

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

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

2582-е заседание 13 декабря 2023 г.

Председатель – профессор Рубен Гарриевич Аванесян

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А. Ю. Апресян, А. А. Абаев, И. Т. Лакация (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова МЗ РФ, отделение сердечно-сосудистой хирургии № 1). **Тромбоз эндографта брюшной аорты.**

Цель демонстрации: показать возможности открытых методов лечения при возникновении осложнений эндоваскулярных вмешательств в хирургии аорты.

Пациент Л., 66 лет, поступил в ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова с аневризматической болезнью. Считает себя больным с 2019 г., когда впервые был поставлен диагноз «аневризма инфраренального отдела аорты». В РНЦПХТ им. акад. А. М. Гранова выполнено эндопротезирование (EVAR) аневризмы брюшной аорты. Выписан в удовлетворительном состоянии. 21.10.2020 г. отметил остро возникшую боль в левой нижней конечности, экстренно госпитализирован в больницу Петра Великого на отделение сосудистой хирургии, выполнена МСКТ-ангиография аорты и артерии н/конечностей. Заключение: состояние после EVAR. Тромбоз левой бранши EVAR. В связи с острой ишемией левой н/конечности, тяжести состоянии принято решение о выполнении экстренного оперативного вмешательства в объеме: перекрестное бедренно-бедренное шунтирование синтетическим протезом Intergardsilverknitted № 8. В декабре 2020 г. отметил снижение дистанции безболевого ходьбы до 50 метров, периодические боли в состоянии покоя в левой н/конечности. Амбулаторно обследован, выполнена МСКТ-ангиография аорты и артерии н/конечностей, заключение: состояние после EVAR. Тромбоз левой бранши. Состояние после перекрестного бедренно-бедренного шунтирования, шунт проходим. Субокклюзия глубокой артерии бедра. Окклюзия бедренно – тиббиального сегмента слева с сохранной единственной задней большеберцовой артерии. В плановом порядке выполнено оперативное вмешательство в объеме: профундопластика, бедренно-тибиальное шунтирование in situ в средней трети голени слева. Выписан в удовлетворительном состоянии, клиника ишемии купирована. 29.12.2021 г. на фоне полного благополучия отметил резкую боль в области обеих н/конечностей, онемение и похолодание обеих стоп, снижение чувствительности пальцев стоп билатерально. Был экстренно госпитализирован в ГБ № 26, выполнена МСКТ-ангиография аорты и артерии н/конечностей, выявлен тромбоз эндографта на всем протяжении. Тромбоз перекрестного бедренно-бедренного шунта. Коллатеральное контрастирование глубокой артерии бедра билатерально. Коллатеральное контрастирование поверхностной бедренной артерии справа. Был переведен по СМП в ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова. В связи с тяжестью состояния, наличием клиники тромбоза аорты, было принято решение о выполнении экстраанатомического оперативного вмешательства в объеме: подключично-бедренное шунтирование справа, тромбэктомия

из перекрестного бедренно-бедренного шунта с восстановлением кровотока по глубокой артерии бедра слева и бедренно-подколенному сегменту справа. П/о период протекал удовлетворительно, однако сохранялась клиника ишемии в левой н/конечности. В связи с выраженными болями в состоянии покоя, не купируемыми приемом НПВС, а также невозможностью проведения оперативного вмешательства (вторично заживающей раной в верхней трети бедра, отсутствием адекватного русла оттока, отсутствием венозного материала для шунтирования) выполнена ампутация левой нижней конечности на уровне средней трети левого бедра. Выписан в удовлетворительном состоянии, раны зажили первичным натяжением. Пациент на протяжении 6 месяцев наблюдался амбулаторно, выполнено протезирование левой н/конечности. Амбулаторно выполнена МСКТ-ангиография аорты и артерии н/конечностей от 23.06.2022 г. заключение: аневризма инфраренального отдела аорты, тромбоз эндографта. Окклюзия подвздошного сегмента билатерально. Подключично-бедренный шунт проходим. Проходимость бедренно-подколенного сегмента справа сохранена, локальная окклюзия подколенной артерии справа.

В плановом порядке 29.06.2022 г. выполнено оперативное вмешательство: удаление эндографта, резекция аневризмы инфраренального отдела аорты, линейное правостороннее аорто-бедренное протезирование. П/о период протекал гладко. Швы сняты 15.07.2022 г., раны зажили первичным натяжением. Правая н/конечность теплая, движения и чувствительность сохранены, капиллярный ответ положительный, пульсация на подколенной артерии, кровообращение компенсировано. Культи мягкая, безболезненная. Выписан в удовлетворительном состоянии.

При осмотре через год клинических и ультразвуковых признаков нарушения кровообращения в левой нижней конечности не выявлено, культи теплая. Пациент передвигается на костылях.

Ответы на вопросы.

Профессор И. А. Соловьев: Почему вы не удалили графт?

– Каждый раз мы хотели найти графт и его удалить, но, к сожалению, мы не успевали.

Профессор И. А. Соловьев: Как долго заживала рана?

– Культи всегда заживала первично. Вторичным натяжением заживала рана верхней трети бедра.

Профессор Р. Г. Аванесян (председатель): Если бы пациенту сразу предложили не эндоваскулярное лечение, а радикальное лечение – результат был бы лучше?

– Очевидно, да. Но тогда и мне казалось, что эндоваскулярное лучше.

Прения

Профессор Р. Г. Аванесян (председатель): У нас хирургия идет по пути мининвазивности. Но, к сожалению не всегда удается решить вопрос эндоваскулярно. Но хорошо, что пациент жив и функционально активен.

2. А. А. Курков, Б. В. Сигуа, Латария Э. Л., Д. В. Гуржий, В. Е. Кварку, А. В. Беляева, С. А. Винничук, А. Р. Абдулов, В. П. Земляной (ФГБВУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова», кафедра факультетской хирургии им. И. И. Грекова). **Трудности диагностики и лечения пациента с нейроэндокринной опухолью тонкой кишки, осложненной субкомпенсированным нарушением кишечной проходимости.**

Пациент Б., 64 лет, госпитализирован в СЗГМУ им. И. И. Мечникова с жалобами на периодическое вздутие живота, снижение массы тела на 20 кг в течение года. При осмотре обращало на себя внимание умеренное вздутие живота, а также дистанционно слышимая усиленная перистальтика. Тем не менее, характерного для кишечной непроходимости «шума плеска» не выслушивалось.

По данным ВГДС и ВКС патологические образования не выявлены. Также выполнена МСКТ органов брюшной полости с контрастированием – свободной жидкости в брюшной полости не выявлено, петли тонкой кишки расширены до 38 мм с уровнями жидкости и газа, уровень перехода в спавшуюся часть не оценить, лимфоузлы не увеличены, очагового поражения органов брюшной полости не выявлено.

Однако причины описанных при МСКТ изменений, а также усиленной перистальтики и снижения массы тела оставались не ясными. Это позволило продолжить онкопоиск. Выполнен контроль онкомаркеров: РЭА, АФП, Са-19.9 – в пределах нормы.

Принято решение о выполнении УЗИ органов брюшной полости на аппарате экспертного класса с прицельным исследованием предположительной зоны поражения. По результатам УЗИ выявлено образование тонкой кишки с признаками транзитного нарушения тонкокишечной проходимости.

Ввиду высокого риска развития острой кишечной непроходимости коллегиально определены показания к хирургическому лечению. После предоперационной подготовки выполнено оперативное вмешательство в объеме – лапаротомия, резекция тонкой кишки с образованием, дренирование брюшной полости.

