2017 г. развился приступ болей, сопровождавшийся непреходящей желтухой (билирубин 120,3 мкмоль/л). При обследовании диагностирован холедохолитиаз (МРТ).

29.10.2017 г. выполнена операция: лапаротомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха. Боли и желтуха купированы. Дренаж из холедоха удален через месяц.

В течение последующих 5 лет возник один приступ болей, связанный с погрешностью (алкоголь) в диете. Диагностирован легкий панкреатит, который купирован консервативным лечением.

В настоящее время чувствует себя хорошо, соблюдает диету. Работает по специальности. При контрольном обследовании (ФГС, МРТ) камней в холедохе и патологии дуоденоюнального анастомоза не выявлено. Планируется устранение небольшой вентральной грыжи.

Ответы на вопросы

Профессор С. Я. Ивануса: В 2017 г. оперируете по поводу конкремента в холедохе. Почему не наложили билиодигестивный анастомоз?

– Этот вопрос даже не рассматривался.

Профессор Н. Ю. Коханенко: Перипапиллярный дивертикул какой степени?

– 1 степени.

Профессор П. К. Яблонский: Отдаленные результаты? Как часто возникают пептические язвы?

– Если секреция снижена или нормальная, тогда показана такая операция. Иначе будут осложнения – пептические язвы.

Профессор К. В. Павелец: Вы сделали около 100 операций, явления гастростаза присутствовали?

– Ни в одном случае не отмечали.

Профессор В. А. Кашенко: Рассматривали ли возможность использования эндоскопических технологий?

– Нет. Использовали классическое исполнение методики.

Прения

Профессор К. В. Павелец: Блестящий результат после данной операции был закономерным. Профессор А. Г. Земляной нашел замечательный вариант операции, чтобы помочь пациенту в достаточно сложной ситуации. Нарушение моторики двенадцатиперстной кишки – дуоденостаз – после данной операции практически не встречается. А вот пептические язвы

встречаются, у нас они встретились в 8 %. Холедохолитиаз возник в отдаленном послеоперационном периоде, но мог и не возникнуть. Холедох был не изменен, стриктуры не было. Камень удален. Спасибо за демонстрацию.

Профессор С. Я. Ивануса: Дивертикул – это фактор риска образования камней.

2. П. К. Яблонский, А. О. Аветисян, А. В. Чаусов, И. С. Серезвин, Г. Г. Кудряшов, Е. А. Давыденкова, К. А. Сташкова, В. Ф. Ли, О. П. Соколова (ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России). **Случай успешного лечения хронической эмпиемы плевры после пневмонэктомии «EN MASSE» путем доудаления остатков легкого в сочетании с этапными торакмиопластическими вмешательствами.**

Цель демонстрации – показать возможность успешного лечения пациента с хронической эмпиемой плевральной полости с применением многоэтапных хирургических вмешательств и VAC-терапии.

Лечение больных с хронической эмпиемой остаточной плевральной полости после частичных или больших резекций легкого представляет собой трудную задачу и заключается в основном в наложении торакостомы и дальнейшей длительной, зачастую неэффективной, санации остаточной плевральной полости, что значительно ухудшает качество жизни.

Больной А., диагноз туберкулеза левого легкого установлен в 2011 г. На фоне лечения в г. Буйнакске 30.01.2012 г. выполнена резекция верхней доли левого легкого, осложнившаяся формированием остаточной плевральной полости и развитием бронхоплеврального свища. На фоне продолжающегося сброса воздуха развилась эмпиема плевры слева. 26.04.2012 г. выполнено доудаление верхней доли левого легкого с плеврэктомией и декортацией легкого. Продолжался сброс воздуха по плевральному дренажу, 09.07.2012 г. выполнена транстеральная трансперикардальная окклюзия левого главного бронха и левой легочной артерии. 24.09.2012 г. выполнено доудаление левого легкого.

25.12.2018 г. в зоне нижнего края послеоперационного рубца появилась болезненность, припухлость. Повторно госпитализирован, установлен диагноз эмпиемы левой плевральной полости. 06.02.2019 г. выполнена VATS: вскрытие полости эмпиемы, формирование торакостомы слева, содержащее несколько отверстий нодулярных свищей, связанных с культей главного бронха. 8 месяцев проводилась открытая санация полости эмпиемы. 10.10.2019 г. выполнена санация торакостомы, доудаление культи главного бронха, ушивание свищей легкого. Далее продолжалась санация полости эмпиемы.

