

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Председатель правления – А. А. Завражнов, ответственный секретарь – О. Ю. Боско, референт – А. Н. Галипеева

2575-е заседание 24 мая 2023 г.

Председатель – профессор Сергей Ярославович Ивануса

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. П. К. Яблонский, А. О. Аветисян, И. С. Серезвин, В. Ф. Ли, О. П. Соколова, А. Р. Козак, Л. И. Арчакова (ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России). **Случай диагностики и успешного лечения больного с прогрессирующим констриктивным перикардитом туберкулезной этиологии.**

Цель демонстрации – показать необходимость и эффективность хирургического лечения при неуклонно прогрессирующем констриктивном перикардите туберкулезной этиологии.

Пациент Ш., 56 лет. В конце июня 2022 г. отметил ухудшение состояния в виде появления одышки и слабости. После проведенного обследования по месту жительства был установлен диагноз «экссудативный перикардит неясной этиологии». На фоне патогенетической терапии (глюкокортикостероиды, антибактериальная терапия, мочегонные препараты, б-блокаторы, ингибиторы АПФ) было отмечено улучшение самочувствия. По данным СКТ ОГК от 25.09.2022 г. картина множественных очаговых изменений в легких, кардиомегалии, осумкованного гидроперикарда, внутригрудной и внутрибрюшной лимфаденопатии. С 11.10.2022 г. по 14.11.2022 г. пациент находился в дифференциально-диагностическом отделении СПб НИИФ. 17.10.22 г. выполнена пункция и дренирование левой плевральной полости. Исследование плевральной жидкости: реактивный экссудат; микроскопия – КУМ (–); методом РТ-ПЦР – ДНК МБТ (–). В связи с диагностической неясностью 25.10.22 г. пациенту выполнена ВТС справа, пневмолиз, биопсия перикарда, легкого и плевры. Гистологическое исследование: фрагменты перикарда с морфологической картиной продуктивно-некротического воспаления, КУМ (+); участок ткани легкого с продуктивным воспалением КУМ (–). Установлен диагноз «генерализованный туберкулез: очаговый туберкулез правого легкого, МБТ (–); хронический экссудативный туберкулезный перикардит». Пациент госпитализирован на терапевтическое отделение СПб НИИФ для основного курса химиотерапии по 1 режиму. На фоне проводимого консервативного лечения у пациента развился хронический констриктивный перикардит, состояние пациента с неуклонной отрицательной динамикой: прогрессировали симптомы хронической сердечной недостаточности, развился синдром нижней полой вены. Пациент обсужден на мультидисциплинарном консилиуме – принято решение о хирургическом лечении. Пациент переведен на 3 хирургическое отделение, где 15.12.22 г. была выполнена субтотальная перикардэктомия. Доступ – двусторонняя чрездвухплевральная торакотомия с поперечной стернотомией в 5 м/р (разрез типа clamshell). Освобождены левый и правый желудочек, частично левое и правое предсердие, устье нижней полой вены. Интраоперационных осложнений не было. Длительность операции – 360 мин, кровопотеря – 300 мл. ЦВД в начале опе-

рации – 31 мм рт. ст., в конце – 16 мм рт. ст. Гладкое течение послеоперационного периода. Постепенно регрессировали симптомы сердечной недостаточности, устранен синдром НПВ, восстановилась толерантность к физическим нагрузкам, за счет регресса отеков вес пациента снизился до 90 кг (до операции 115 кг). В дальнейшем пациент продолжал лечение на терапевтическом отделении СПб НИИФ с положительным эффектом. Был выписан на амбулаторное лечение 10.04.23 г.

Ответы на вопросы

Профессор Н. Ю. Коханенко: Какое было давление в легочной артерии до операции?

– 37 мм рт. ст.

Профессор Н. Ю. Коханенко: Какая частота дыхательных движений?

– 22 в мин, частота пульса – 100 в мин. Мы не знали, что будет такое тяжелое течение перикардита, только через 2 недели это поняли и взяли пациента на операцию.

Профессор А. А. Завражнов: Что нужно сделать, чтобы не допускать возникновение столь тяжелых перикардитов?

– Проводить адекватный курс противотуберкулезной терапии. Но в не специализированных и удаленных лечебных учреждениях полноценная противотуберкулезная терапия может страдать.

К. м. н. М. А. Аскеров: Почему не подключали аппарат искусственного кровообращения?

– На нашем опыте не было необходимости подключать аппарат искусственного кровообращения. Пациенту постоянно проводилось мониторирование основных показателей жизненно важных функций.

Профессор С. Я. Ивануса (председатель): 1. Вами был выполнен доступ, который традиционно используется в торакальной хирургии?

– Да.

Профессор С. Я. Ивануса: Парциальную перикардэктомию рассматривали?

– Нет. Существенных изменений в послеоперационном периоде не было.

Профессор С. Я. Ивануса: Есть ли опыт КТ-моделирования у такой категории пациентов?

– Не было необходимости проводить.

Прения

Профессор П. К. Яблонский: Беда туберкулезного перикардита в том, что он сдавливает все 4 камеры сердца. К чему нужно стремиться? Мы вначале всегда делаем левостороннюю торакотомию, так как вначале нужно освободить левые камеры сердца. Правильное проведение освобождения камер сердца обязательно. Никогда не нужно стремиться к освобождению предсердий. Это первый случай, когда нам удалось верифицировать этиологический фактор. Контакт с мышцей сердца было очень много. Но то, что консервативная терапия оказалась неэффективной, было неожиданным.

Профессор С. Я. Ивануса (председатель): Великолепное наблюдение, которое демонстрирует и трудности диагностики, и хорошие результаты хирургического лечения. Поздравляем хирургов и пациента.

2. *Р. Г. Аванесян, И. А. Соловьев, Н. В. Соловьева, Н. Г. Любимов* (СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Хронический панкреатит, осложненный внутренним панкреатико-перикардиальным соустьем и перикардитом.**

Цель демонстрации – панкреатической гипертензией показать редкое осложнение хронического панкреатита и возможности минимально инвазивной хирургии в лечении внутреннего панкреатического свища, обусловленного внутривнутрипротоковой.

Больной П., 49 лет, поступил 20.12.2022 г. в 14 часов 50 мин в отделение неотложной кардиологии СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» с жалобами на внезапно возникшую одышку при минимальной физической нагрузке, ощущения сердцебиения, перебоев в работе сердца, отеки нижних конечностей. Симптомы нарастали в течение суток, что было поводом для обращения в стационар. При поступлении в показатели анализа крови гиперамилаземия – 588 Ед/л и гипохромная анемия – 90 г/л. На Rg ОГК: жидкость в правой плевральной полости до заднего отрезка 8 ребра и паракостально до бокового отрезка 4 ребра, в левой плевральной полости до заднего отрезка 7 ребра и паракостально до бокового отрезка 4 ребра. Тень сердца с расширением влево, талия сердца сглажена. УЗИ брюшной полости от 20.12.2023 г.: минимальный асцит, двусторонний гидроторакс, незначительная билиарная гипертензия, ЖКБ, конкременты желчного пузыря, киста головки поджелудочной железы, вирусногектазия, вирусногектазия. ЭХО-КГ от 21.12.2022 г.: большое, гемодинамически значимое количество жидкости в полости перикарда, большое количество жидкости в обеих плевральных полостях, легочная гипертензия 1 ст. Выполнена операция 22.12.2022 г.: перикардиоцентез. МСКТ ОГК+ОБП от 28.12.2023 г.: двусторонний выраженный гидроторакс, гидроперикард, жировая дегенерация печени, КТ-признаки хронического калькулезного панкреатита с формированием псевдокист, вирусногектазия, вирусногектазия, варикозное расширение внутрибрюшных вен, минимальный асцит. Rg ОГК от 30.12.2022 г. (после перикардиоцентеза и дренирования левой плевральной полости): рентген-признаки двустороннего малого гидроторакса, гиповентиляции инфильтрации прикорневого отдела левого легкого. ЭХО-КГ от 10.01.2023 г.: большой гидроперикард с признаками эластической констрикции, умеренное количество жидкости в обеих плевральных полостях. Повторный перикардиоцентез. Амилаза в содержимом из полости перикарда более 13000 Ед/л. МРТ от 11.01.2023 г.: МР-картина гепатомегалии, жировой дегенерации печени, портальной гипертензии, остро некалькулезного холецистита, билиарного сладжа, панкреатита, кисты головки поджелудочной железы, вирусногектазии, вирусногектазия, ограниченного жидкостного скопления брюшной полости, двустороннего гидроторакса. Больной переведен в 4 хирургическое отделение 12.01.2023 г. с диагнозом: хронический панкреатит. Обтурационная форма. Синдром внутривнутрипротоковой панкреатической гипертензии. Стриктура терминального отдела главного панкреатического протока. Постнекротическая киста головки поджелудочной железы. Панкреатико-перикардио-плевральный свищ? Выполнена операция 13.01.2023 г.: пункция и наружное дренирование полости кисты через главный панкреатический проток. При контрастировании выявлено сообщение протока поджелудочной железы через полость кисты с полостью перикарда. Rg ОГК от 18.01.2023 г., заключение: положительная динамика в виде уменьшения количества жидкости в плев-