Послеоперационный период протекал без осложнений. По данным патогистологического исследования – высокодифференцированная нейроэндокринная опухоль тонкой кишки тип А, прорастающая все слои стенки кишки с инвазией в жировую клетчатку брыжейки. Лимфатические узлы: перифокально отмечаются очаги опухолевой ткани. В жировой клетчатке выявлены единичные депозиты опухолевой ткани, просвет единичного сосуда обтурирован опухолевым эмболом.

По результатам ИГХ исследования – нейроэндокринная опухоль тонкой кишки G1 (карциноид). Подтверждено наличие метастатического поражения брыжеечных лимфатических узлов, а также опухолевой инвазии в жировую клетчатку. Ki67=1 %. Анализ крови на онкомаркеры (серотонин и хромогранин А) – положительны.

По данным ПЭТ/КТ (29.07.2022 г.) – картина радиофарм-позитивных брыжеечных и мезентериальных лимфатических узлов, что соответствует их метастатическому поражению. С августа 2022 г. по заключению онколога по месту жительства пациент получает первую линию гормонотерапии.

Эпизодов нарушения кишечного пассажа пациент более не отмечает.

Ответы на вопросы.

Профессор И. А. Соловьев: Вы показали, что по данным УЗИ установили опухоль тонкой кишки? Почему долго ждали и не выполняли операцию?

– Считали, что явления тонко-кишечной непроходимости субкомпенсированные.

Профессор И. А. Соловьев: У пациента были ранее операции на органах брюшной полости?

– Нет, не было.

Профессор И. А. Соловьев: Вы интубируете тонкую кишку в таких случаях?

– Некоторая отечность кишки была, мы выполняли интубацию кишки, получили большое количество отделяемого, после чего зонд удалили.

Профессор В. А. Кашенко: Постановка диагноза как показание к операции не требует мультиспиральной КТ. Консилиума не было. Пациент шел по общехирургическому профилю как субкомпенсированные явления тонко-кишечной непроходимости. КТ было сделано 2 недели назад и после выполнения УЗИ считали, что обследовали достаточно.

Академик Н. А. Майстренко: У пациента был карциноидный синдром?

– До операции у пациента признаков карциноидного синдрома не было.

Академик Н. А. Майстренко: С каким контрастным веществом выполняли диагностику ПЭТ-КТ?

– ПЭТ-КТ делали не в нашем учреждении.

Академик Н. А. Майстренко: Где накапливается галлий?

– В брыжейке тонкой кишки.

Академик Н. А. Майстренко: Удаление (резекция тонкой кишки). Какой объем онкологической операции был выполнен?

– Это циторедуктивная операция.

Академик Н. А. Майстренко: Он сейчас гормонотерапию получает для профилактики карциноидного синдрома?

– Да. Химиотерапию не получает.

Профессор К. В. Павелец: Энтероскопию вы не планировали, так как решили, что достаточно УЗИ?

– Да.

Профессор В. А. Кашенко: Как готовили к колоноскопии?

– Подготовка форлаксом.

Прения

Профессор А. Е. Демко: В многопрофильном стационаре хирургов часто вызывают для исключения острой хирургической патологии. И здесь, если заподозрили тонко-кишечную непроходимость, можно было сделать обзорную Rtg органов брюшной полости. Мне кажется, операция была выполнена немного запоздало, так как кишка была расширена до 8 см. Наверное, мы немного неверно назвали свой доклад. Немного затянута постановка диагноза.

Профессор П. Н. Ромашенко: Среди всех нейроэндокринных опухолей тонкая кишка – 34 %. На фоне карциноидного синдрома формируются лимфоузлы и иногда они превращаются в конгломераты. Иногда эти конгломераты и вызывают тонко-кишечную непроходимость. Диагностировать сложно. Серотонин у этих пациентов всегда повышен. Как еще диагностировать? Коллегам повезло, что увидели на УЗИ. На КТ не всегда можно увидеть. Трудности диагностики существуют. Поздняя диагностика эндокринной опухоли. Не позже, а раньше нужно было сделать ПЭТ-КТ с галлием. И тогда можно было бы раньше установить диагноз. Объем оперативного лечения в такой ситуации был бы другой с удалением всех конгломератов лимфоузлов. Прогноз обычно у этих пациентов благоприятный. Но в данной ситуации как поведут лимфоузлы, могут прогрессировать?

– Очевидно, могут.

Профессор Б. В. Сигуа: Мы разбирали тонко-кишечную непроходимость и субкомпенсированную непроходимость. У нас пациент поступал с данными КТ, и там никаких данных за наличие образования тонкой кишки не было. На момент поступления у пациента не было ни тошноты, ни рвоты; стул в норме. 5 дней пациент провел в диагностическом отделении. Спешки не было. Обследовали и на УЗИ выявили, установив диагноз, взяли на операцию.

Академик Н. А. Майстренко: Пироговское общество и существует для того, чтобы анализировать ошибки. Мы лечим больного. И у больного заболевание, которое на данное время достаточно известно. По нейроэндокринным опухолям существуют соответствующие руководства. Если вы установили диагноз опухоли, то и операция должна выполняться в соответствии с диагнозом. Должны были грамотно изложить проблему.

Профессор Р. Г. Аванесян (председатель): Для меня очень интересны дискуссии. Диагностические возможности в клинике не были достаточно использованы.

З. В. А. Каценко, А. А. Камшилин, В. В. Зайцев, А. А. Богатилов, А. В. Лодыгин, О. Б. Гуцина, В. В. Давлетишина (Северо-Западный окружной научно-клинический центр им. Л. Г. Соколова ФМБА; Санкт-Петербургский государственный университет; Институт автоматики и процессов управления ДВО РАН, Владивосток; Клиника ММЦ ВТ «Белоостров»).

Возможности количественной оценки перфузии тканей в абдоминальной хирургии.

Цель доклада – показать возможности как открытой, так и лапароскопической оценки параметров кровообращения кишки. Обсуждаются преимущества и недостатки методов, а также перспективы их использования в других областях хирургии.

Клиническая оценка и интраоперационный мониторинг тканевой перфузии имеет большое значение для оптимизации хирургического вмешательства и снижения послеоперационных осложнений. Несостоятельность анастомоза является одним из серьезных осложнений во многих областях хирургии, связанных с реконструктивным восстановлением проходимости. Кровоснабжение анастомозируемых тканей является важным фактором состоятельности анастомоза.

Практическая значимость оценки кровоснабжения определяется возможностью интраоперационной коррекции уровня пересечения кишки. Оптические методы (такие как лазерная доплеровская флоуметрия, ближняя инфракрасная спектроскопия, лазерная спектр-контрастная визуализация, инфракрасная термографическая визуализация, оптическая когерентная томография и флуоресцентная визуализация) считаются перспективными для бесконтактного интраоперационного измерения перфузии тканей. Среди них наиболее перспективным для клинического применения является метод флуоресцентной визуализации – ICG-флуоресцентной ангиографии, который позволяет проводить перфузионное картирование в реальном времени с высоким пространственным разрешением. Применение этого метода в клинической практике помогает хирургам оптимизировать уровень резекции и валидировать состояние анастомоза. В последние годы появляются разработки полуколичественной и количественной оценки флуоресценции, в том числе и отечественного производства.

Визуализирующая фотоплетизмография – это оптический метод, при котором обычная видеокамера используется для обнаружения крошечных модуляций, связанных с пульсацией крови в сосудах. Этот метод бесконтактен, чрезвычайно прост и не влияет на гемодинамические процессы в живых органах. Это новый метод, который позволяет воспринимать сигналы во внешних слоях кожи. Эксперименты и первые клинические результаты показывают, что нормализованная амплитуда и форма волны фотоплетизмографии может рассматриваться как показатель перфузии.