Госпитализирован в СПб НИИ фтизиопульмонологии.

При дообследовании: ФБС – короткая, герметичная культя левого главного бронха. Торакостома с наличием оставшейся, дистальной части культи ЛГБ, зияющей в просвет плевральной полости; МСКТ – наличие долевого бронха, сообщающегося с системой полостей оставшейся части левого легкого.

Этапные хирургические вмешательства:

07.09.2021 г. в СПбНИИФ выполнена заключительная левосторонняя плеврорезектопневмонэктомия (удаление остатков левого легкого), удаление культи левого главного бронха. В последующем применена VAC-терапия.

18.02.2022 г. Левосторонняя верхнезадняя 5-реберная торакмиопластика.

06.06.2022 г. Торакмиопластическое закрытие торакостомы слева.

Ответы на вопросы.

Профессор С. Я. Ивануса: Что добавила компьютерная томография к диагностике?

– Операция сложная, поэтому все является важным при планировании операции.

Профессор С. А. Шляпников: Как можно было дважды удалять главный бронх?

– Хирурги оказались в сложной ситуации, думали, что главный бронх удален. Но это оказалось не так.

Профессор А. Е. Демко: Не рассматриваете ли Вы в такой ситуации методики дополнительной реальности?

– Определение границ резекции чрезвычайно сложно, так как практически нет расстояния между анатомическими структурами.

А. А. Ильин: Последняя пневмонэктомия была выполнена осенью, а через полгода высевалась микробная флора. Как пациента лечили?

– Эти полгода он находился в стационаре, использовали VAC-систему (меняли 2 раза в неделю). Также периодически получал антибиотикотерапию с периодической заменой антибиотиков. Длительно существующая эмпиема – поэтому столь сложное лечение.

Прения

Профессор С. А. Шляпников: Представленная демонстрация уникальна. Пациент 10 лет страдал данной патологией. Трижды резецировали главный бронх. Неоднократно выполнялась доудаление легкого. Доверяй, но проверяй. Уникальное закрытие полости эмпиемы, в данном случае хорошо кровоснабжающейся мышцей.

Прекрасная демонстрация.

3. Б. В. Сизуа, С. В. Петров, Д. Х. Каландарова, А. В. Вовк, Д. А. Чернышев, П. А. Котков, В. П. Земляной (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ, СПбГБУЗ «Елизаветинская больница»). **Объективизация концепции хирургического лечения пациентов со спаянной тонкокишечной непроходимостью.**

Цель доклада – в связи с неудовлетворительными результатами лечения пациентов с острой спаянной тонкокишечной непроходимостью и рецидивирующим характером течения на сегодняшний день мировое хирургическое сообщество изменило свои взгляды относительно лечебной тактики со смещением с неотложного хирургического вмешательства до максимально консервативного ведения.

В рамках реализации современной концепции лечения пациентов с ОСТН нами усовершенствован лечебно-диагностический алгоритм с обоснованным и последовательным применением наиболее информативных методов диагностики. Определены показания, характер и сроки консервативной терапии у пациентов с ОСТН. На основе сравнительного анализа выявлены предиктивные клинические, лабораторные и инструментальные признаки для прогнозирования успешности консервативных мероприятий и вероятности выполнения срочного оперативного вмешательства. На основе выявленных признаков разработана и внедрена в клиническую практику оригинальная балльно-оценочная шкала, которая, являясь частью усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма, базируется на выявленной корреляционной связи между рядом предиктивных показателей и вероятностью проведения срочного оперативного вмешательства у пациентов с острой спаянной тонкокишечной непроходимостью.

Исследование выполнено на основе сравнительного анализа результатов лечения 338 пациентов с ОСТН, проходивших стационарное лечение в СПбГБУЗ «Елизаветинская больница» в период с 2016 по 2019 г. Из 338 исследуемых, 240 (71,0 %) пациентов подверглись оперативному лечению, а в 98 (29,0 %) случаях удалось добиться консервативного разрешения эпизода нарушения кишечного пассажа. Внедрение усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма и оригинальной балльно-оценочной шкалы позволило рационально

использовать диагностические методы с последовательным применением наиболее информативных из них, что способствовало распределению пациентов с большей вероятностью неоперативного лечения, увеличив количество консервативно разрешившихся пациентов с 18,6 % (26) до 36,4 % (72) ($p < 0.01$), оптимизировать оперативное лечение, снизить количество послеоперационных осложнений с 46,5 % (53) до 22,2 % (28) ($p < 0.001$), частоту летальных исходов с 14,9 % (17) до 3,9 % (5) ($p < 0,01$).