ральных полостях. Фистулография от 20.01.2023 г.: картина полостных образований в проекции поджелудочной железы (граница головки и тела) – вероятнее всего, кисты, стриктуры главного панкреатического протока в проекции головки железы, затека КВ в брюшную полость – свищ? МСКТ ОГК+ОБП от 24.01.2023 г.: в сравнении с исследованием от 28.12.2022 г. отмечается уменьшение размеров жидкостных образований в области головки поджелудочной железы и хвостатой доли печени; уменьшения объема свободной жидкости в плевральной полости, брюшной полости и малом тазу. КТ-картина застойных изменений в обоих легких. Поступление по дренажу уменьшилось до 30 мл. Больной выписан 02.02.2023 г. в удовлетворительном состоянии.

Ответы на вопросы

Профессор П. К. Яблонский: Как долго продолжался этап кардиологического лечения и что позволило вам заподозрить данную патологию?

– 2 недели, в связи с тем, что мы ранее никогда не видели подобной патологии.

Профессор Н. Ю. Коханенко: Какой диаметр панкреатического протока и какой размер головки поджелудочной железы?

– Проток – 9 мм, а головка – 32 мм.

Д. м. н. М. В. Лазуткин: Рассматривали ли вы вариант транспапиллярного сентирования?

– Не рассматривали.

Профессор С. Я. Ивануса (председатель): Вы считаете, это был острый или хронический панкреатит?

– Считаю, что это обострение хронического панкреатита.

Профессор С. Я. Ивануса (председатель): Вы видели стояние в перикарде дренажа, не думали ли о фенистрации перикарда?

– Нет, не думали.

Прения

Доцент В. И. Кулагин: Интерес данной презентации – это достаточно редкий случай – за 50 лет в литературе описано около 20 случаев панкреатико-перикардиального свища, у детей 10 случаев. В первую очередь необходимо было наладить отток из панкреатического протока. Необходимо выполнить наружное или внутреннее дренирование, лучше внутреннее.

Профессор Н. Ю. Коханенко: Это проявление хронического панкреатита, но довольно редкое. Спасибо за интересную демонстрацию.

Д. м. н. М. В. Лазуткин: Никогда нельзя забывать о панкреатических плевритах, а после данной демонстрации можно сказать – и перикардитах. Еще раз спасибо за демонстрацию.

Профессор С. Я. Ивануса (председатель): Возможно было бы целесообразно выполнить немного раньше исследование на амилазу полученной жидкости из перикарда. Спасибо за демонстрацию.

3. *Д. И. Василевский, С. Ю. Дворецкий, Г. Т. Бечвая, В. И. Кулагин* (ПСПбГМУ им акад. И. П. Павлова, СПб НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе). **30 лет лапароскопической хирургии ГЭРБ и ГПОД. К чему мы пришли?**

Цель доклада – показать, что непереносимым условием выполнения хирургических вмешательств при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы и ассоциированных с ними заболеваниями является глубокое понимание особенностей анатомии и физиологии данной зоны, максимально взвешенный подход при определении показаний к операции, достаточная теоретическая и техническая подготовка.

Первое хирургическое вмешательство по поводу хиатальной грыжи было выполнено в 1919 г. A. Soresi. Спустя десятилетие S. Harrington опубликовал результаты 28 собственных операций. Однако эпоха активного развития данной области

хирургии началась в середине XX века и была связана с именами выдающихся хирургов того времени: R. Belsey, N. Barrett, P. Allison, J. L. Lortat-Jacob, R. Nissen, M. Rossetti, J. Collis, J. Dor, A. Toupet, L. Hill и ряда других. Именно тогда были разработаны применяющиеся и поныне методики оперативного лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы и их осложнений.

Первая лапароскопическая операция R. Nissen была выполнена B. Dallemagen в 1991 г. В течение короткого периода к новым методикам были адаптированы все классические варианты вмешательств. Количество выполняемых операций стало увеличиваться пропорционально числу выявляемых хиатальных грыж.

В течение трех последних десятилетий многократно трансформировались рекомендации для хирургов и гастроэнтерологов по лечению данной патологии, проводились бесчисленные клинические исследования, совершенствовалась методология оперативных вмешательств, появлялись «новые» и исчезали «старые» материалы и инструменты. Однако неудовлетворительные долгосрочные результаты хирургического лечения хиатальных грыж и гастроэзофагеального рефлюкса продолжают оставаться на уровне 20–60 %!

Новые технологии не изменили законы анатомии и физиологии. Дыхательные экскурсии диафрагмы, обуславливающие сокращение хиатальных ножек, и пропульсивные сокращения пищевода и желудка являются независимыми друг от друга и имеют разные вектора действия. Данный физиологический феномен – естественное условие, создающее дополнительный риск неудовлетворительного результата хирургического вмешательства.

Большие размеры хиатального отверстия, слабость мышечных ножек диафрагмы, их расходящееся к позвоночнику направление, невзирая на применение протезов для закрытия дефекта диафрагмы, далеко не всегда позволяют избежать рецидива заболевания.

Первичное или вторичное укорочение пищевода приводит к разрушению антирефлюксной реконструкции независимо от ее варианта. Используемые в практике методики фиксации абдоминальной позиции желудка или удлинения пищевода за счет его малой кривизны приводят к тяжелым нарушениям функции верхних отделов пищеварительного тракта, и, решая одни проблемы, создают другие.

Возможность коррекции указанных факторов в каждом случае и определяет успех или неуспех в данной области хирургии независимо от используемых технологий.

Подводя итог, следует констатировать, что поиск путей повышения эффективности оперативного лечения хиатальных грыж и гастроэзофагеального рефлюкса лежит в плоскости изменения сознания специалистов, занимающихся данной проблемой. Глубокое понимание особенностей анатомии и физиологии данной зоны, максимально взвешенный подход при определении показаний к операции, достаточная теоретическая и техническая подготовка – неперенные условия выполнения хирургических вмешательств при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы и ассоциированных с ними заболеваниях.

Ответы на вопросы

Профессор В. А. Кашенко: Если к вам поступит история болезни как к эксперту, на основании каких документов вы будете давать рекомендации по лечению?

– Будем ссылаться на американский гайдлайн.

Профессор Н. Ю. Коханенко: Как вы считаете, что на современном этапе нужно первоначально и последовательно делать при такой патологии?