В докладе представлен первый опыт клиники по использованию методов количественной оценки перфузии тканей в абдоминальной хирургии. Представлены варианты проведения количественной оценки перфузионных показателей при абдоминальных вмешательствах с реконструктивным компонентом: варианты гастрэктомии, операции на ободочной и прямой кишке. Продемонстрированы возможности как открытой, так и

лапароскопической оценки параметров кровообращения кишки. Обсуждаются преимущества и недостатки методов, а также перспективы их использования в других областях хирургии.

Ответы на вопросы.

Профессор Б. В. Сигуа: Коррелируете ли уровень перфузии с артериальным давлением?

– Обязательно коррелируем.

Профессор Б. В. Сигуа: Бывает ли, что уровень перфузии замечателен, а несостоятельность анастомоза наступила?

– Да, бывает.

Профессор Р. Г. Аванесян (председатель): Не всегда удается доказать положительные явления перфузии.

Профессор П. Н. Ромашенко: Качественная и количественная оценка перфузии обязательно обе или и одной может быть достаточно?

– Сложно ответить на этот вопрос. Обе методики информативны. В одном случае глазом видим, а во втором цифры. Кажется, цифровая дает больше информации.

Профессор П. Н. Ромашенко: Эти 2 методики совпадают по времени?

– Практически ожидания нет, только построение перфузионной карты требует 2 минуты; т. е. либо онлайн, либо 2 минуты.

Прения

Профессор Р. Г. Аванесян (председатель): Очень актуальный доклад. Чем больше методов визуализации в хирургии, тем лучше. Осложнений намного меньше. Большое спасибо за доклад.

Поступил в редакцию 22.12.2023 г.

2583-е заседание 10 января 2024 г.

Председатели – профессор Василевский Дмитрий Игоревич, Аветисян Армен Оникович

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А. С. Петров, М. А. Атюков, О. А. Жемчужова-Зеленова, О. В. Новикова, И. Ю. Земцова, М. С. Мартынихина, С. А. Мищеряков, А. В. Мыслик, П. К. Яблонский (Санкт-Петербургский государственный университет, СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2», Онкоцентр им. Н. П. Напалкова). **Случай успешного лечения центрального плоскоклеточного рака правого легкого с переходом на правый главный бронх и трахею, осложненного жизнеугрожающим легочным кровотечением.**

Цель демонстрации – показать успешное и эффективное взаимодействие торакальных хирургов, специалистов многопрофильного стационара и онкологов в лечении пациента с погранично резектабельным местно-распространенным центральным раком правого легкого с переходом на трахею, осложненным легочным кровотечением.

В большинстве современных практических рекомендаций ведущих онкологических сообществ не отражено влияние клинко-анатомической формы рака легкого на тактику лечения. Вместе с тем, центральная локализация опухоли требует более дифференцированного подхода к лечению. Например, такое частое осложнение центрального рака, как легочное кровотечение, в значительной степени ограничивает использование химиолучевой терапии, а вопрос о хирургическом вмешательстве становится более актуальным. С другой стороны, серьезным препятствием для выполнения радикальной операции у подобных пациентов зачастую становится распространение опухоли на главный бронх и трахею.

В ноябре 2022 г., пациент И., 66 лет, проходил амбулаторное обследование в связи с подозрением на центральный рак

правого легкого. При бронхоскопии у пациента развилось жизнеугрожающее легочное кровотечение, в экстренном порядке больной был доставлен в ГМПБ № 2. При поступлении пациенту выполнена ригидная бронхоскопия, при которой подтверждено наличие центральной опухоли правого верхнедолевого бронха с переходом на правый главный бронх и трахею, выполнен консервативный гемостаз. В стационаре пациент был комплексно обследован, установлена клиническая стадия опухоли cT4N1M0 (IIIA), оценены функциональные резервы. В связи с рецидивом легочного кровотечения 15.11.2023 г. пациент был оперирован по срочным показаниям. Пациенту выполнено радикальное органосохраняющее вмешательство в объеме бронхопластической верхней лобэктомии справа с резекцией бифуркации трахеи из цервико-торакотомного доступа. Течение раннего послеоперационного периода сопровождалось развитием серьезных нехирургических осложнений (ОРДС, ТЭЛА, бронхообструктивный синдром, ДН-III ст., ОИМ II типа), что потребовало лечения в специализированной кардио-респираторной реанимации и участия различных специалистов многопрофильного стационара. С ранними осложнениями удалось справиться в короткие сроки, выписать пациента в удовлетворительном состоянии и направить в Онкоцентр им. Н. П. Напалкова для проведения адъювантной химиотерапии в рамках комплексного лечения рака легкого. Пациенту проведено 3 курса химиотерапии (карбоплатин + паклитаксел). В апреле 2023 г. у больного был выявлен остеомиелит 4-го ребра справа, что потребовало хирургического вмешательства в условиях отделения торакальной хирургии ГМПБ № 2. При углубленном контрольном обследовании через 10 месяцев после операции на правом легком признаков прогрессирования опухоли или рецидива остеомиелита не выявлено. Отмечено хорошее качество жизни пациента и улучшение параметров функции дыхания.

Ответы на вопросы.

Профессор Е. В. Левченко: Почему делали жесткую ФБС, а не мягкую?

– Выполняли для перестраховки.

Профессор Е. В. Левченко: Какой шовный материал использовали?

– Использовали пролен.

Профессор Е. В. Левченко: Это осознанный выбор?

– Да, осознанный.

Профессор Е. В. Левченко: Почему начали с медиастиноскопии?

– Мы полностью мобилизуем трахею, она становится более мобильной, а также взяли лимфоузлы для экстренной биопсии и только после этого выполнили боковую торакотомию. Профессор В. Ю. Пищик: Что явилось источником кровотечения во время ФБС?

– Кровотечение из опухоли.

Профессор В. Ю. Пищик: 3 цикла адъювантной химиотерапии – это решение химиотерапевта?

– Да.

Профессор А. А. Завражнов: Какова основная причина возникновения остеомиелита?

– Полагаем, что это в связи с длительным использованием ранорасширителя.

Доцент М. А. Аскеров: Острый инфаркт миокарда 2 типа. А выполнялась ли пациенту до операции коронарография?

– Учитывая анамнез и возможность осложнений, рисковать с нагрузочными тестами в данном случае не стали.

Прения

Профессор Е. В. Левченко: Хочется поздравить команду с таким хорошим результатом. Замечательно, что пациент

выжил после тромбэмболии, это потому, что вы оставили ему $\frac{2}{3}$ правого легкого. Если бы выполнили пульмонэктомию и возникло такое осложнение, пациент бы погиб. Вы выполнили замечательную операцию в данной ситуации. Поздравляю вас, что вы стали на этот сложный путь. У нас действительно хорошая школа и есть продолжение.

Профессор В. Ю. Пищик: Очень часто у пациентов, которым в предоперационном периоде проводилась химиотерапия, возникают гнойные осложнения, в данной ситуации остеомиелит. Пациенту повезло, что он оказался в вашем стационаре, и команда справилась со столь сложной выбранной тактикой лечения данного пациента. В таком состоянии при возникшем кровотечении в экстренном порядке онкологические стационары принять его бы не смогли. Время могло быть упущено, и пациент мог бы погибнуть.

Профессор А. О. Аветисян (председатель): Хочу поздравить команду с таким хорошим результатом. Вы выбрали самый трудный путь, который не соответствовал стандартам, и выполнили прекрасную операцию, получив замечательный результат. Спасибо.