Ответы на вопросы.

Профессор А. В. Хохлов: Ваше отношение к интубации кишки?

– Зонд заводится интраоперационно и убирается на 2–3 сутки.

Профессор Н. Ю. Коханенко: В чем новизна вашей работы?

– Увеличение эффективности консервативной терапии.

Профессор В. А. Кашенко: Были ли у вас пациенты, которым лапароскопически устранялась кишечная непроходимость?

– Эндовидеохирургическое устранение дискуссионно для отдаленных результатов. Лапароскопию мы применяем, но она увеличивает частоту спаечной болезни.

В. И. Кулагин: Какой вы делаете вывод – сколько можно лечить консервативно?

– Консервативно лечили около 20 часов, не более 24 часов.

Профессор С. А. Шляпников: По международным рекомендациям, они могут пролечить консервативно до 90 % пациентов, а у Вас получается 20–37 %. Чем Вы это объясняете?

– По Российским рекомендациям консервативно лечить можно не более 24 часов, поэтому мы лечим 20 часов. И именно поэтому у нас процент – 20–37.

Профессор П. К. Яблонский: Эта спаечная болезнь или спаечная кишечная непроходимость?

– Мы говорим только о спаечной кишечной непроходимости.

Прения

Профессор А. Е. Демко: За рубежом странгуляционную спаечную тонкокишечную непроходимость лечат консервативно давно (с 1997 г.), появляются симптомы системной воспалительной реакции – берут на операцию. Что касается лапароскопических операций – конечно, они выполняются, если нет противопоказаний.

Профессор Б. В. Сигуа: Спаечная болезнь – это удел плановой хирургии. Мы говорим о спаечной непроходимости. Мы не вышли за пределы 24 часов, не вышли за пределы клинических рекомендаций. Если пациент дома провел четверо суток, маловероятно, что его можно лечить консервативно. Если несколько часов провел дома – то возможно лечить консервативно, и результаты хорошие.

Профессор С. А. Шляпников: Прекрасное исследование. Вопросы абдоминальной хирургии не так широко у нас освещаются. Возможно, необходимо организовать свои протоколы лечения. Но эти темы юридически опасны на сегодня. Надо приветствовать эту работу. Это шаг вперед, что консервативно можно и должно лечиться.

Поступил 17.10.2022 г.

2561-е заседание 12 октября 2022 г.

Председатель – профессор Г. М. Рутенбург

1. К. В. Павелец, А. К. Уикац, О. Г. Вавилова, К. В. Медведев, М. К. Павелец (СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница», клиника высоких медицинских технологий им. Н. И. Пирогова СПбГУ). **Отдаленный результат лечения рака головки поджелудочной железы у больного старческого возраста.**

Цель демонстрации – показать отдаленный результат радикального оперативного лечения больной старческого возраста с опухолью головки поджелудочной железы.

Больная А., 80 лет, поступила в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы 28.12.2006 г. в экстренном порядке переводом из больницы № 30 с диагнозом «Механическая желтуха». При УЗИ выявлено расширение внутри- и внепеченочных желчевыводящих протоков (долевые до 11 мм, ОПП 13 мм), увеличенный в размерах желчный пузырь без конкрементов, сдавление холедоха в панкреатическом отделе образованием головки поджелудочной железы диаметром 20 мм, вирсунгов проток 12 мм. Данных за наличие отдаленных метастазов не получено. При ФГДС: хронический гастродуоденит, БДС – без особенностей, желчь в двенадцатиперстную кишку не поступает. Цифры общего билирубина на момент поступления составили 280 мкмоль/л, прямого – 180 мкмоль/л. Из сопутствующих заболеваний: ИБС. Атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз (ОИМ неизвестной давности на ЭКГ). Атеросклероз аорты и коронарных сосудов. ГБ II ст. Варикозная болезнь вен нижних конечностей II ст.

30.12.2006 г. больной произведена холецистостомия. 11.01.2007 г. пациентка выписана (общий билирубин 100 мкмоль/л, прямой билирубин 54 мкмоль/л). 22.01.2007 г. больная поступила в Клинику высоких медицинских технологий им. Н. И. Пирогова СПбГУ в плановом порядке для оперативного лечения (общий билирубин на момент поступления 51 мкмоль/л).

