

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Председатель Правления — Б.Н.Котив, ответственный секретарь — А.В.Слободяник,
референт — Ю.В.Плотников

2434-е заседание 09.09.2014 г.

Председатель — К.В.Павелец

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *Е.И. Дрогоморецкая, Е.А.Ерохина, В.К.Балашов, Н.А.Климов, Э.Г.Топузов* (кафедра госпитальной хирургии им. В.А.Оппеля ГОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова Минздрава России). **Отдалённый результат хирургического лечения пациентки с тяжёлым течением язвенного колита.**

Цель демонстрации: показать отдалённый результат хирургического лечения осложнённого язвенного колита (ЯК) и обратить внимание на необходимость более ранней постановки показаний к тотальной колэктомии.

Больная С., 28 лет, находилась с 10.04.2008 г. в отделении гастроэнтерологии с диагнозом «Язвенный колит (ЯК), язвенная форма, непрерывно рецидивирующее течение». Заболела в марте 2008 г., когда на фоне беременности развилась клиническая картина ЯК, приведшая к выкидышу. В отделении гастроэнтерологии проводилась терапия препаратами группы салазопиридазина, глюкокортикоидами, 07.08.2008 г. развилось массивное кровотечение. Пациентка переведена в клинику госпитальной хирургии им. В.А.Оппеля в крайне тяжёлом состоянии, в кахексии, с нестабильной гемодинамикой, признаками продолжающегося массивного кишечного кровотечения и разлитого перитонита. Оперирована. При ревизии выявлена токсическая дилатация ободочной кишки с некрозом стенки. Выполнена субтотальная колэктомия. В послеоперационном периоде развились нагноение раны, эвентрация, параректальный абсцесс в малом тазу (дренирован 04.09.2008 г.). Больная выписана 14.10.2008 г. с илеостомой, дефектом брюшной стенки в области срединной раны. Продолжала лечение салазопрепаратами ректально и преднизолоном перорально. В ноябре 2008 г. пациентке проведены реконструкция илеостомы в связи со стенозом и пластика передней брюшной стенки. До января 2010 г., несмотря на проводимую терапию, сохранялись выделения слизи, гноя и крови из прямой кишки. 19.02.2010 г. с техническими трудностями из-за рубцового перипроцесса выполнена брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. В мае 2010 г. пациентка вновь поступила в клинику с явлениями тонкокишечной непроходимости. Оперирована, рассечены спайки. Несмотря на нормализацию массы тела, толщина

подкожной клетчатки в зоне разреза около 10 см, а большой сальник и брыжейка местами не содержали жировой ткани. Находилась под наблюдением хирургов. В апреле 2012 г. пациентке проведено ЭКО в одном из центров репродукции Санкт-Петербурга. На 24-й неделе беременности развилось маточное кровотечение. Произведено кесарево сечение и 20.09.2012 г. родился мальчик с массой тела 800 г, 33 см. Больная и ребёнок находились на стационарном лечении до 14.01.2013 г. В настоящее время пациентка в удовлетворительном состоянии. Илеостома функционирует. Пациентка замужем, ребёнок не отстаёт в развитии от сверстников.

Ответы на вопросы. Больная прибавила в массе тела с 48 до 85 кг, масса тела ребёнка сейчас 11 кг. Объём операции был сокращён в связи с тяжестью состояния больной.

Прения

М.Д.Ханевич. Ведение больной во время первой операции следует считать правильным. Думать о реконструкции у таких больных нельзя. Успех достигается лишь у 1 из 80 человек.

К.В.Павелец (председатель). Болезнь Крона и ЯК не всегда успешно лечатся гастроэнтерологами. Главное — желание жить. Тотальную колэктомию сразу выполнять не надо было. Создание резервуаров себя не оправдывает.

2. *М.А.Атюков, А.С.Петров, С.А.Мещеряков, Н.О.Дмитриевская, И.Ю.Земцова, П.К.Яблонский* (ГМПБ № 2, медицинский факультет СПбГУ). **Редкий вариант восстановления протяжённого дефекта шейного отдела трахеи.**

Цель демонстрации: напомнить о возможности эффективной этапной реконструкции протяжённого дефекта шейного отдела трахеи.