2. Б. В. Сигуа, А. А. Курков, Э. Л. Латария, О. П. Козлова, Д. В. Гуржий, С. А. Винничук, А. Л. Ефимов, В. П. Земляной (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова МЗ РФ, кафедра факультетской хирургии им. И. И. Грекова). **Хирургическая тактика лечения пациентки с актиномикозом толстой кишки, осложненным формированием колоректального свища.**

Цель демонстрации – показать трудности первичной диагностики актиномикоза ввиду схожести клинических проявлений и данных инструментальных исследований с аналогичными при опухолевых заболеваниях, а также необходимость поэтапного мультидисциплинарного лечебно-диагностического подхода при лечении воспалительно-инфильтративных заболеваний брюшной полости, от реализации которого во многом и зависит результат лечения.

Пациентка Ш., 58 лет, в марте 2020 г. в связи с появлением болей в нижних отделах живота обратилась к гинекологу по месту жительства. По результатам МРТ описана картина опухолевого инфильтрата в полости малого таза размерами 105×55 мм, распространяющегося на верхнеампулярный отдел прямой кишки, сигмовидную кишку, петли тонкой кишки, заднюю стенку матки, левый мочеточник, выявлены признаки карциноматоза брюшины, поражение параколярных и подвздошных лимфатических узлов, подозрительное на вторичный генез. С целью уточнения характера заболевания была выполнена диагностическая лапароскопия, биопсия опухолевого инфильтрата, однако гистологические исследования оказались неинформативными.

С целью дальнейшего диагностического поиска 09.06.2020 г. была выполнена трепан-биопсия опухоли малого таза с помощью КТ-навигации. По результатам гистологического исследования – фрагменты фиброзной и жировой ткани с очагом лимфоидной и гистиоцитарной инфильтрации, скоплениями сидерофагов и пенистых макрофагов. Лишь после пересмотра материала в НИИ медицинской микологии им. П. Н. Кашкина был установлен окончательный диагноз – актиномикоз мягких тканей малого таза. Пациентке начата антибактериальная терапия. В течение 1,5 лет размеры инфильтрата уменьшились до 34×21 мм.

В марте 2022 г. у пациентки появились жалобы на повышение температуры тела до 39,5 °С, появление крови и примеси каловых масс в моче, отхождение газов через мочеиспускательный канал. При ФКС было констатировано наличие колоректального свища. После курса антибактериальной терапии принято решение о хирургическом лечении.

11 апреля 2022 г. выполнена операция – лапаротомия, вскрытие параректального абсцесса, обструктивная резекция прямой кишки, резекция подвздошной кишки, аппендэктомия, двухсторонняя тубэктомия, санация, дренирование брюшной полости. Интраоперационных данных за функционирующий свищ получено не было. Послеоперационный период протекал без осложнений. По результатам гистологического исследования – хронический трансмуральный гранулематозный колит.

Через 6 месяцев в плановом порядке была выполнена реконструктивная операция по восстановлению непрерывности толстой кишки. Послеоперационный период протекал гладко. В удовлетворительном состоянии пациентка выписана на 9-е сутки после операции.

Ответы на вопросы.

Профессор В. Г. Пищик: Как часто в вашем лечебном учреждении встречается данная патология – актиномикоз кишечника?

– У нас относительно часто, так как наше отделение специализируется на лечении данной патологии. В основном встречается у женщин. У данной пациентки провоцирующим фактором, видимо, явилась внутриматочная спираль (контрацепция), которая у нее стояла 30 лет, и ее удалили за 2 месяца до этого.

Профессор В. Г. Пищик: Какой риск возникновения рецидива у данной пациентки?

– Если пациентка будет получать антибактериальную терапию – 1 %, если не будет получать, то до 30 %.

Профессор В. Г. Пищик: Для установления диагноза обязательно требуется биопсия?

– Да. Выполняется окрашивание препарата, и после этого осуществляется специфический анализ с друзьями.

Профессор П. К. Яблонский: Что является критерием радикальной операции?

– К сожалению, ответить на данный вопрос не могу.

Профессор А. Е. Демко: Выполнялась ли биопсия краев кишки при реконструктивной операции?

– Нет, только МРТ.

Профессор Д. И. Василевский: Пациент принимал долговременную антибактериальную терапию, а что является показанием к хирургическому лечению?

– Как только устанавливается диагноз – пациент направляется к хирургу. Удавалось вылечить антибактериальными препаратами только детей.

Прения

Профессор В. Ю. Пищик: Поздравляю команду, которая предоставила этот случай с успехом. Это действительно крайне редкая патология. Последние 25 лет мы практически не встречались с висцеральным актиномикозом. Это редкий случай. Подобные наблюдения необходимо обсуждать на заседаниях Пироговского общества.

Профессор П. К. Яблонский: Это уникальное наблюдение. К сожалению, не все решено и у микологов. Это инфекционное заболевание. И говорить только о хирургическом лечении не совсем правильно. Мы увидели хороший результат на антибактериальную терапию и в данной ситуации нужно говорить о хирургическом лечении только при возникновении хирургических осложнений.

Профессор Е.В. Левченко: Тактика онкологов, которые настаивают на обязательной верификации типа опухоли – абсолютно правильная. В данной ситуации онкологи даже для верификации привлекли микологов – абсолютно верное решение.

З. Р. Г. Аванесян, М. П. Королев, Л. Е. Федотов, Д. С. Русанов, Г. Р. Аванесян (ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, СПбГБУЗ «Городская Мариинская боль-

ница»). **«Сложный» холедохолитиаз. Все ли задачи решает минимально инвазивная хирургия?**

Цель доклада – улучшение результатов лечения больных «сложным» холедохолитиазом путем дифференциального применения минимально инвазивных операций, выбора оптимального доступа к внепеченочным и внутрипеченочным протокам.

Развитие внутрипросветной эндоскопии и чрескожных эндобилиарных вмешательств в современных условиях позволило значительно уменьшить количество лапароскопических и традиционных операций при холангиолитиазе.

В настоящее время неоспорим факт приоритета ретроградных эндоскопических вмешательств при стандартном холедохолитиазе. Применение различных литотрипторов, которые фрагментируют конкременты, используя механическое, лазерное или ударно-волновое воздействие, решило проблему литоэкстракции при «крупном» холедохолитиазе. Видеоассистирование при ретроградной эндоскопической литоэкстракции с применением современной системы SpyGlass у пациентов с множественным холангиолитиазом при внутри- и внепеченочном расположении конкрементов в желчных протоках дает возможность с успехом решать столь сложную проблему.

С другой стороны, в клинической практике встречаются ситуации, когда применение всего арсенала ретроградных методик экстракции конкрементов из желчевыводящих путей не позволяет добиться положительного результата. Подобные варианты получили в литературе собирательное название «сложный» холедохолитиаз.

«Сложный» холедохолитиаз – это наличие конкрементов в желчных протоках при определенных клинических ситуациях, при которых ретроградная эндоскопическая холедохолитоэкстракция или технически невозможна, или непереносима по тяжести состояния пациента. К таковым клиническим случаям мы относим:

1) пациенты с высокими показателями билирубина, печеночной недостаточностью, механической желтухой класса С по Э. И. Гальперину;

2) холедохолитиаз (в том числе и резидуальный), при котором эндоскопическая литоэкстракция невозможна или невыполнима по тяжести состояния больного;

3) технические трудности при канюляции БСДПК, проведении проводника или иного манипулятора ретроградно в просвет желчных протоков;

4) вклинение корзинки Дормиа с конкрементом в желчных протоках;

5) перенесенные ранее операции, при котором доставка эндоскопа к БСДПК невозможна технически;

6) неудаляемые с помощью корзинки Дормиа или различных литотрипторов конкременты из просвета желчного протока.

Применение комбинированного – антеградного чрескожного и ретроградного эндоскопического доступа в подавляющем большинстве случаев позволяет удалить конкременты при «сложном» холедохолитиазе.