25.01.2007 г. произведена пилоруссохраняющая панкреатодуоденальная резекция. При гистологическом исследовании выявлена умеренно дифференцированная аденокарцинома головки поджелудочной железы, в лимфатических узлах опухолевого роста не обнаружено.

Окончательный диагноз: «Рак головки поджелудочной железы pT2N0M0. Механическая желтуха». Послеоперационный период протекал гладко. Выписана на 14-е сутки после операции. Больная обследована в различные сроки. По данным УЗИ и КТ данных за рецидив и прогрессирование опухоли не получено, цифры онкомаркеров составили: РЭА 1,4 нг/мл; СА 19–9 5 Ед/л.

Ответы на вопросы.

Профессор И. А. Соловьев: Сейчас вы выполняете эту операцию в таком же виде, или по-другому?

– Первые 100 операций выполняли так. Затем при выполнении данной операции стали удалять желчный пузырь, так как у многих пришлось удалять желчный пузырь позже (у данной больной через 7 лет).

Профессор В. И. Кулагин: Чем объясняете то, что больные после таких операций обычно живут до года, у вас пациент живет 16 лет.

– У нас есть пациенты, которые живут 10 лет и более, особенно после использования фотодинамической терапии. У данной больной была только операция.

Прения

Профессор И. А. Соловьев: Благодарю за очень хорошую демонстрацию отдаленных результатов пациентки с опухолью головки поджелудочной железы. Считаю, что при этой операции желчный пузырь необходимо убирать всем, потому что риск образования камней высок и повторную операцию выполнять сложно. В отношении того, пилоросохраняющую операцию или стандартную операцию выполнять – зависит от выбора хирурга.

Профессор Г. М. Рутенбург (председатель): Блестящий результат. Спасибо большое.

2. А. Ю. Корольков, Д. Н. Попов, А. О. Танцев, Т. О. Никитина (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова). **Хирургическое лечение пациентки со стриктурой билиодигестивного анастомоза, осложненной множественным внутрипеченочным литиазом.**

Цель демонстрации – представить тактику мультидисциплинарного хирургического подхода в лечении у пациентки со структурой билиодигестивного анастомоза, осложненной множественным внутрипеченочным литиазом.

Пациентка 57 лет, из анамнеза: в 2016 г. выполнено наложение билиодигестивного анастомоза в связи с интраоперационным повреждением желчевыводящих путей. Госпитализирована в клинику с жалобами на боли в правом подреберье, сопровождающиеся ознобом, желтушностью кожных покровов, повышением температуры тела до 39 °С. При обследовании выявлена стриктура ранее сформированного билиодигестивного анастомоза, осложненная множественным внутрипеченочным холелитиазом. Выполнено оперативное вмешательство. Первым этапом – чрескожно чреспеченочное холангиодренирование. Вторым этапом – лапаротомия, разобщение гепатикоюноанастомоза, интраоперационная эндоскопическая холангиоскопия с литоэкстракцией, резекция участка тонкой кишки с брауновским соустьем, формирование позадибодочного гепатикоюноанастомоза на отключенной по Ру петле и сменных транспеченочных каркасных дренажах по Smith–Praden–Saypol–Kurian.

Лечение стриктуры БДА, осложненной множественным внутрипеченочным литиазом и механической желтухой, требует мультидисциплинарного подхода, включающего в себя как малоинвазивные методы лечения с применением интервенционных и эндоскопических вмешательств, так и открытые реконструктивные операции. Такие пациенты должны получать лечение в специализированных многопрофильных центрах (медицинских учреждениях IV уровня), имеющих необходимое инструментально-техническое оснащение и опыт работы с данной категорией больных.

Ответы на вопросы.

Профессор К. В. Павелец: У вас не было мысли о дилатации анастомоза?

– Учитывая наличие множества конкрементов, решили выполнять операцию.

Профессор С. Я. Ивануса: Чем ваша реконструкция анастомоза лучше предыдущего?

– Наш не лучше и не хуже, просто первый был выполнен в экстренной ситуации, а у нас плановая операция.

Профессор С. Я. Ивануса: Нельзя ли было сохранить кишку с брауновским соустьем?

– Нет.

Профессор А. Е. Демко: Как шьете?

– Однорядным узловым швом.