– Раньше считал, что всех нужно оперировать, а сейчас, что показания к операции необходимо очень тщательно продумывать. И это ключевой момент.

Профессор Н. Ю. Коханенко: Где вы формируете антирефлюксную манжетку?

– Я формирую манжетку там, где это технически проще, даже в средостении.

Профессор И. А. Соловьев: Преимущества обычного доступа перед лапароскопическим?

– Навык и терпение. Более прохладно отношусь к постановке протеза, хоть с 2009 г. много их ставил. Использую пластику собственными тканями.

Прения

Профессор А. В. Хохлов: Вопросы есть, а ответов на них пока, к сожалению, нет. Проблема мультидисциплинарная; гастроэнтерология, эндоскопия, рентгенология и даже психология. Далеко не всем пациентам необходима хирургическая операция. Сейчас эту проблему стараются переложить на хирургов. Но хирурги многим пациентам отказывают, так как достаточно большой % осложнений в послеоперационном периоде. Стандартизованного подхода в стране на сегодняшний день пока нет. Необходимо работать, чтобы сформулировать четкие показания для операции.

Профессор В. А. Кашенко: Дмитрий Игоревич уловил суть проблемы и озвучил ее. Здесь достаточно высокие зоны риска. Необходимо сделать все возможное, объединиться, создать экспертный совет и обсуждать эту проблему.

Профессор А. А. Завражнов: Хотел, конечно, в результате доклада Дмитрия Игоревича получить ответы на многие вопросы по лечению ГЭРБ, но вопросов стало еще больше... Предлагаю под эгидой Пироговского общества сделать проект рекомендаций по лечению ГЭРБ и ГПОД и обсудить их с хирургическими сообществами страны на портале РОХ.

Поступил в редакцию 19.06.2023 г.

2576-е заседание 14 июня 2023 г.

Председатель – профессор Андрей Евгеньевич Демко

ДЕМОНСТРАЦИИ

Д. А. Чернышев, В. Н. Ганин, С. В. Петров, Н. Н. Богданова, А. П. Лобанова (СПбГБУЗ «Елизаветинская больница»), Северо-Западный ГМУ им. И. И. Мечникова). **Случай лечения пострадавшей с тяжелой сочетанной травмой: лицевого скелета, груди, травмой костей нижних конечностей и размождением нисходящей части двенадцатиперстной кишки, отрывом сосудистой ножки правой почки.**

Цель демонстрации – показать возможности ранней реконструктивной операции у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой с повреждением двенадцатиперстной кишки.

В., 37 лет, поступила в отделение протившоковых мероприятий Елизаветинской больницы 31 января 2021 г. в 0 часов 38 мин через 40 мин после ДТП (не справилась с управлением легковым автомобилем и врезалась в стену дома).

Состояние при поступлении расценено как тяжелое: в сознании, частота пульса – 110 в мин, АД – 90/60 мм рт. ст., Нб – 132 г/л, гематокрит – 39 %. Дыхание 18 в мин, проводится во все отделы легких. Живот мягкий болезненный в эпигастрии, без перитонеальных симптомов. В нижней трети правой голени определяется отек и деформация, имеются множественные ушибы и ссадины головы, конечностей, туловища.

Выполнено обследование: УЗИ по FAST протоколу, КТ головы, позвоночника, таза, груди, рентгенография правой голени.

На основании данных обследования установлен предварительный диагноз: ТСТ головы, груди, живота, конечностей.

ЗЧМТ. СГМ. Ушибленные раны головы. Множественные переломы костей лицевого скелета. Гемосинус. Параорбитальная гематома справа. ЗТГ. Ушиб груди. Пристеночный пневмоторакс справа, пневмомедиастинум. ЗТЖ с повреждением внутренних органов. Продолжающееся внутрибрюшное кровотечение. Закрытый перелом нижней трети костей правой голени. Закрытый перелом головки правой малоберцовой кости без смещения отломков. Ушибленная рана верхней трети правой голени. Множественные ушибы и ссадины конечностей. Шок 2 ст.

Поставлены показания к экстренной операции. 31 января 2021 г. в 2 часа 00 мин выполнена диагностическая лапароскопия, при которой обнаружена жидкая кровь и сгустки, произведена конверсия доступа.

При лапаротомии в брюшной полости обнаружено до 100 мл крови и желчи по правому боковому каналу, забрюшинная гематома вокруг правой почки до 500 мл объемом, разномозжечное нисходящей части двенадцатиперстной кишки с поступлением желчи и панкреатического сока в свободную брюшную полость, посттравматический панкреатит в виде отека головки поджелудочной железы с стеатонекрозами на поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке, поверхностный разрыв капсулы правой доли печени в 5,8 сегменте.

Произведена ревизия забрюшинной гематомы, при ее опорожнении выявлен отрыв сосудистой ножки правой почки в области ее ворот. Выполнена нефрэктомия. Разрывы капсулы печени ушиты отдельными швами.

Учитывая стабильное состояние больной на данный момент, решено от тактики «damage control» отойти и выполнить реконструктивную операцию.

Желудок пересечен над пилорическим жомом и ушит отдельными швами. Нисходящая ветвь двенадцатиперстной кишки субсерозно отделена от головки поджелудочной железы с оставлением площадки с БДС и резецирована. Дистальный конец ДПК ушит двухрядными швами.

БДС на площадке вшит в петлю тонкой кишки, отключенную по Ру. Проподимость желудка восстановлена позадиободочным гастроэнтероанастомозом по Гаккеру.

Перелом правой большеберцовой кости стабилизирован аппаратом внешней фиксации КСТ, выполнена ПХО раны голени.

Суммарное время выполнения всех оперативных вмешательств 4,5 часа, кровопотеря оценена в 1,5 литра. Гемоглобин составил 108 г/л. Амилаза сыворотки крови 126 моль/л. Интраоперационно перелито 1200 мл эритроцитарной массы и 1100 мл СЗП. С целью стабилизации гемодинамики вводился норэдреналин 0,05 мг/кг в минуту. Пульс составлял 110 в мин, АД 90/60 мм рт. ст. Для дальнейшего лечения пострадавшая помещена в отделение реанимации.

Послеоперационный диагноз: тяжелая сочетанная травма головы, груди, живота, конечностей. Закрытая черепно-мозговая травма. Сотрясение головного мозга. Переломы костей носа, нижней и медиальных стенок обеих глазниц, передних, медиальных и латеральных стенок обеих гайморовых пазух, стенок клеток решетчатого лабиринта. Гемосинус. Перелом верхней челюсти по типу Лефор (Leforte) 1–2 с 2 сторон. Ушибленная рана лобной области. Ушибы мягких тканей головы. Закрытая травма груди. Верхушечный пневмоторакс справа. Пневмомедиастинум. Ушиб легких. Ушиб сердца. Закрытая травма живота. Разрыв 5, 8 сегментов печени, разномозжечное нисходящей ветви двенадцатиперстной кишки, отрыв сосудистой ножки правой почки. Продолжающееся внутрибрюшное кровотечение, забрюшинная гематома. Посттравматический панкреатит, парапанкреатит. Множественная травма конечностей. Закрытый перелом нижней трети костей правой голени. Закрытый перелом головки правой малоберцо-

вой кости. Ушибленная рана верхней трети правой голени. Множественные ссадины, ушибы мягких тканей конечностей. Шок II степени.

Послеоперационный период протекал благоприятно, экстубирована на 2 сутки пребывания в реанимации, на 3 сутки переведена на хирургическое отделение для больных с сочетанной травмой. На 4–5 сутки восстановилась перистальтика, удалены дренажи из брюшной полости, к 10 суткам разрешились явления ушиба легких и сердца, нормализовался уровень амилазы сыворотки крови.