В докладе представлен опыт клиники по использованию комбинированных методов минимально инвазивной литоэкстракции при «сложном» холедохолитиазе. Из более чем 4000 минимально инвазивных операций при холедохолитиазе в 198 случаях встречались пациенты со «сложным» холедохолитиазом. Представлены различные варианты применения комбинированных доступов к желчным протокам при удалении конкрементов в сложноступных отделах желчных протоков. Также продемонстрированы преимущества и недостатки применения современных методов внутрипротоковой визуализации при холедохолитоэкстракции с применением системы SpyGlass.

В 5 случаях из 198 пациентов «сложным» холедохолитиазом выполнены традиционные операции. Причины, аргументация необходимости отказа от минимально инвазивных операций в некоторых клинических ситуациях будут представлены на обсуждение после демонстрации материала.

Ответы на вопросы.

Профессор А. А. Завражнов: Болезнь Короли – это «сложный» холедохолитиаз?

– Да, это очень «сложный» холедохолитиаз. Единственным эффективным методом лечения является трансплантация печени.

Профессор А. Е. Демко: Встречаются пациенты с конкрементами в желчном пузыре и в протоках. Есть ли у вас опыт гибридных операций?

– Я согласен, что необходимо использовать гибридные операции. Мы обычно выполняем папиллосфинктеротомию; а на следующий день – лапароскопическую холецистэктомию.

Профессор А. Е. Демко: Ваша клиника не сторонник одномоментного выполнения операций?

– При сложных ситуациях – да.

Профессор В. А. Кашенко: Любой холедохолитиаз можно вылечить с помощью SpyGlass, что говорят эндоскописты?

– Должен быть очень высококлассный специалист, чтобы использовать данную методику.

Прения

Профессор Н. Ю. Коханенко: На этой кафедре сформировалась уникальная команда, которая владеет минимально инвазивной хирургией и серьезными открытыми операциями. На этой кафедре и в этом отделении все меньше и меньше открытых операций. Хотя в городе их еще много. Это вообще уникальный материал. И я поздравляю авторов.

Профессор К. В. Павелец: Я не согласен, что большая хирургия умрет. Я бы этот доклад разделил на 6 частей. Рубен Галиевич здесь собрал все. Они делают много уникальных вещей. Но не нужно забывать об осложнениях. Папиллосфинктеротомия в 45 % случаев – возникает острый панкреатит. Необходим индивидуальный подход и минимизация осложнений. SpyGlass сейчас используется только в четырех учреждениях города.

Профессор Л. Е. Федотов: Я 30 лет связан с панкреатодуоденальной зоной как эндоскопист. Осложнения возникают в 4–17 %. Предикторов острого панкреатита практически нет. Доказанных методов профилактики нет. Тема очень серьезная и ее необходимо развивать.

Профессор П. К. Яблонский: Авторитетнее этой команды в данной проблеме я в стране не знаю, но они очень скромные люди. Не важно, какую операцию и каким способом выполняем. Главное, чтобы именно эта операция была необходима пациенту. Хочу еще раз поблагодарить команду за их труд.

Профессор Д. И. Василевский (председатель): Разрешите присоединиться к выступающим и еще раз поблагодарить всех докладчиков и тех, кто пришел послушать столь интересные выступления.

Поступил в редакцию 11.01.2024 г.

2584-е заседание 24 января 2024 г.

Председатель – профессор Бадри Валериевич Сигуа

ДЕМОНСТРАЦИИ

А. А. Завражнов, И. А. Соловьев, О. Ю. Боско, И. Г. Камышанская, Р. Г. Аванесян, М. Ю. Плетнев, А. С. Кудашкина, А. Р. Караханян (СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», Клиника ММЦ ВТ «Белоостров», ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический универси-

тет» Минздрава России, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ). Случай успешного лечения первичного некроза круглой связки печени у больной пожилого возраста.

Цель демонстрации – показать редкое наблюдение успешного лечения первичного идиопатического некроза круглой связки.

Пациентка Н., 91 года, поступила 23.05.2023 г. в стационарное отделение скорой медицинской помощи СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница». Жалобы на боль в эпигастриальной области в течение 2 дней. Живот не вздут, мягкий, печеночная тупость сохранена, желчный пузырь не пальпируется, перистальтика выслушивается. Хронические заболевания: ИБС. АКС. Гипертоническая болезнь III, контролируемая артериальная гипертензия, риск ССО 3. Пароксизм ФП неизвестной давности. Лабораторные показатели: Лейкоциты $11,16 \times 10^9/\text{л}$, Амилаза 151 Ед/л, С-реактивный белок 322,2 мг/л, Д-димеры HS 4509 нг/мл. Прокальцитонин тест 0,379 нг/мл. Рентгенография – свободного газа и кишечных уровней в брюшной полости нет. УЗИ ОБП – ЖКБ. Конкременты желчного пузыря. Холедохолитиаз? Диффузные изменения поджелудочной железы. МСКТ ОБП – ЖКБ: конкременты терминального отдела холедоха. Умеренно выраженное расширение желчных протоков. Уплотнение перипортальной клетчатки и клетчатки по ходу круглой связки печени, жидкость перивезикально. Несмотря на проводимое лечение, состояние больной с отрицательной динамикой в виде прогрессирования ССВР. Выполнено МРТ брюшной полости: картина внебрюшинного инфильтрата с вовлечением клетчатки по ходу круглой связки печени. 29.05.2023 г. операция: верхне-срединная лапаротомия. Иссечение некротизированной круглой связки печени, мечевидного отростка, ретростеральной клетчатки переднего нижнего средостения. Холецистэктомию. Дренирование брюшной полости. Медиастинолапаротомия. В последующем выполнялись этапные хирургические вмешательства в объеме видеоассистированных некрсеквестрэктомий (31.05.2023 г., 02.06.2023 г., 05.06.2023 г., 09.06.2023 г., 13.06.2023 г.), ведение больной на NPWT системах, дренирование п/о раны. Длительное (19 дней) лечение в условиях ОРИТ. По стабилизации состояния была переведена в отделение раневой инфекции. Остаточная полость переднего средостения сократилась. Выписана на 58 сутки с дренажем Редона. Проводились амбулаторные осмотры, перевязки, еще через 3 недели дренаж удален. В настоящее время чувствует себя удовлетворительно.

Ответы на вопросы.

Канд. мед. наук А. М. Белоусов: Спасибо за прекрасную демонстрацию. Когда вы установили диагноз «Некроз круглой связки печени?».

– При поступлении было выполнено КТ – обнаружено уплотнение клетчатки, данных за инфильтрацию не получено. Учитывая наличие ЖКБ и повышение уровня амилазы крови, нами это было расценено как билиарный панкреатит. Но через 3 дня при повторном КТ выявили инфильтративные изменения без жидкостных образований в этой области. После чего выполнили МРТ живота, и доблестные врачи лучевой диагностики установили диагноз.

Доцент В. И. Кулагин: Как связываете наличие медиастинита и некроза круглой связки печени?

– Учитывая то, что интраоперационно установлено распространение инфильтрата на переднее нижнее средостение, и по данным КТ и МРТ нам давали заключение, что есть медиастинит. Воспалительный процесс перешел на переднее нижнее средостение от круглой связки печени.

Канд. мед. наук А. О. Аветисян: Замечательная демонстрация. Был ли перикардит? Выполняли пункцию перикарда или лечили консервативно?

– Консервативно.

Канд. мед. наук А. О. Аветисян: Холедохолитиаз. Была ли ревизия холедоха?

– По МРТ данных за наличие конкрементов в холедохе не было, поэтому ревизию не проводили.

Канд. мед. наук П. Н. Яковлев: Какие взгляды на этиологию этого заболевания?

– Этиология по литературным данным на настоящее время не известна.

Канд. мед. наук П. Н. Яковлев: Было ли гистологическое заключение?