Прения

Профессор А. Е. Демко: Продемонстрирован классический подход к лечению данной патологии с хорошим результатом. Стоит ли выполнять такую реконструкцию – хирургу виднее. Да, такие больные должны лечиться в стационарах такого уровня, но и первая операция, выполненная в сложной ситуации, сделана хорошо.

Профессор С. Я. Ивануса: Позвольте присоединиться к поздравлениям при выполнении данной операции. Но, учитывая, что у пациентки до сих пор стоит дренаж, ее нельзя считать полностью вылеченной. Необходимо дождаться отдаленного результата после удаления дренажа через 3 года и потом доложить. Вариант наложения анастомоза можно обсуждать. Успех авторов несомненный.

Профессор А. Ю. Корольков: Отвечаю на вопрос: почему была резецирована кишка? – Петля была короткая, и петля деформирована. Каркасные стенты мы меняем раз в 3 месяца, и они уже стоят 2 года. Еще будут стоять год, то есть до 3-х лет.

3. А. А. Сазонов, Н. А. Майстренко, П. Н. Ромащенко, А. Г. Арданкин, Г. О. Ревин (ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова»). **Результаты применения геморроидэктомии с латеральной ультразвуковой диссекцией в режиме резания.**

Цель доклада – оценить применение оригинальной методики латеральной ультразвуковой диссекции в режиме резания для снижения травматического воздействия на ткани, что является залогом благоприятного течения послеоперационного периода и быстрой реабилитации пациентов.

Осуществлен комплексный анализ эффективности оригинальной методики геморроидэктомии с латеральной ультразвуковой диссекцией в режиме резания с клинических позиций, а также путем изучения патоморфологических изменений в тканях при ее использовании.

Проведена сравнительная оценка непосредственных результатов лечения, а также патоморфологических изменений в ткани удаленных геморроидальных узлов у 2 групп пациентов. В основную были включены 40 больных, у которых применялась оригинальная методика геморроидэктомии с латеральной ультразвуковой диссекцией в режиме резания. Контрольную группу составили 40 больных, которым была выполнена геморроидэктомия по Миллигану–Моргану с использованием электрокоагуляции. Статистически достоверной разницы между указанными группами по возрастной и половой структуре больных, а также основным клиническим характеристикам заболевания, не выявлено.

При сравнительном анализе результатов хирургического лечения установлено, что интенсивность болевого синдрома и частота развития послеоперационных осложнений в основной группе больных были ниже, чем в контрольной. При оценке патоморфологических изменений отмечено, что глубина коагуляционного некроза, а также степень выраженности некробиотических изменений подлежащего слоя после геморроидэктомии с латеральной ультразвуковой диссекцией в режиме резания оказались достоверно меньше, чем после операции Миллигана–Моргана с использованием электрокоагуляции. Кроме того, выявлена достоверная разница в сроках регенерации тканей. Формирование активных грануляций в области послеоперационных ран у пациентов основной группы отмечено на 14–16-е сутки послеоперационного периода, в то время как у представителей контрольной группы данный процесс развивался не ранее 20-х суток.

Ответы на вопросы.

Профессор А. В. Хохлов: Вы сравнивали с монополярной или биполярной коагуляцией?

– Сравнивали с монополярной коагуляцией.

Профессор И. А. Соловьев: Вы оставляете раны открытыми. Стриктуры не образуются, ведь раны заживают вторичным натяжением?

– Стриктуры у нас не образовывались, и мы считаем, что зашивать данные раны не нужно, так как при зашивании усиливается болевой синдром.

Прения

Профессор Г. М. Рутенбург (председатель): Спасибо за доклад с фундаментальным подходом к данной патологии.

Поступил 17.10.2022 г.

2562-е заседание 26 октября 2022 г.

Председатель – профессор А. В. Павловский

1. П. Н. Ромащенко, Н. А. Майстренко, А. К. Алиев, К. В. Китачев, Н. В. Хохрякова, Ш. Ю. Абасов (ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова»). **Этапное лечение больного COVID-ассоциированным мезентериальным тромбозом и некрозом тонкой кишки.**

Цель демонстрации – показать этапный хирургический подход в лечении больного COVID-ассоциированным мезентериальным тромбозом.