18 февраля 2021 г. выполнена отсроченная операция – демонтаж аппарата внешней фиксации и накостный остеосинтез правой большеберцовой кости медиальной анатомической большеберцовой пластиной.

26 февраля произведена МРТ холангиография – правый и левый печеночные протоки поперечным сечением до 4 мм и 3 мм соответственно, имеют правильный ход, контуры четкие, стенки ровные. Общий печеночный проток до 7 мм, холедох до 5 мм, в просвете достоверных дефектов наполнения не выявлено.

Консультрована ЛОР-врачом и челюстно-лицевым хирургом, показаний к оперативному лечению не выявлено.

2 марта 2021 г. пострадавшая выписана на амбулаторное лечение. К настоящему времени жалоб не предъявляет живет полноценной активной жизнью.

Ответы на вопросы

Профессор С. Я. Ивануса: Осуществлялась ли профилактика послеоперационного панкреатита?

– Вводился октреотид.

Профессор Б. В. Сигуа:

– Как классифицировали повреждения двенадцатиперстной кишки?

– Макроскопические повреждения, отек и панкреанекрозы.

Профессор Б. В. Сигуа: Было ли разможнение поджелудочной железы и затронута ли ее головка?

– Не было.

К.м.н. А. О. Аветисян: Имелась ли травмы груди?

– Нет, не было.

К.м.н. А. О. Аветисян: Выполняли бронхоскопию?

– Не было необходимости.

Профессор А. А. Завражнов: На каких объективных критериях выбрана тактика во время лапаротомии полного одномоментного и окончательного хирургического вмешательства?

– Не могу ответить.

Доцент В. И. Кулагин: Опишите подробнее картину повреждения-разможнения поджелудочной железы. Так, как вы это описываете в докладе, в классификациях нет.

– Передняя стенка двенадцатиперстной кишки и связка выглядели с частичными повреждениями и вытекала желчь. Это и позволило нам оценить объем повреждения как разможнение.

Профессор А. Е. Демко: Общую тяжесть травмы оценивали по какой классификации?

– Оценивали по шкалам ВПХ.

Профессор А. Е. Демко: Сколько таких пациентов вы оперировали?

– Троих.

Профессор А. Е. Демко: У вас всегда принято не проводить ФГДС и ФБС пациентам с пневмомедиастинумом?

– Да.

Прения

Доцент В. И. Кулагин: Хирург, который выполняет такую операцию, должен быть очень хорошо подготовлен. Оценив состояние кишки, хирург должен знать, к какой категории

относится данное повреждение. Раньше описывали органные повреждения, не зная классификации Мура, а сейчас знаем все 5 степеней повреждения. В данном наблюдении – повреждение 3 степени по Муру. И в соответствующих рекомендациях указано, какую операцию выполнять. И в данном случае все было сделано правильно. Пациентка перенесла операцию. Панкреатосохраняющие операции менее инвазивны, они обычно выполняются в плановой хирургии, но возможны и в экстренной ситуации. При такой хирургии должен быть соответствующий инструментарий и шовный материал. Авторы можно поздравить с таким хорошим результатом.

Профессор Б. В. Сигуа: Сегодня больница № 3 обладает достаточно хорошим опытом лечения травм двенадцатиперстной кишки с ее повреждением в нисходящей части. Если поджелудочная железа не повреждена, то это, конечно, не 5 степень, а уже хотя бы 4. Если это было повреждение было выше или даже, ниже ПДС, то особых сложностей с восстановлением 12 п.к. без повреждения поджелудочной железы обычно не возникает. Но если это все же 4 степень, то автор выбрал самый щадящий способ операции.

Профессор А. А. Завражнов: Победителей не судят. Прекрасный результат, прекрасный исход. Я бы смог согласиться с данной тактикой полного объема вмешательства на органах живота, если бы была только изолированная абдоминальная травма. В данном случае не дана оценка общей тяжести травмы с учетом сочетанного серьезного повреждения всех систем и органов. Не проведя раздельную оценку тяжести повреждений и тяжести состояния на момент поступления пострадавшей, при выполнении такого объема операции на органах живота пациента можно было бы потерять. Пограничный пациент, это когда состояние пациента, учитывая тяжесть повреждения, в любой момент может ухудшиться. Необходимо добиться стабилизации состояния, а потом выполнять столь сложную операцию. Хорошо, что все закончилось хорошо и авторов можно поздравить.

Профессор А. Е. Демко: У нас в городе травмоцентров 1 уровня 5 и в том числе в 3 больнице. Давайте все-таки мы будем очень четко формулировать критерии оценки тяжести повреждения и состояния у пострадавших, учитывая современные классификации тяжести органических повреждений. Чаще всего резекцию двенадцатиперстной кишки и БДС выполняют в 3 случаях. 2 случая – плановые операции и это онкология. Но есть 3 категория, когда пациентов приходится оперировать в экстренном порядке. Такие операции необходимо выполнять в стационарах, где есть гепатохирурги. Поздравляю авторов и пациента с хорошим результатом.

2. А. Е. Чикин, Б. С. Анэрече, Э. Ю. Качесов, В. А. Шекилиев, М. А. Рубцов, В. Ю. Попов, А. О. Санковская, Е. В. Ершова, С. Х. Исоков (СПб ГБУЗ «Александровская больница», Санкт-Петербург). **Случай успешного применения современных малоинвазивных технологий в лечении пациентки старческого возраста, страдающей холедохолитиазом, осложненным артериобилиарной фистулой.**

Цель демонстрации – показать: 1) редкое осложнение желчнокаменной болезни – множественный обтурационный холедохолитиаз, мегаконкремент (45×30 мм) холедоха с формированием пролежня и артериобилиарной фистулы; 2) продемонстрировать преимущества этапного хирургического лечения с применением малоинвазивных технологий у пациентов преклонного возраста с осложненным течением желчнокаменной болезни.

26.09.2021 г. проведена операция – чрескожно-чреспеченочное дренирование желчных протоков через правый долевого проток. Получена под давлением желчь с примесью лизированной крови. Холедох расширен до 4 см, содержит множествен-

ные конкременты. Контраст в двенадцатиперстную кишку не поступает. Установлен эндопротез 8,5 Fr.

27.09.2021 г. выполнено графт-стентирование правой долевого ветви печеночной артерии через зону артерио-билиарной фистулы, после чего гемобилия не рецидивировала.

В связи с развитием клинической картины острого холецистита 29.09.2021 г. в 15:35 выполнена лапароскопически-ассистированная холецистостомия. После относительной стабилизации состояния пациентки 08.10.2021 г. проведены ЭРХПГ, ЭПСТ, эндоскопическая механическая литотрипсия, литоэкстракция, холедохоскопия, контактная лазерная литотрипсия конкремента 45×30 мм, литоэкстракция.

В связи с сохраняющимся расширением пузырного протока 21.10.2022 г. выполнены контрольная фистулохолецистография и фистулохолецистоскопия, эндоскопическая литоэкстракция конкрементов желчного пузыря.

22.10.2021 г. в удовлетворительном состоянии пациентка выписана на амбулаторное лечение.

Через 5 месяцев 23.03.2023 г. в плановом порядке произведено удаление чрескожно-чреспеченочного дренажа, а также выполнена холецистэктомия из мини-доступа. Послеоперационных осложнений не наблюдалось.

В настоящее время пациентка себя чувствует вполне удовлетворительно. Лабораторные показатели в рамках референтных значений.

Ответы на вопросы

Профессор П. Н. Ромашенко: Не рассматривался ли вопрос в отношении эндоваскулярного вмешательства, а затем уже других вмешательств?

– Рассматривался. Но была выполнена контрольная ФГДС, на которой не выявлено повторного кровотечения и не было вообще профузного кровотечения, иначе мы бы вообще ее взяли раньше.

Профессор П. Н. Ромашенко: Чем была обусловлена тяжесть состояния пациентки?