– Гистология: некроз жировой клетчатки.

Канд. мед. наук П. Н. Яковлев: Делали ли посевы?

– Да, по первому посеву стафилококк в скудном росте менее 10^3 , в последующих посевах роста выявлено не было.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): В истории болезни, при сборе анамнеза, было указано на факт травмы, что она падала на живот несколько раз перед поступлением?

– К сожалению, нет. При поступлении у пациентки была выраженная энцефалопатия, которая в дальнейшем усугублялась нарастающей интоксикацией.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): При поступлении пациентке выполняли обзорную рентгенографию груди. При ретроспективном анализе данного снимка можно ли было заподозрить медиастинит?

– Да, была выявлена кардиомегалия. Можно было заподозрить медиастинит.

Прения

Профессор А. А. Завражнов: Спасибо за высокую оценку проведенного лечения. Мы были в затруднительном состоянии. Первые мысли были о деструктивном холецистите, при котором в процесс была вовлечена круглая связка печени. Но когда деструктивный процесс исключили, несмотря на наличие ЖКБ, начали думать о патологии круглой связки печени. Я ранее занимался круглой связкой печени и реканализацией печеночных вен для проведения целенаправленной селективной гепатотропной терапии, поэтому не исключал тромбоз-флебит с парафлебитом печеночных вен с формированием инфильтрата и поэтому лечили консервативно. Но когда процесс стал распространяться на переднее нижнее средостение в динамике, мы увидели, что ждать нечего, и приняли решение о хирургическом лечении. Безусловно, это некроз сосудистого происхождения. Ишемия участка ткани и его гибель явилось показанием к операции. Я не могу предположить этиологию этого процесса. Спасибо специалистам лучевой диагностики – они настаивали, что это изолированный процесс круглой связки печени. Мы проанализировали литературу и действительно нашли описание 10 случаев такого изолированного некроза круглой связки печени. Лечили как обычный некротический процесс по принципу лечения раневой инфекции. Повторные вторичные хирургические обработки с открытым дренированием, с использованием отрицательного давления, очищением. Для того, чтобы не увеличивать травматичность доступа к переднему средостению, использовали эндовидеохирургическую поддержку – медиастиноскопию. Что, в конце концов, привело к положительному результату.

Доцент В. И. Кулагин: То, что мы сегодня увидели – это, конечно, какая-то редкая и необычная болезнь. В 2020 г. был опубликован американский отчет о 44 наблюдениях некроза круглой связки печени. 70 % были оперированы, остальные лечились консервативно. Из 44 только у одного пациента был первичный некроз круглой связки печени. Если это первичный некроз, то это, наверное, второй случай. Но на самом деле это осложнение встречается не так редко. Когда оперируем

больных с панкреатитом, с панкреанекрозом, когда возникают секвестры, то часто видим некроз круглой связки печени. И он желтого цвета, выглядит как обычный гной. Такая патология встречается часто. Здесь картина совершенно иная. Круглая связка черного цвета, значительно утолщена в объеме – очевидный некроз. Скорее всего, он связан с травмой.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Первичный некроз круглой связки печени встречается чрезвычайно редко. Чаше, безусловно, как осложнение деструктивного холецистита и панкреатита. Первичный некроз круглой связки печени вне этих патологических состояний встречается крайне редко. Диагностический стандарт – это КТ и МРТ, но это тоже не всегда дает положительный результат. Меня больше интересует, как патофизиологически связаны эти три процесса: некроз круглой связки печени, некроз мечевидного отростка и медиастинит? Лимфогенно они связаны быть не могут. Гематогенно? Тогда за скобки вынесен первоисточник, который не обнаружен, и пациентка поправилась. Если посмотреть на данный клинический случай со стороны медиастинита, то многие авторы пишут, что при возникновении травмы и хронической травмы может развиваться остеомиелит мечевидного отростка, который приводит к возникновению медиастинита и в таком случае все выстраивается в логическую цепочку. В завершение я хотел бы поздравить коллег с успешным случаем лечения столь редкой патологии у больной старческого возраста. Пациентка 91 года поправилась, пришла поблагодарить своих докторов.

2. А. В. Михайлов, С. А. Караваева, Кянксен А. Н., Ю. В. Леваднев (СПбГБУЗ «Родильный дом № 17», СПбГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий», ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»). **Мультидисциплинарное взаимодействие при критической акушерской ситуации. Экстренная exit-процедура (клинический случай).**

Цель демонстрации – представить редкий клинический случай, когда в критической акушерской ситуации взаимодействие акушеров-гинекологов, неонатальных хирургов, реаниматологов и анестезиологов позволило сохранить жизнь ребенку и его матери.

Повторно беременная женщина самостоятельно обратилась в родовспомогательное учреждение в 1 час ночи с регулярными схватками в потугах. Из приемного отделения женщина была сразу доставлена в родильный зал. Однако при рождении ребенка через естественные родовые пути он «частично родился» только до уровня пупочного кольца, после чего произошла полная остановка процесса изгнания плода из родового канала. После этого у ребенка появились самостоятельное дыхание и спонтанный крик, поэтому были лигированы сосуды пуповины, и пуповина пересечена.

При трансабдоминальном УЗИ в области тазового конца плода было обнаружено опухолевое образование размером более 15 см в диаметре, которое являлось препятствием для завершения процесса рождения ребенка. В учреждение вызван главный врач, заместитель по неонатологии и детский хирург. В целях предотвращения преждевременной отслойки плаценты было решено произвести экстренную Exit-процедуру: было выполнено экстренное кесарево сечение, однако из-за больших размеров опухоли попытки содействия полному рождению плода оказались безуспешными. Плод был интубирован, произведена катетеризация пупочной вены, что позволило обезболить пациента (в/в введен фентанил) и начата искусственная вентиляция легких плода. Совместно оперирующим акушером-гинекологом и неонатальным хирургом было принято решение об интраоперационной внутриматочной резекции опухоли, что позволило удалить часть опухоли

и извлечь плод женского пола через естественные родовые пути. Масса ребенка 3680 г. Состояние новорожденной было расценено как очень тяжелое за счет анемии (Hb – 105 г/л). Девочка после осуществления полного гемостаза была незамедлительно транспортирована реанимационной неонатальной бригадой в отделение реанимации новорожденных ДГБ № 1, где после стабилизации ее состояния была выполнена радикальная операция по удалению резидуальной опухолевой ткани. Хирургическая тактика была согласована с детским онкологом. Послеоперационное течение гладкое. Рана зажила первичным натяжением.

Гистологическая картина опухоли – незрелая тератома. На 26-е сутки ребенок переведен в отделение химиотерапии. Однако от проведения курса химиотерапии мать отказалась. В онкодиспансере ребенок наблюдался не регулярно, но в течение 3 лет этого наблюдения данных за рецидив опухоли не было.

Ответы на вопросы.

Профессор Н. А. Бубнова: Спасибо за блестящую интересную демонстрацию. Кто придумал название Exit-процедура? Кто автор?

– Зарубежные авторы. Изначально это было придумано в 1970 г. для фетальной (внутриутробной) хирургии диафрагмальных грыж. Кто автор, к сожалению, сейчас сказать не могу.

Канд. мед. наук А. О. Аветисян: Фантастическая демонстрация. В вашей практике или по данным литературы был ли безуспешный случай?

– В нашей практике не было, но в литературе описывают, когда все сделали, а ребенок погибает.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): По протоколу положено выполнять УЗИ пациенткам, которые поступают самотеком?

– Не могу ответить.

Отвечает профессор С. А. Караваева: Этой женщине УЗИ просто не успели выполнить. А вообще сейчас независимо от того, что описано в предыдущих скрининговых исследованиях, все равно при поступлении УЗИ выполняют обязательно. В данном случае у нас другого выхода не было. Пациентка просто погибла бы. Были ли неудачные случаи? Конечно бывали.