Пациент П., 39 лет, проходил этапное лечение в клинике факультетской хирургии имени С. П. Фёдорова. Из анамнеза известно, что с 18.11.2021 г. находился на стационарном лечении в филиале 442 Военного клинического госпиталя в г. Луга по поводу новой коронавирусной инфекции средне-тяжелого течения, КТ-1 (положительный результат при исследовании мазка методом ПЦР на SARS-CoV-2 от 20.11.2021 г.). На фоне проводимого лечения отмечалась положительная динамика в виде купирования лихорадки и интоксикационных проявлений. С 27.11.2021 г. отметил появление выраженной боли в области мезогастрия, тошноты, двукратной рвоты. В связи с чем 28.11.2021 г. был переведен в Военно-медицинскую академию имени С. М. Кирова МО РФ с подозрением на острый коронарный синдром (ОКС) и острую мезентериальную ишемию. Диагноз ОКС после дообследования, консультации кардиолога был исключен. По данным КТ-ангиографии живота выявлено наличие тромботических масс в грудном отделе аорты, тромбоз в бассейне верхней брыжеечной артерии (ВБА), как в приустьевом отделе (окклюзия на 30 %), так и дистальных ветвях (отсутствие контрастирования а. Iliocolica). В связи с чем 28.11.2021 г. по экстренным показаниям была выполнена диагностическая лапароскопия. Установлено, что от связки Трейца и на протяжении 60 см тонкая кишка жизнеспособна, далее 140 см тонкой кишки (дистальный отдел тощей и проксимальный отдел подвздошной) некротизированы (синюшно-багрового цвета, не перистальтируют, незначительно дилатированы до 3 см), дистальный отдел подвздошной кишки, ободочная кишка жизнеспособны. Лапаротомия, резекция 140 см тонкой кишки без формирования первичного анастомоза с установкой назогастроинтестинального зонда до заглушенного участка приводящей петли, лапаростомия. 29.11.2021 г. выполнена программная ревизия брюшной полости («second look»): интраоперационных признаков продолженного некроза тонкой кишки не выявлено, в связи с чем было выполнено восстановление ее непрерывности с формированием анастомоза по типу «бок-в-бок» с назогастроинтестинальной интубацией.

В послеоперационном периоде получал антикоагулянтную терапию раствором гепарина 1500 ЕД/ч под контролем АЧТВ (в целевых значениях 70–80 с).

13.12.2021 г. пациенту была выполнена контрольная КТ-ангиография живота, по данным которой отмечается положительная динамика в виде регресса тромботических масс в просвете грудной аорты, отсутствие тромботических масс в приустьевом отделе ВБА (ранее окклюзия на 30 %) и контрастирование а. Iliocolica (ранее не определялась).

При контрольном обследовании через 3 месяца состояние удовлетворительное, признаков белково-энергетической недостаточности нет.

Ответы на вопросы.

Профессор А. Е. Демко: Во время первого этапа операция на сосудах рассматривалась?

– Да, но решили, что уже нецелесообразно.

Профессор К. В. Павелец: Резекция кишки выполнялась в пределах жизнеспособной кишки?

– Да.

Профессор И. А. Соловьев: Какие показания для лапароскопической диагностики?

– Другие варианты обследования не давали убедительного ответа о патологии.

Профессор В. А. Кашенко: Расскажите подробно, почему отказались сосудистые хирурги?

– Сосудистые хирурги отказались, так как прошли сутки, боялись реперфузионного синдрома и поэтому не стали выполнять.

Профессор В. А. Кашенко: Вопросы тромбофилии обсуждались?

– Нет, но, так как есть контакт с пациентом, он будет обследован.

Профессор И. А. Соловьев: Участвовал ли сосудистый хирург в операции?

– Да, участвовал.

Профессор А. Е. Демко: Во время операции определяли пульсацию на брыжеечной артерии?

– Пульсацию определяли, было отсутствие пульсации на а. colica.

Прения

Профессор И. А. Соловьев: Позвольте поблагодарить авторов за хорошую презентацию и хорошие результаты. Противопоказания для ангиографических операций – наличие перитонита и нарушение гемодинамики. Эндovasкулярное вмешательство у таких пациентов в Мариинской больнице всегда применяется. Выполнив тромбоэкстракцию, через 12 часов выполняем лапароскопическую операцию.

Профессор А. Е. Демко: В данной патологии самое главное – установить диагноз. Он никогда не устанавливается в приемном покое. Чаще диагноз устанавливается, когда уже имеется перитонит. Здесь КТ помогла установить диагноз, и во время операции отсутствовала пульсация на а. colica. Оперировать лапароскопически – тоже дискуссионно. Авторы выбрали лапаротомию. Получили при этом лечение хорошие результаты. Поздравляем хирургов и пациента.