– Подозревался холангит. Боялись нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы, поэтому выбрали такой щадящий подход к лечению, в интересах больной – с одной стороны, с другой – расширить возможность малоинвазивных операций.

Профессор К. В. Павелец: Суммарно сколько пациентка перенесла малоинвазивных операций и сколько времени была под наркозом?

– 4 операции и 4 часа под наркозом.

Доцент В. И. Кулагин: Экстравазацию вы видели?

– Нет, не видели.

Прения

Профессор С. Я. Ивануса: В данном случае была соответствующая тактика, которая принесла хороший результат. Но в первую очередь очевидно, что необходимо было остановить артериальное кровотечение.

Профессор П. Н. Ромашенко: Следует поздравить хирургов и пациентку с хорошим результатом. Но кровотечение необходимо было остановить. А в дальнейшем необходимо было выполнить одномоментную операцию и наложить гепатико-еюноанастомоз.

Профессор К. В. Павелец: Победителей не судят. Хочу поздравить авторов с тем, что они смогли собрать и сложить все малоинвазивные методики и у них все получилось. Но я еще раз повторю, что при наличии такой сложной формы холедохолитиаза она может закончиться панкреанекрозом.

Профессор А. Е. Демко (председатель): Пациентка собрала все осложнения, которые встречаются при данной патологии – гемобилию, артериобилиарные фистулы. Воспалительная причина гемобилии, с которой мы сегодня встретились, достаточно

редка. Решиться на одномоментную операцию в данной ситуации могло быть сложно и опасно. Не нужно рекламировать, что при всех подобных случаях необходимо выполнять чрескожное-чреспеченочное дренирование. Но авторы выбрали подобную тактику и получили хорошие результаты. Хоча поздравить авторов.

3. А. Ю. Корольков, Т. О. Никитина, Д. Н. Попов (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова). **Хирургическое лечение острого билиарного панкреатита при сочетанном холецистохоледохолитиазе.**

Цель доклада – представить тактику хирургического подхода в лечении пациентов с острым билиарным панкреатитом при сочетанном холецистохоледохолитиазе.

Острый билиарный панкреатит – трудноизлечимое заболевание с непредсказуемым характером течения, смертность от которого составляет 15–30 %. Основной этиологической причиной развития острого билиарного панкреатита является желчнокаменная болезнь, на долю которой приходится до 75 % случаев.

Главную роль в развитии острого билиарного панкреатита играет конкремент, вклиненный в большой дуоденальный сосочек, приводящий к развитию гипертензии в главном панкреатическом протоке. В ряде случаев происходит самостоятельная миграция конкремента либо в просвет двенадцатиперстной кишки, либо в общий печеночный проток или холедох. При этом, если конкремент не смещается, происходит прогрессирование острого билиарного панкреатита. Следовательно, основная задача лечения – это устранение внутрипротоковой гипертензии, «золотым стандартом» которого является эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Однако при этом не устраняется этиологический фактор заболевания. В случаях сочетанного холецистохоледохолитиаза после устранения внутрипротоковой гипертензии остается риск миграции конкрементов из желчного пузыря во внепеченочные желчные протоки, поэтому другим важным звеном в лечении данной патологии является выбор оптимальных сроков выполнения холецистэктомии.

Современная тактика хирургического лечения острого билиарного панкреатита при сочетанном холецистохоледохолитиазе представляет собой двухэтапный подход, при котором первым этапом независимо от степени тяжести острого билиарного панкреатита, выполняется эндоскопическая папиллосфинктеротомия, а вторым этапом – холецистэктомия.

Вышеописанный двухэтапный подход сопровождается высоким процентом рецидивов острого билиарного панкреатита и других осложнений, связанных с желчекаменной болезнью, таких как холедохолитиаз, холангит, острый калькулезный холецистит, которые возникают в 25–61 % в период ожидания плановой холецистэктомии.

Таким образом, выбор оптимальных сроков выполнения холецистэктомии является важной задачей в лечении ОБП при сочетанном холецистохоледохолитиазе.

Ответы на вопросы

Профессор Н. Ю. Коханенко: Вы рассматривали билиарный панкреатит как истинный холедохолитиаз?

– В наше исследование включены пациенты с вклиненным камнем. Больных с легким и средней тяжести панкреатитом было более 100, тяжелых 30 % за 3 года.

Профессор А. А. Завражнов: В группе с тяжелой формой панкреатита какое лечение получали пациенты? И как это повлияло на исходы?

– Все выполняли по показаниям. Группы были сопоставимы по возрасту и т. д.

Профессор А. А. Завражнов: Как вы лечили пациентов с тяжелым билиарным панкреатитом, осложненным панкреонекрозом?

– Применялись как открытые, так и эндоскопические вмешательства, направленные на восстановление оттока желчно-панкреатического сока.

Профессор Б. В. Сигуа: Были ли случаи утяжеления панкреатита после папиллосфинктеротомии?

– Да, были случаи утяжеления. В 6 случаях наступил летальный исход.

Профессор Б. В. Сигуа: 6 летальных случаев заставили вас пересмотреть тактику?

– Да, мы сейчас применяем тактику сцинтирования.

Профессор П. Н. Ромащенко (председатель): Что нового и в чем изюминка вашего доклада?

– В мире никто одномоментно старается не выполнять оперативное лечение при таких ситуациях. Мы пропагандируем двухэтапное лечение, на первом этапе удаление конкремента и постановка стентов, на втором – холецистэктомия в плановом порядке.

Профессор П. Н. Ромащенко (председатель): Есть доказательства данного подхода?

– В более чем 50 % случаев, когда операция выполнялась одномоментно, наблюдалась миграция конкрементов. Течение тяжелого панкреатита у пациентов, которым устанавливались стенты, протекало благоприятнее, быстрее поправлялись.

Профессор Д. И. Василевский: А бывало, что ЭПСТ не получалась?

– У нас выработаны четкие критерии проведения ЭПСТ и стентирования.

Доцент В. И. Кулагин: Что вы лечили: острый панкреатит или хронический холецистит?

– Мы одновременно лечили одно и другое.

Профессор Н. А. Бубнова: Спасибо большое за ваше сообщение. Что же вам больше всего нравится в том, что вы нам рассказали?

– Применяя предложенную тактику, мы можем всегда рассчитывать на излечение пациента.

Прения

Профессор А. Ю. Корольков: Если пациент поступил с тяжелым панкреатитом, его направляют в отделение реанимации, где он получает лечение в полном объеме. Только после полного выздоровления мы больного выписываем из клиники. Затем через 1–2 месяца он поступает в плановом порядке и его оперируют по поводу калькулезного холецистита.

Профессор А. Е. Демко (председатель): Представленная работа достаточно актуальна. Во всех пособиях по билиарному панкреатиту в основном речь идет о легком панкреатите. С тяжелым панкреатитом вопрос очень сложный. Мы еще неоднократно услышим доклады на подобную тему. Всем спасибо.

Поступил в редакцию 20.06.2023 г.

2577-е заседание 28 июня 2023 г.

Председатель – профессор Анатолий Анатольевич Завражнов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. М. П. Королев, Л. Е. Федотов, Р. Г. Аванесян, А. В. Климов, И. А. Космаков (СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России). **Случай двухэтапного эндоскопического лечения дивертикула Ценкера.** **Цель** демонстрации – показать случай успешного двухэтапного эндоскопического лечения дивертикула Ценкера с применением малоинвазивных технологий.