Прения

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): В середине 80-х гг. XX века Маргарет Тэтчер, будучи премьер-министром Великобритании, держала ответ перед парламентом за смерть новорожденного. Это как нельзя лучше демонстрирует отношение общества в целом к неонатологии. А кроме того, следует отметить, что уровень оказания неонатальной помощи всегда является очень чувствительным лакмусом, который позволяет определить в целом уровень оказания медицинской помощи в стране. После этого доклада полеты в космос не кажутся чудом. Доктора оказались в крайне тяжелой ситуации и их смелость позволила спасти две жизни и мне кажется, что здесь даже добавить больше нечего. А уровень оказания неонатальной помощи в нашем городе оказывается на очень высоком уровне и это очень приятно. Еще раз благодарим вас. Спасибо большое.

З. Т. К. Немилова, А. В. Казан, А. В. Гостимский, С. А. Караваева, А. Н. Котин (СПбГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий», ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения РФ, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Министерства здравоохранения РФ). **От неонатальных хирургов – в руки специалистов «взрослой» медицины.**

Цель доклада – представить опыт и возможности лечения детей с МВПР в многопрофильном детском стационаре, выделив группу пациентов, требующих длительной диспансеризации.

Ключевые слова: новорожденный ребенок, врожденные пороки сердца, экстракардиальная патология, множественные пороки развития, VACTERL-ассоциация.

Актуальность. По данным Европейского регистра врожденных пороков развития (ВПР) — EUROCAT, общая частота ВПР колеблется в пределах 20–50:1000 рождений ежегодно. В таком мегаполисе, как Санкт-Петербург, каждый год появляется около 3000 малышей с аномалиями развития, из которых 10–12 % относятся к «большим» порокам, требующим раннего постнатального лечения. Значимое количество детей имеют множественные пороки развития (МВПР). Несмотря на очевидные успехи неонатальной медицины, позволяющие добиться хорошего качества жизни у большинства наших пациентов, часть детей сохраняют зависимость от медицинских процедур, нуждаются в длительном, иногда пожизненном наблюдении профильных специалистов. В связи с этим крайне важна преемственность в сопровождении этих пациентов, особенно на этапе перехода от педиатрических служб во «взрослую» медицину.

Цель исследования – представить опыт и возможности лечения детей с МВПР в многопрофильном детском стационаре, выделив группу пациентов, требующих длительной диспансеризации.

Методы и материалы. С 2020 по 2022 г. в центре лечилось 2432 новорожденных ребенка с врожденными пороками развития, из которых 531 ребенок имел МВПР. В 78 % случаев пороки были диагностированы антенатально, 108 семьям было предложено прерывание беременности в связи с пороками плода, несовместимыми с жизнью или приводящими к тяжелой инвалидности.

Наиболее тяжелые и жизнеопасные комбинации пороков включали пороки сердца, которые требовали раннего постнатального лечения (n=147). В подавляющем числе случаев это были ductus-зависимые пороки. В структуре этих МВПР неполную VACTERL-ассоциацию, в том числе атрезию пищевода и/или аноректальный порок+ВПС имели 22 ребенка, сочетание ВПС с дуоденальной непроходимостью и синдромом Дауна – 9 случаев, пороки развития кишечника+ВПС – 4 пациента, пороки развития передней брюшной стенки – 6 детей, диафрагмальная грыжа – 7 пациентов. У 99 детей с МВПР раннего лечения требовал только ВПС, остальные пороки не нарушали жизнедеятельность организма и не требовали лечения в периоде новорожденности.

Результаты и обсуждение. Среди детей с ВПР летальность в течение последних 3 лет колеблется от 2,5 до 3 %. При ряде аномалий она крайне низкая или отсутствует полностью, например, при тонкокишечной непроходимости, пороках развития передней брюшной стенки (омфалоцеле, гастрошизис), аноректальных пороках, пороках пищевода, пороках легких и др. Максимально высокую летальность дают дети с диафрагмальной грыжей (~25 %) и такой тяжелой приобретенной патологией, как некротический энтероколит (~22–26 %). Несмотря на высокую выживаемость пациентов с ВПР, не все они могут быть социально адаптированы и иногда требуют длительного, иногда пожизненного, медицинского сопровождения. Этих детей можно разделить на 3 группы: больные с тяжелыми аноректальными пороками (АРП) – около 4 % всех АРП; пациенты после пищеводазамещающих операций – менее 1 %; дети с синдромом «короткой кишки» и невозможностью кишечной адаптации.

Наблюдение за этими пациентами, их медицинское сопровождение в детском возрасте осуществляется командой врачей

разных специальностей, которые могут способствовать улучшению качества их жизни, вовремя диагностировать и корригировать возникающие с возрастом ребенка осложнения основного заболевания или сопутствующей патологии. Например, за последние 2 года во взрослую сеть переданы 3 подростка со следующими существующими проблемами: 1. Девушка 18 лет родилась с МВПР – клоака 3 типа, миелодисплазия поясничных сегментов спинного мозга, двусторонний уретерогидронефроз, терминальная стадия слева. На первом году жизни прошла этапное хирургическое лечение клоаки, рефлексизирующих мегауретеров. В дальнейшем у ребенка отмечалось недержание кала, дефекация только на фоне переполнения кишки, тяжелый рецидивирующий пиелонефрит. К 17 годам развилась почечная недостаточность, потребовавшая заместительной терапии. Находится в листе ожидания на трансплантацию почки. 2. Девушка 18 лет родилась с синдромом Ледда, в наш стационар поступила на 6-е сутки жизни, прооперирована, была выполнена субтотальная резекция тонкой кишки. В дальнейшем сформировался синдром «короткой кишки». В возрасте 1 года была выполнена хирургическая элонгация кишки. Достичь кишечной автономии не удалось, находится на домашней парентеральном питании. 3. Юноша с тотальным аганглиозом толстой и терминального отдела тонкой кишки. Этапное хирургическое лечение. Операция Мартина в 1 год. Тяжелая форма пострезекционного синдрома.

К сожалению, адаптация наших пациентов к новым условиям диспансерного наблюдения проходит сложно. В основном это связано с тем, что они сталкиваются с необходимостью в основном самостоятельно организовывать это медицинское сопровождение.

Заключение. В лечении анализируемой группы пациентов огромное значение имеет возможность командной работы с участием врачей различных профилей, способных обеспечить своевременную диагностику всех пороков развития у пациента, разработать оптимальный план хирургического лечения с приоритетным устранением наиболее жизнеопасных компонентов МВПР. Важную роль в успешной реабилитации наших пациентов играет соблюдение законов преемственности наблюдения при переходе ребенка в структуру медицинских учреждений взрослой медицины.

Ответы на вопросы.

Профессор А. Е. Демко: Какой опыт у вас аутологических реконструктивных операций при синдроме тонкой кишки?

– У нас выполнено 6 СТЕР-пластик с хорошим результатом. Эти дети вышли в этап кишечной автономии.

Доцент В. И. Кулагин: Сталкивались ли вы в своей практике с проблемой грудного желудка и как она решается?

– Мы никогда не использовали ни желудочную трубку, ни перемещение желудка в грудную клетку. Такая традиционность связана с приверженностью загрудинной пластике пищевода. Опыт данных операций есть у наших московских коллег – профессора А. Ю. Разумовского. Своими результатами он доволен. Почему мы используем толстокишечный трансплантат – потому что темп роста толстой кишки соответствует темпу роста туловища ребенка и у нас редко возникают проблемы. И еще она для нас привычная и мы имели хорошие результаты, поэтому не меняли подход.