Больной Т., 26 лет, 25.03.2013 г. поступил в ГМПБ № 2 с жалобами на протяжённый дефект шейного отдела трахеи. 15.08.2009 г. пациент попал в ДТП. С диагнозом «Закрытая черепно-мозговая травма тяжёлой степени» был госпитализирован в ЦРБ, где длительное время находился на ИВЛ. 01.09.2009 г. выполнена трахеостомия. После деканюляции развился рубцовый стеноз трахеи, произведена ретрахеостомия. В январе 2010 г. в специализированном стационаре диагностирована полная атрезия надтрахеостомического отдела трахеи. Выполнена трахеопластика с формированием трахеофиссуры на Т-образном стенте. Рекомендовано пожизненное канюленосительство. При обследовании в ГМПБ № 2 у больного имел место протяжённый дефект трахеи с отсут-

ствием передней и боковых стенок от уровня перстневидного хряща до рукоятки грудины, компенсированный Т-образным стентом. Протяженность дефекта около 5 см. Принято решение о выполнении двухэтапной пластики шейного отдела трахеи. 26.03.2013 г. пациенту выполнена пластика боковых стенок шейного отдела трахеи фрагментами реберного хряща. Операция была завершена установкой Т-образного стента. Послеоперационный период протекал без осложнений. 17.10.2013 г. сформирована передняя стенка трахеи из аутохряща на линейном стенте. Больной выписан в удовлетворительном состоянии 08.11.2013 г. При контрольном осмотре в марте 2014 г. состояние больного удовлетворительное. Дыхание свободное, без стридора, при физической нагрузке одышка не беспокоит. При исследовании обнаруживается компенсированная деформация шейного отдела трахеи без признаков стенозирования. По данным бодиплетизмографии значимых нарушений проходимости дыхательных путей не выявлено.

Ответы на вопросы. Голос сохранён. Одышки, поперхивания нет. Глотание было нарушено только после выхода из коматозного состояния. Рассматривалась возможность циркулярной резекции, но дефект был слишком протяженным. Возможность депиляции не учитывалась, но волосы внутри трахеи больного не беспокоят. Их удаляли механическим путём. Линейный стент выбран для меньшей опасности. Функция возвратных нервов сохранена. В зоне операции их не было. Вид анестезии — через стент — интенторная вентиляция. Боковые стенки отсутствовали почти до мембранозной части. Данных литературы о возможности малигнизации в зоне подобной операции мы не встречали.

Прения

В.Г.Пищик. Операция вызывает большое уважение. Боковых стенок трахеи не было. Возможно применение микрохирургической техники с использованием хрящевых тканей. Циркулярная пересадка трахеи пока не удавалась.

А.Р.Козак. Протяжённое отсутствие трахеи приводит к хронической трахеостомии. Первичное лечение проведено неправильно. Можно было сделать резекцию трахеи — до 11 колец у больного с длинной шейей. Отсутствие боковых стенок трахеи связано с неправильным способом лечения — их отсекали.

К.В.Павелец (председатель). Устранение протяжённого дефекта трахеи — чрезвычайное достижение. Это одна из первых демонстраций подобного рода на обществе.

ДОКЛАД

С.А.Попов, А.В.Павловский, А.И.Урбанский (ФГБУ РНЦРХТ МЗ РФ, Санкт-Петербург). **Результаты чрескожной трепанобиопсии у пациентов с объёмным новообразованием поджелудочной железы.**

Цель: оценка безопасности и определение диагностических возможностей чрескожной трепанобиопсии поджелудочной железы (ПЖ).

Актуальность: рост заболеваемости, совершенствование и широкое использование современных методов лучевой диагностики приводит к частому выявлению очаговых изменений ПЖ. Трудность морфологической верификации обусловлена объективными причинами: анатомическое положение органа (забрюшинное пространство, близость крупных сосудов); высокий риск развития острого панкреатита с развитием угрожающих жизни осложнений; радикальное хирургическое лечение при злокачественных

образованиях возможно лишь у 10–18% больных; современная тенденция в замещении открытых паллиативных вмешательств интервенционно-радиологическими манипуляциями; сложность при оценке патологических изменений ПЖ морфологами. В связи с этим более 60% пациентов, получающих лечение, не имеют гистологического диагноза. Между тем, тканевая верификация диагноза новообразований поджелудочной железы (в отличие от цитологической) позволяет решить ряд важных современных задач: установить гистологический тип опухоли перед началом специфической терапии (неоадьювантная и паллиативная химиолучевая терапия); провести ИГХ-тесты для индивидуального подбора противоопухолевых лекарственных средств и целесообразности применения лекарственной терапии; наиболее эффективно провести дифференциальную диагностику с хроническим панкреатитом (ХП), злокачественным и доброкачественным опухолевым поражением ПЖ, пограничных опухолей; оценить лечебный патоморфоз при лечении неоперабельных опухолей; разграничить первичное и вторичное поражение ПЖ и др.

Показаниями для проведения чрескожной трепанобиопсии ПЖ (ЧТБ ПЖ) являлись: выявление метастатического образования в поджелудочной железе лучевыми методами исследования (УЗИ, СКТ, ЯМР); проведение дифференциального диагноза между опухолью и хроническим панкреатитом у пациентов, которым не планировалось открытого хирургического вмешательства. В исследование включены 129 пациентов. Средний возраст (62 ± 5) лет; мужчин — 76 (59%), женщин — 53 (41%). Локализация: головка ПЖ — 88 (68%), тело, хвост ПЖ — 41 (32%). Размер образований от 3 до 11,5 см. Средний размер ($3,8 \pm 0,7$) см.