Больная 66 лет поступила в 5 хирургическое отделение Мариинской больницы в плановом порядке 06.03.2023 г. Из анамнеза известно: с 2019 г. появилась и стала нарастать

дисфагия на твердую пищу. С жалобами на першение в горле и постоянные покашливания обратилась в поликлинику по месту жительства, где был установлен диагноз – хронический бронхит. В течение 2 месяцев амбулаторно без эффекта пациентка принимала муко- и бронхолитики. В связи с эпидограничениями (COVID-19) в поликлинику не обращалась. С сентября 2022 г. ухудшение самочувствия в виде нарастания дисфагии на любую пищу, появления срыгивания, гнилостного запаха изо рта, снижения массы тела.

В феврале 2023 г. амбулаторно была выполнена ВЭГДС, в желудок эндоскоп провести не удалось. С диагнозом дивертикул Ценкера пациентка госпитализирована в Мариинскую больницу. При рентгеноскопии/графии пищевода на уровне С6–С7 позвонков обнаружен дивертикул Ценкера размером 3,8×3,2 см.

07.03.2023 г. выполнена операция: эндоскопическое устранение дивертикула Ценкера. При контрольном рентгеновском исследовании 08.03.2023 г. и 17.04.2023 г. обнаружена остаточная полость размерами 2,5×1,8 см на уровне 7 шейного позвонка. Задержки поступления контраста в желудок и дисфагии нет. В связи с сохраняющейся остаточной полостью с незначительной задержкой контрастного вещества 14.06.2023 г. выполнен второй этап операции: досечение нижней порции крикофарингеальной мышцы по принятой методике. На рентгеноскопическом исследовании 15.06.2023 г. и 17.06.2023 г. имеется положительная динамика: расширение до 1 см в области глоточно-пищеводного перехода. Задержки контрастного вещества в пищеводе нет. Глотание свободное. Больная выписана на третьи сутки послеоперационного периода в удовлетворительном состоянии.

2. *Р. Г. Аванесян, М. П. Королев, Л. Е. Федотов* (СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский педиатрический медицинский университет» Минздрава России, кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии). **К вопросу о ятрогении («Если больной очень хочет жить, то врачи бессильны» – Ф. Г. Раневская).**

Цель демонстрации – показать возможности современных гибридных минимально инвазивных технологий в лечении комбинированных повреждений желчных протоков в сложных условиях послеоперационного периода.

Пациентка Р., 32 года, при обследовании во время третьей беременности в 2016 г. в правой доле печени выявлено очаговое образование. После родов дообследована в областном онкоцентре, подтверждено наличие рака правой доли печени Т3N0M0. С целью викарной гипертрофии контралатеральной доли печени пациентке в августе 2016 г. выполнена прямая портография, механическая эмболизация правой ветви воротной вены. Ввиду неэффективности эндоваскулярного вмешательства через месяц – проведена перевязка правой ветви воротной вены. 11.2016 г. выполнена правосторонняя гемигепатэктомия. На третьи сутки на фоне нарастания механической желтухи диагностировано интраоперационное клипирование и двухсантиметровый дефект общего печеночного протока (ОПП). Послеоперационный период осложнился холангитом, формированием абсцесса печени и спонтанным прорывом на 6 сутки в поддиафрагмальное пространство с формированием наружного желчного свища, с ежедневными потерями желчи от 500 до 600 мл. Через месяц больная была направлена в СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» для реконструктивного оперативного вмешательства.

Первым этапом 13.12.2016 г. выполнено чрескожное чреспеченочное наружное дренирование левого (единственного) долевого протока, наружное дренирование полости абсцесса другим дренажем. При выполнении фистулохолангиографии подтверждено наличие клипированного левого долевого

го протока и общего желчного протока (ОЖП), иссечение ОПП. Принято решение выполнить минимально инвазивное вмешательство в объеме комбинированного восстановления непрерывности и целостности ОПП. Попытки восстановления целостности внепеченочных желчных протоков 20.12.2016 г. и 27.12.2016 г. безуспешны. При повторной госпитализации 26.01.2017 г. была выполнена операция: комбинированный гепатикогастроанастомоз под рентгенологическим, ультразвуковым и эндоскопическим контролем. В дальнейшем выполнялись этапные смены наружно-внутренних дренажей до максимального диаметра 14F. Каркасный дренаж удален в 2020 г. В настоящее время гепатикогастроанастомоз функционирует.

3. *М. П. Королев* (ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Как найти рак.**

Цель доклада – показать современные эндоскопические технологии выявления внутрипросветных новообразований различных полых органов грудной и брюшной полости в ранних, доклинических стадиях процесса.

Представлены будут наиболее значимые направления развития эндоскопии в симбиозе с традиционными и эндовидеохирургическими методами диагностики и лечения опухолей. Возможности современных эндоскопических аппаратов кажутся безграничными благодаря научно-техническому прогрессу, совершенствованию оптики и матрицы микровидеокамер, а также развитию вспомогательного технического оборудования и инструментария. Несмотря на вышеуказанное, без воспитания и подготовки квалифицированного специалиста по эндоскопии диагностическая ценность всей внутрипросветной техники топ-уровня будет ничтожна. Поэтому наиболее важным звеном в развитии эндоскопии как метода минимально инвазивной диагностики и лечения является педагогический и наставнический вклад опытных специалистов в деле обучения молодых перспективных кадров. Будет обобщен и собственный опыт эндоскопии как метода диагностики и лечения, и опыт многочисленных клиник мира, где непосредственно обучались специалисты кафедры общей хирургии с курсом эндоскопии СПбГПМУ.

Поступил в редакцию 27.10.2023 г.

2578-е заседание 27 сентября 2023 г.

Председатель – профессор Армен Оникович Аветисян

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *А. А. Завражнов, М. А. Аскеров, В. В. Зеленин, В. С. Фомин* (СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России). **Случай гибридного лечения ишемии правой верхней конечности на фоне компрессии подключичной артерии дополнительным шейным ребром.**

Цель демонстрации – показать возможности гибридного подхода в хирургическом лечении врожденной патологии в виде дополнительного шейного ребра, осложненного позиционной компрессией подключичной артерии, эмболией и тромбозом плечевой артерии. Демонстрация отдаленных результатов вмешательства.

Больная 35 лет была госпитализирована в отделение сердечно-сосудистой хирургии Городской Мариинской больницы 12.12.2020 г. Из анамнеза было известно: с юношеского возраста страдает онемением и похолоданием пальцев на руках. Пациентку длительное время беспокоили боли и слабость в правой верхней конечности при выполнении физических нагрузок с поднятыми руками. Многократно обращалась за медицинской помощью. Выставлялись разные диагнозы, проводимое лечение улучшения не приносило. Патологии сосу-

дов и нарушения кровотока при ультразвуковом исследовании выявлено не было.

С течением времени отмечала нарастание симптомов. Периодически стали беспокоить слабость в правой руке и онемение пальцев в покое.

За 2 недели до госпитализации появилась и стала нарастать боль в правой руке при незначительной физической нагрузке, пациентка с трудом выполняла повседневную работу (управляет погрузчиком на складе). Также отмечала снижение мышечной силы и постоянное чувство онемения пальцев правой верхней конечности.

При осмотре на приеме выявлено: правая рука синюшного цвета, кожа на ощупь холодная, пульсация на плечевой, локтевой и лучевой артериях не определяется, на подмышечной артерии отчетливая, усиленная. Активные движения в конечности сохранены в полном объеме, но замедлены. Тонус мышц ослаблен (с трудом сжимает пальцы в кулак). Чувствительность снижена на кончиках пальцев. Мышцы плеча и предплечья при пальпации безболезненные, не напряженные.

Было выполнено ультразвуковое сканирование сосудов верхних конечностей. Кровоток в плечевой артерии не регистрировался, визуализировались окклюзирующие просвет тромботические массы повышенной эхогенности. На ЭКГ отмечался синусовый ритм без нарушений проводимости. По данным эхо-КГ патологии структур и образований в камерах сердца не было выявлено. Показатели биохимического состава крови и коагулограммы – в пределах нормы.