2. О. Г. Вавилова, Н. Ю. Куханенко, Е. Н. Имянитов, К. В. Павелец, А. А. Кашицев, П. И. Ермаков, Д. В. Гацко, М. К. Павелец, Р. М. Тибилов (ФГБОУ ВО СПбГПМУ, СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница», ФГБУ НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова). **Синдром Элерса–Данло как редкая причина спонтанной перфорации сигмовидной кишки у молодого пациента.**

Цель демонстрации – показать возможную редкую причину спонтанной перфорации сигмовидной кишки у молодого человека.

Синдром Элерса–Данло – редкое наследственное аутосомно-доминантное заболевание, характеризующееся дисплазией соединительной ткани, хрупкостью кровеносных сосудов и тканей и вариабельной клинической картиной. Сосудистый тип синдрома Элерса–Данло, относящийся к группе А, согласно классификации 2017 г. обусловлен мутацией в гене проколлагена-III (COL3A1). Заболевание отличается высокой летальностью пациентов вследствие спонтанных разрывов стенок сосудов и полых внутренних органов. Среди всех вариантов заболевания сосудистый тип составляет примерно от 5 до 10 % случаев.

Пациент Е., 26 лет, обратился за консультацией в апреле 2019 г. Из анамнеза известно, что в феврале 2019 г. в одном из стационаров Санкт-Петербурга в экстренном порядке перенес сигмостомию по поводу перфорации сигмовидной кишки неясного генеза, осложненной каловым перитонитом. Комплексно обследован: данных за дивертикулез, неспецифические заболевания кишечника не выявлено. Введение в прямую кишку инородных тел в анамнезе пациент также отрицал. Поступил в плановом порядке в 6 хирургическое

отделение Мариинской больницы для хирургического лечения. Оперирован 29.08.2019 г. – произведено восстановление непрерывности толстой кишки. Обращали на себя внимание выраженная гепатомегалия и повышенная кровоточивость тканей (маркеры вирусных гепатитов отрицательные, показатели коагулограммы в пределах нормы). В остальном операция прошла без особенностей, спаечный процесс был выражен умеренно. В первые сутки послеоперационного периода у пациента возник выраженный болевой синдром после подъема с постели, однако он купировался введением наркотических анальгетиков. При УЗИ органов брюшной полости свободной жидкости не выявлено, по контрольному дренажу из полости малого таза отделяемого также нет. Пациент оставлен под наблюдение дежурного хирурга на выходные. Перитонеальных симптомов и отделяемого по дренажу по-прежнему не отмечалось, однако в контрольных анализах крови обращали на себя внимание выраженный палочкоядерный сдвиг и гипокоагуляция (протромбин 22 %), при контрольном УЗИ выявлена неоднородная свободная жидкость преимущественно по правому фланку живота. 01.09.2019 г. пациенту произведена релапаротомия. При ревизии в брюшной полости выявлено тонкокишечное содержимое, толстокишечный анастомоз состоятелен, в 80 см от илеоцекального угла – перфорация тонкой кишки и обширная гематома брыжейки, в 30 см от связки Трейтца – гематома тонкой кишки протяженностью 20 см с разрывом серозно-мышечного слоя и прорывом гематомы в брюшную полость. Тонкая кишка раздута до 3–4 диаметров, а в проксимальных отделах – до 5–6 диаметров, с налетами фибрина. Выполнена резекция измененных участков тонкой кишки с формированием тонкокишечных анастомозов «конец-в-конец» в 20 см от связки Трейтца и в 60 см от илеоцекального угла. Произведена назо-интестинальная интубация, санация и дренирование брюшной полости. На вторые сутки послеоперационного периода у пациента обнаружен спонтанный малый пневмоторакс, который в дальнейшем дренирования не потребовал. Других осложнений не было. Пациент выписан на 14-е сутки в удовлетворительном состоянии. Факт спонтанных перфораций органов, повышенная кровоточивость, аномалия аортального клапана с аортальной недостаточностью I ст., выявленной при ЭХО-КГ в послеоперационном периоде, арахнодактилия и ряд дополнений к анамнезу жизни, полученных от матери пациента, позволили заподозрить наличие у него какого-то системного заболевания соединительной ткани (Марфаноподобный синдром? Наследственный коллагеноз? Васкулит?). Проведено молекулярно-генетическое исследование, при котором обнаружена патогенная мутация COL3A1, описанная у пациентов с синдромом Элерса–Данло IV (сосудистого) типа.