Профессор В. А. Кашенко: Скажите, пожалуйста, у нас во взрослой хирургии всеобщее развитие хирургических технологий, и мы иногда даже расстраиваемся, что выросло поколение хирургов, которые не видели открытой холецистэктомии. В детской хирургии какова доля эндовидеохирургических технологий и происходит ли какое-то смещение этой доли, ее возрастание? Очень много проходит таких работ, например, работы профессора Ю. А. Козлова из Иркутска. Такое

впечатление, что в педиатрии практически все оперируют эндовидеохирургически?

– Да, у нас та же самая проблема. Когда учатся те же самые червеобразные отростки убирать лапароскопически, но с трудом представляют открытую операцию. Грыжи у нас почти все оперируют лапароскопически, вес ребенка может быть до 1 кг.

Профессор Н. А. Бубнова: спасибо огромное за совершенно потрясающий доклад. У меня благодарность нашему Правлению. Давно мы на заседаниях нашего общества не слышали таких докладов. Теперь вопрос: у каких женщин – молодых первородящих или так называемых пожилых первородящих (старше 35 лет) чаще рождаются дети с пороками? Имеется ли тут какая-то закономерность? Когда нужно рожать – совсем в юном возрасте или в 30–35 лет?

– Рожать нужно по любви большой, тогда будет все хорошо. И сказать, в каком возрасте лучше рожать, мы не можем. Сейчас мы такой связи не наблюдаем. И у 20-летней может быть зачат плод, и у 35-летней. Сегодня шла речь о случаях после повторных ЭКО. У пациентки было 5 подсадов и после последней сформировалась гематома, что, возможно, и привело к данной патологии.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Скажите, пожалуйста, аномалии чаще изолированные или сочетанные? Например, атрезия пищевода и синдром Ледда?

– Атрезия пищевода чаще сочетанная (35 %), при аноректальных пороках почти у 100 % сочетанная (или проблемы позвоночника, или какие-то урологические особенности).

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Как вы формируете пищеводное соустье? Это отдельные узловое, однорядный или двурядный шов? Я знаю, что аппаратная хирургия не допустима в детской хирургии.

– Шейный анастомоз мы накладываем непрерывным однорядным швом с подслизистым выколом, стараемся не прокалывать; а вот нижний анастомоз – между трансплантатом и желудком формируем карман и однорядный шов, он ложится сверху и надежно покрывает ряд швов.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): При атрезии пищевода удается формировать пищеводно-пищеводный анастомоз?

– Да.

Канд. мед. наук А. О. Аветисян: Спасибо за очень интересный доклад. Скажите, пожалуйста, при пороках развития легких и средостения вы показывали фотографии с двухсторонним поражением. Какой доступ предпочитаете: этапная торакотомия, торакоскопия или стернотомия?

– Нет, мы стернотомически ни один из пороков не оперировали. Но на самом деле среди тех детей, которых мы показывали, не было двухсторонних поражений. Были отдаленные результаты, где есть такие сохраняющиеся небольшие воздушные ловушки; но все дети были с односторонним поражением. И был ребенок с тератомой средостения в левой половине. Так что мы из торакотомических доступов оперируем, а последние 2 года (2022–2023 гг.) почти всех оперировали торакоскопически.

Канд. мед. наук А. О. Аветисян: Однопросветная интубация или 2-просветная интубация?

– Однопросветная с применением повышенного давления.

Прения

Профессор А. А. Завражнов: У вас фантастические результаты лечения малышей, понимаю, сколько нужно иметь мужества, самообладания, хладнокровия детским хирургам для совершения спасающих многоэтапных, порой не приносящих удовлетворения операций, чтобы вернуть к жизни таких маленьких пациентов. Пройти сначала физическую, потом социальную адаптацию, которая требует участия всего

нашего общества. Когда я прочел аннотацию к докладу, у меня сложилось такое удручающее тяжелое впечатление, потому что, наверное, на одного спасенного приходится один пациент, в лечении которого испытываешь разочарование. И, тем не менее, доклад помимо восхищения наталкивает на размышления о дальнейшем развитии взрослой хирургии. Посмотрите, многие вещи, которые в детской хирургии выполнялись десятилетиями, мы сейчас экстраполируем во взрослую хирургию. В хирургии повреждений появилась тенденция к сохранению селезенки (неоперативное лечение). Селезенка – иммунокомпетентный орган, желательно, чтобы она функционировала до 18 лет. Мы нещадно с ней расправлялись, но переняли тактику неоперативного подхода, наблюдения, если кровотечение остановлено, и пожалуйста – сохранение органа. Сейчас мы широко это используем во взрослой хирургии. Отношение, извините, утрированно скажу, к голубому отростку: раньше, увидев голубой отросток, взрослые хирурги, конечно, от него избавлялись, тут же забывая, что это иммунокомпетентный орган и лимфоидная ткань, которая содержит для дифференциации Т и В лимфоцитов, особенно нужна в юном возрасте.

Сейчас, выполняя лапароскопию, особенно у женщин, и, видя неизменный отросток или выполняя КТ и не видя деструкции ткани, при подозрении на острый аппендицит лечим пациентов консервативно. Эти размышления позволяют нам продвинуть свои хирургические приемы у взрослых пациентов. Тем не менее, мы обращаем внимание детских хирургов на то, что ваши пациенты нуждаются в нашей хирургической помощи. Детские хирурги, исчерпав свои возможности, ждут взросления пациентов, чтобы передать их взрослым хирургам. А взрослые хирурги не могут госпитализировать в свои стационары пациентов младше 18 лет. Это проблема, которую нужно комплексно решать, но для этого необходимо изменить законодательство, что у нас считается детством, а что считается взрослой хирургией. Спасибо за такой прекрасный доклад, который позволяет нам расширить наш профессиональный кругозор.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель). Глубокоуважаемые коллеги! Выражаем большую признательность Правлению, которому удалось сформировать и провести мультидисциплинарное заседание. И это уже не первый случай, когда мы приглашаем представителей детской хирургии. Конечно, это процесс взаимообогащающий. Что-то подсматриваем мы, что-то подсматривают у нас. Хотел бы сказать вот о чем: конечно, очень много пришло сейчас из детской хирургии во взрослую хирургию, и Анатолий Анатольевич прекрасно об этом сказал. Есть еще одна проблема, взять все из детской хирургии и привнести ее во взрослую хирургию, к сожалению, тоже не получится, потому что биологические резервы ребенка совершенно другие. То, что можно сделать в детской хирургии, боюсь, не всегда можно реализовать во взрослой хирургии. У нас бич – это пищеводные анастомозы, несостоятельность анастомозов довольно высокая. В детской хирургии это, оказывается, эксклюзив. При этом очень много аспектов, которые мы переняли за последние 10 лет и используем. Точно так же детские хирурги могут что-то перенять из взрослой хирургии. Например, в последнее время детские хирурги чаще стали санировать и дренировать брюшную полость при перитоните. Раньше был несколько иной подход: брюшная полость просто осушалась и не всегда дренировалась. И вторая часть моего выступления – то, к чему приурочен яркий и блестящий доклад. Светлана Александровна вскрыла целый пласт проблем. Это взаимоотношение между детской и взрослой медициной. К большому сожалению, тут педиатрия не исключение. У нас внутри взрослой сети также есть целый ряд проблем: отношения между хирургами и онкологами, между стационарной сетью и поликлинической, между городскими учреждениями и федеральными. Я очень надеюсь, что этот доклад подтолкнет представителей городской медицинской администрации и общественности к формированию нормативных документов, которые будут регулировать переход из детства во взрослую медицину. В завершение хотел бы сказать, что мы сегодня серьезным образом расширили свой кругозор. Я имею в виду взрослых хирургов.

Поступил в редакцию 28.02.2024 г.