Был установлен предварительный диагноз: тромбоэмболия правой плечевой артерии, компенсированная ишемия правой верхней конечности по В. А. Корнилову. Также не исключался тромбоз плечевой артерии на фоне эпизода длительного сдавления конечности. Была начата симптоматическая терапия, получен положительный клинический эффект.

Далее пациентке была выполнена МСКТ ангиография грудной аорты, ветвей дуги аорты и артерий верхних конечностей. Констатировано отсутствие контрастирования правой плечевой артерии с заполнением дистального русла через коллатерали, неравномерность контрастирования подключичной артерии и ее умеренное расширение. Патологии грудной аорты и ее ветвей выявлено не было. При анализе томограмм с трехмерной реконструкцией обнаружено наличие дополнительного шейного ребра справа, фиксированного к первому ребру. Подключичная артерия располагалась над дополнительным ребром без признаков компрессии. При повторной КТ-ангиографии с отведением правой верхней конечности с трехмерной реконструкцией была выявлена субтотальная компрессия подключичной артерии между ключицей и дополнительным шейным ребром, которая также подтверждалась при ультразвуковом исследовании. Тактика хирургического лечения была определена после консилиума с участием разных специалистов.

В условиях гибридной операционной 15.12.2020 г. пациентке было выполнено симультанное вмешательство: резекция добавочного шейного ребра справа, тромбэмболектомия из правой плечевой артерии, баллонная ангиопластика плечевой и локтевой артерий.

Первым этапом надключичным доступом было выделено и резецировано дополнительное шейное ребро. Вторым этапом доступом в нижней трети плеча мобилизована плечевая артерия с переходом на ее бифуркацию. Катетером Фогарти выполнена тромбэмболектомия из плечевой артерии. Интраоперационная ангиография выявила наличие стеноза в нижней трети плечевой артерии, протяженный стеноз локтевой артерий ниже бифуркации, замедление скорости контрастирования дистального русла. Третьим этапом была осуществлена

баллонная ангиопластика плечевой и локтевой артерий с положительным ангиографическим результатом.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Тонус мышц и чувствительность на руке восстановились. Пациентка была выписана на 8-е сутки. Рекомендован прием пероральных антикоагулянтов в течение 6 месяцев. При осмотре через год клинических и ультразвуковых признаков нарушения кровообращения на правой верхней конечности не выявлялось. Пациентка вернулась к основной работе.

Ответы на вопросы

Профессор П. К. Яблонский: Планируете ли вы делать что-то с левой верхней конечностью?

– Нет. Мы выполнили все пробы на левой руке, но компрессии не обнаружили.

Профессор А. О. Аветисян (председатель): Какую терапию пациентка получала?

– Фраксипарин, обезболивающие.

Профессор А. О. Аветисян (председатель): Чем обусловлен стеноз?

– Стеноз в средней трети плечевой артерии был за счет тромботических масс. В нижней трети плечевой артерии стеноз был обусловлен спастическим эффектом.

Профессор Н. Ю. Коханенко: Почему больная 40 лет с врожденной патологией так долго не предъявляла жалоб?

– Действительно, у некоторых пациентов без провокации физической нагрузкой данная патология может не проявляться. Со временем длительная компрессия и появление фиброза провоцируют возникновение симптоматики.

Прения

Профессор А. О. Аветисян (председатель): Сама по себе патология часто встречается, но ее клинические проявления отмечаются достаточно редко. В данной ситуации у пациентки возникли даже осложнения. Сложность лечения заключается еще в том, что не очень разработан доступ при данной патологии. Приятно, что в данном случае специализированная помощь в полном объеме была оказана сразу и с хорошим результатом. Иногда, при отсутствии коллегиального подхода, исход бывает неудовлетворительный.

2. М. В. Щебенков, А. С. Аюпян (СЗГМУ им. И. И. Мечникова, ПСПбГПМУ им. акад. И. П. Павлова, СПб ГБУЗ «ДГМ КСЦ ВМТ»). **Ущемление желудка в левосторонней ложной диафрагмальной грыже у ребенка 2 лет.**

Цель демонстрации – показать сложность диагностики заболеваний и их осложнений у детей, связанных с пороками развития диафрагмы, не диагностированными при антенатальном обследовании, и проявляющихся в первые годы жизни или позже.

Мальчик, 2 лет 8 месяцев, был доставлен через 2 часа от начала заболевания с жалобами на сильные приступообразные боли в животе, однократную рвоту. Из анамнеза: роды вторые, срочные, без особенностей. Антенатальное обследование патологии не выявило.

При осмотре было выявлено: ребенок в ясном сознании, живот правильной формы, незначительно вздут, мягкий, умеренно болезненный без четкой локализации. Перитонеальных симптомов не было. При УЗИ брюшной полости патологии не определялось. После клизмы стул не был получен.

Ребенок оставался диагностически неясным. Несмотря на проводимую инфузионную и спазмолитическую терапию, сохранялись позывы к рвоте и дефекации, периодическое беспокойство. В динамике появились бледность, одышка. Была выполнена рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости, при которой в грудной полости слева определялось округлое образование, занимавшее практически всю плевраль-

ную полость, заполненное воздухом с горизонтальным уровнем жидкости. После введения контрастного вещества через зонд в грудной полости слева визуализировался растянутый желудок и петли кишечника. Средостение было смещено в правую сторону. Была диагностирована диафрагмальная грыжа с признаками ущемления желудка и петель кишечника, коллапс легкого.

После короткой предоперационной подготовки была выполнена торакокопическая ревизия левой плевральной полости, где был верифицированы раздутый желудок, селезенка и петли тонкой кишки, проникшие в плевральную полость через дефект диафрагмы 4×3 см, который являлся воротами. Грыжевого мешка не было. После вправления селезенки желудок поэтапно был перемещен в брюшную полость вместе с петлями тонкой кишки. Дефект диафрагмы ушит П-образными швами (этибонд 2,0).

Послеоперационный период протекал гладко. Питание и активный режим были разрешены на вторые сутки после операции. Ребенок был выписан на 6-й день с выздоровлением.

При осмотре через месяц жалоб не было, на контрольной рентгенограмме грудной клетки диафрагма прослеживалась четко на всем протяжении, легкое расправлено.

Ответы на вопросы

Профессор В. А. Кашенко: Обсуждался ли лапароскопический доступ?

– Нет, не обсуждался.

Профессор Д. И. Василевский: Где располагался дефект в диафрагме?

– В сухожильной части.

Профессор Б. В. Сигуа: Как оценивалась отдаленная жизнеспособность погруженных органов?

– Органы были все жизнеспособны.

Профессор В. А. Кашенко: Если бы вам технически не удалось вправить желудок, чтобы вы тогда делали?

– Мы чаще используем торакокопический доступ при диафрагмальных грыжах. Селезенку вправить при лапароскопическом доступе сложнее, поэтому выполнили торакокопию. При некрозе желудка, конечно, переходим на лапаротомию.

Профессор А. А. Завражнов: Это традиционный подход у вас к данным операциям?

– Да, мы чаще используем торакокопический доступ.

Профессор А. О. Аветисян (председатель): Какую пластику вы выполняете при закрытии дефекта?

– При небольших грыжах закрываем местными тканями, а при больших прибегаем к пластике сетчатым протезом.

Прения

Профессор П. К. Яблонский: Я бы поддержал авторов с тем, что они начали операцию с торакокопии. И хочу поблагодарить их за полученные блестящие результаты.

З. М. В. Щебенков, А. В. Гостимский, А. Н. Котин, Т. А. Волерт (Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова). **Хирургическая тактика при острой патологии брюшной полости у детей на современном этапе.**

Цель доклада – показать современный этап развития неотложной хирургии детского возраста, характеризующийся переосмыслением подходов к традиционным принципам и способам лечения разнообразной патологии на основе широкого внедрения малоинвазивных методов лечения, использования современной диагностической техники и понимания важности принципа проведения органосохраняющих операций.