Ответы на вопросы.

Профессор А. В. Павловский: Какие проявления синдрома со стороны кишечника и суставов?

– Существует около 13 форм, но у нашего пациента форма как раз такая, которая проявляется перфорацией кишечника или полых органов. Прогноз не очень благоприятный. Специфической терапии не существует.

3. С. Ф. Багненко, Д. И. Василевский, А. М. Игнашов, З. М. Хамид, С. Ю. Пузанов, И. П. Румянцев, С. Г. Баландов, А. Н. Морозов, А. А. Супрунович (ФБГОУ ВПО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова, СПбГБУЗ «Елизаветинская больница»). **Сравнение результатов лапароскопической и конвенциональной декомпрессии чревного ствола.**

Цель доклада – оценить достоинства и недостатки эффективного метода лечения компрессии чревного ствола из конвенционального доступа и с использованием малоинвазивных технологий.

Синдром компрессии чревного ствола – заболевание, возникающее при сдавлении данного сосуда срединной дугообразной

связкой диафрагмы или нейроганглионарной тканью чревного сплетения, и характеризующееся абдоминальным болевым синдромом, диспепсией, снижением массы тела и нейровегетативными расстройствами. Проведен сравнительный анализ результатов лапароскопической (30 пациентов) и конвенциональной декомпрессии чревного ствола (50 больных). Все пациенты были оперированы в период с сентября 2018 г. по июль 2021 г.

Интраоперационное кровотечение при лапароскопической декомпрессии чревного ствола, потребовавшее конверсии доступа на лапаротомию и наложения сосудистого шва, отмечено в 2 (6,7 %) случаях. При конвенциональном доступе подобных осложнений не было. Средняя продолжительность лапароскопической декомпрессии чревного ствола составила 107 минут, из конвенционального доступа – 150 минут. Средний срок пребывания в стационаре после эндовидеохирургического вмешательства – 4 дня, после традиционного – 7 дней.

Отдаленные результаты лечения в срок более полугода оценены у 28 пациентов, перенесших лапароскопическую декомпрессию чревного ствола и 45 человек – конвенциональную. При ультразвуковом исследовании во всех случаях констатировано возвращение линейных и скоростных показателей кровотока в чревном стволе к норме. Полное купирование клинических проявления заболевания достигнуто у 24 (85,7 %) больных после эндовидеохирургического и у 39 (86,7 %) после традиционного вмешательства.

Ответы на вопросы.

Профессор В. А. Кашенко: При оценке отдаленных результатов были ли отрицательные результаты?

– В отдаленном периоде отрицательных результатов не наблюдалось. Оценивались клинические данные и лабораторные.

Профессор Б. В. Сигуа: Что вы подразумеваете под термином «Конвенциональный»?

– Открытый доступ.

Профессор Б. В. Сигуа: Как часто вы отправляете пациента к другим специалистам, отказывая в оперативном лечении?

– 5 %.

Профессор А. Е. Демко: Встречались ли у вас пациенты не с классическим видом кровоснабжения?

– Да, двое пациентов.

Прения

А. В. Лодыгин: По современным представлениям, конечно, лучше выполнять лапароскопические операции. У нас 50 % пациентов сразу отмечают улучшение состояния, еще 35 % – к концу году отмечают улучшение. А 15 % продолжают жаловаться. Вот у педиатров удовлетворительные результаты приближаются к 100 %. Прекрасное исследование, необходимо продолжать.

Профессор Н. А. Бубнова: Спасибо огромное за доклад. Меня этот доклад вернул в историю. Помню эти операции у нас в клинике общей хирургии. Замечательный доклад.

Профессор А. М. Игнашов: Эта операция была впервые выполнена в 1970 г. Сейчас не вызывает сомнений данный синдром. Мы оперировали около 1600 взрослых и 140 детей. Есть пациенты, у которых выявляются сосудистые изменения, а симптоматики у пациента нет. У этих пациентов почти у всех нейрогуморальное расстройство. Оптимальный вариант, когда в клинике выполняют лапароскопические операции; но есть хирурги, которые могут выполнить эти операции лапаротомически; и есть в клинике сосудистые хирурги. Также для этой операции должны быть необходимые инструменты.

Профессор А. В. Павловский (председатель): Хочу поздравить докладчиков. Хорошо, что у нас есть профессионалы разных уровней, умеющие выполнить данную операцию.

Поступил 17.11.2022 г.