Хирургические подходы к диагностике острой патологии брюшной полости у детей и лечению больных за последние

годы претерпели значительные изменения, что связано с широким внедрением в практику и накоплением опыта использования различных методов диагностики, прежде всего лучевых, и малоинвазивных эндовидеохирургических вмешательств.

За последние 3 года с 2020 по 2022 г. в детском городском многопрофильном клиническом специализированном центре высоких медицинских технологий прооперировано 1128 детей с острой патологией брюшной полости.

Наибольшую группу составили пациенты с острым аппендицитом – 874 наблюдения. Методом выбора в лечении больных острым аппендицитом стала лапароскопическая аппендэктомия, выполненная у 857 (98 %) детей. Деструктивные формы аппендицита были выявлены у 670 пациентов, аппендикулярный перитонит – у 163. В 35 случаях был обнаружен первичный перитонит или мезаденит, с вторичными изменениями аппендикса – у 18 детей. Катаральный аппендицит был лишь в 6 случаях, что связано с широким применением диагностической лапароскопии и УЗИ. До внедрения лапароскопии в педиатрическую практику число детей, оперированных по поводу катарального аппендицита, составляло 30 %.

Лапароскопическая санация и разработанная оригинальная методика оксигенации брюшной полости при лечении детей с аппендикулярным перитонитом позволяют значительно снизить контаминацию кишечной микрофлорой, практически отказаться от дренирования брюшной полости, сократить количество гнойно-воспалительных осложнений и ускорить реабилитацию в послеоперационном периоде (средний койко-день – 10).

Применение малоинвазивных технологий при лечении детей с острой патологией органов брюшной полости и, как следствие, ранняя активизация больных, позволили значительно сократить количество пациентов с острой спаячной кишечной непроходимостью. За 3 года были оперированы лишь 24 пациента, как правило, после лапаротомических вмешательств. Основной способ лечения в этой группе детей – лапароскопический адгезиолизис, позволяющий в большинстве случаев устранить непроходимость с минимальной травмой брюшины и кишечника, рано активизировать пациентов и начать энтеральную нагрузку.

В последние годы изменилась и тактика лечения детей с кишечной инвагинацией (36 пациентов). В связи с тем, что анатомические причины развития инвагинации встречаются редко не только в раннем возрасте (3–5 %), основным методом лечения стала консервативная пневмодезинвагинация (78 %). Только у 8 из 36 больных (22 %) потребовалось лапароскопическое вмешательство. У 2 детей была выполнена резекция кишки по поводу дивертикула Меккеля и сосудистой опухоли.

При перфоративной язве двенадцатиперстной кишки (4 пациента) во всех случаях удалось выполнить лапароскопическое ушивание дефекта с оментопексией и санацией брюшной полости.

При остром дивертикулите (13 детей) диагноз подтверждался, как правило, во время диагностической лапароскопии. В 10 случаях выполнена видеоассистированная, а в 2 – лапароскопическая резекция тонкой кишки. 1 пациенту выполнена лапаротомия.

Лапароскопическая техника выполнения пилоромии при врожденном пилоростенозе сегодня является ведущим методом лечения, что позволяет значительно уменьшить операционную травму для младенцев первых месяцев жизни (69 операций, 2 конверсии).

Настоящей проблемой в практике детской хирургии в последнее время стали агрессивные инородные тела желудочно-кишечного тракта (батарейки и магниты). В случае их миграции из желудка риск развития перфорации и перитонита заставляет выбирать активную хирургическую тактику даже

при отсутствии клинических проявлений (фиксированные 2 и более магнита). Из 23 детей с подобной патологией инородные тела при отсутствии осложнений были извлечены хирургическим путем у 7 и у 4 – после развития перфорации кишки.

По поводу осложненного течения калькулезного холецистита в срочном порядке оперированы 34 пациента. Всем выполнена лапароскопическая холецистэктомия, в том числе у 8 – после предшествующей ЭПСТ. В 2 наблюдениях при деструктивном холецистите потребовалась конверсия доступа.

В последнее десятилетие кардинально изменилась хирургическая тактика при повреждениях селезенки и печени, что связано как с возросшей информативностью и доступностью методов лучевой диагностики (УЗИ и КТ), позволяющих осуществлять динамическое наблюдение за состоянием травмированного органа, так и из-за широкого распространения в детской практике принципов органосохраняющего лечения. Из 23 пациентов с повреждением селезенки оперирован был лишь 1 с разрывом 4 степени.

Таким образом, современный этап развития неотложной хирургии детского возраста характеризуется переосмыслением подходов к традиционным принципам и способам лечения разнообразной патологии на основе широкого внедрения малоинвазивных методов лечения, использования современной диагностической техники и понимания важности принципа проведения органосохраняющих операций.

Ответы на вопросы

Профессор Б. В. Сигуа: Наборы инструментов для детей 4 и 15 лет разные?

– Да.

Профессор Б. В. Сигуа: При стенозе привратника вы выполняете пилоропластику?

– Не выполняем.

Профессор Б. В. Сигуа: После ЭПСТ у вас бывали панкреатиты?

– Да, 1 раз, ребенок изначально был с панкреатитом, и ему проводилась адекватная терапия, которая продолжилась и после ЭПСТ.

Профессор П. К. Яблонский: Первичный перитонит – это что? – Восходящая инфекция, по типу пельвиоперитонита.

Профессор А. А. Завражнов: В ЦРБ как лечатся дети: используют маршрутизацию в детские учреждения, или их оперируют взрослые хирурги?

– К сожалению, на сегодня и так и так.

Профессор А. А. Завражнов: При кишечной непроходимости какой энтеролиз проводится: тотальный или локальный?

– Локальный.

Профессор Н. Ю. Коханенко: Приходилось ли вам прибегать к повторной санации?

– Адекватная санация брюшной полости позволила нам избежать повторной лапароскопической санации.

Профессор В. А. Кашенко: Введение в брюшную полость кислорода – насколько это безопасно?

– Если соблюдать технологию – использование кислорода на последнем этапе операции – введение его безопасно. У нас ни в одном случае проблем не было.

Профессор А. О. Авенисян (председатель): Если есть подозрение на острый аппендицит, но не подтверждается во время лапароскопии – аппендэктомия не выполняется?

– Конечно, нет, не выполняется. Раньше выполнялась, так как была проблема в доступе.

Профессор А. О. Авенисян (председатель): Как лечится травма живота с повреждением селезенки?

– Травма живота с повреждением селезенки по последним клиническим рекомендациям лечится консервативно при отсутствии кровотечения.

Профессор А. Е. Демко: Что такое тщательная санация?

– Используется массивное промывание до чистой воды.

Профессор А. Е. Демко: Аппендикулярный инфильтрат бывает у детей?

– Конечно, встречается и ведется консервативно. После стихания воспаления детей выписывают. И через 3–4 месяца рекомендую повторную госпитализацию для выполнения аппендэктомии.

Профессор А. Е. Демко: Лечат ли у детей острый аппендицит консервативно?

– Консервативно острый аппендицит не лечат.

Прения

Профессор Г. М. Рутенбург: Не очень привычно для взрослых хирургов все, что мы здесь слышали. Но слушали с замиранием. Огромное спасибо за такой интересный и содержательный доклад.

Профессор Б. В. Сигуа: Спасибо огромное за доклад. К сожалению, мы не можем использовать все, что используют детские хирурги, так как резервы детского организма намного сильнее.

Профессор А. О. Авенисян (председатель): Выполнять операции у детей – это очень непросто. Спасибо докладчикам. И спасибо всем за участие.

Поступил в редакцию 02.12.2023 г.