Результаты. После однократной пункции гистологический диагноз установлен у 111 (86%) больных. Повторная процедура выполнена 18 пациентам (14%). В 22 наблюдениях выполнено иммуногистохимическое исследование. Злокачественное поражение ПЖ выявлено у 92 (71,3%) больных. Из них метастатическое поражение ПЖ было у 7 (7,6%) пациентов, доброкачественные изменения — у 37 (28,7%) больных. Эффективность ЧТБ: истинно положительный результат — в 92 наблюдениях (71,3%); истинно отрицательный — в 30 (23,3%); ложноотрицательный — в 7 (5,4%); ложноположительных — не отмечено. В результате динамического наблюдения радикально прооперированы 9 больных. У 7 пациентов диагноз ХП изменен на рак ПЖ. Чувствительность ЧТБ=92,92%, специфичность 100%, диагностическая точность 94,57%. Осложнения: у 1 больного из 168 (0,6%) трепанобиопсия осложнилась кровотечением с образованием гематомы малого сальника; у 1 (0,6%) — развился ферментативный перитонит; летальных исходов не было.

Выводы: ЧТБ является относительно безопасным и информативным методом в диагностике новообразований ПЖ; позволяет получить материал в объеме, достаточным как для стандартного гистологического исследования, так и выполнения иммуногистохимических тестов; при отрицательном результате биопсии пациенты нуждаются в динамическом наблюдении.

Ответы на вопросы. Трепанобиопсию надо делать при всех опухолях, больших чем 2 см в диаметре, аспирационную — при опухолях меньшего размера. Под контролем КТ делать трепанобиопсию не требовалось. Желательно, чтобы билирубин был ниже 50 мкмоль/л. Радикальная операция выполнена у 9 больных, страдающих раком ПЖ. Большая часть больных подверглись лучевой и химиотерапии. Многие

больные были оперированы до поступления в других стационарах. Средний размер опухолей — 5,5 см.

Прения

А.В.Павловский. Методика применяется с 2000 г. Малая частота осложнений объясняется хорошим качеством УЗИ-специалиста. В последние годы биопсия выполняется значительно чаще. ЭндоУЗИ не дает больших преимуществ. Цель доклада — пропаганда морфологических оценок. Трансдуоденальная биопсия не опасна распространением опухоли. Качество УЗИ и хирурга повышает специализация.

М.Д.Ханевич. Здесь сделан акцент на сравнении тонкоигольной и трепанобиопсии. Чрескожная и интраоперационная биопсии отличаются. Интраоперационная биопсия сомнений не вызывает. Чрескожная биопсия позволяет отличить хронический панкреатит от опухоли. Гематомы не обязательно всегда оперировать.

К.В.Павелец (председатель). Данные восхищают, но это результат опыта. Сама трепанобиопсия небезопасна.

Поступил в редакцию 19.11.2014 г.

2435-е заседание 24.09.2014 г.

Председатель — Б.Н.Котив

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. Н.Ю.Коханенко, Ю.Н.Ширяев, Ю.В.Радионов, Е.О.Барнашова (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова СПбГПМУ, Марининская больница). **Ошибочное многолетнее наблюдение опухоли (нейроэндокринной) поджелудочной железы.**

Цель демонстрации: показать недопустимость динамического наблюдения опухоли поджелудочной железы.

Больная И., 30 лет, поступила в клинику 13.09.2013 г. с жалобами на умеренные ноющие боли в правом подреберье, которые беспокоили в течение последних 10 дней. В 2006 г. при УЗИ органов брюшной полости была заподозрена опухоль поджелудочной железы (ПЖ). Пациентка была обследована в другом стационаре. При КТ в области тела ПЖ выявлено образование 47×42 мм. Чрескожная трепанобиопсия опухоли под УЗ-контролем не дала убедительной информации в пользу злокачественной природы опухоли. При эндосонографии высказано предположение о специфическом характере этого новообразования. В течение 6 лет больную наблюдали, выполняли УЗИ и КТ брюшной полости в динамике, новообразование не увеличивалось в размере. За это время пациентка существенных жалоб не предъявляла, но у нее отмечались положительные серологические реакции на сифилис, и ей неоднократно проводили специфическую терапию, хотя у мужа пациентки реакции всегда были отрицательны. При обследовании в клинике: на КТ органов брюшной полости, помимо опухоли тела ПЖ, было обнаружено округлое очаговое образование печени. При магнитно-резонансной холангиопанкреатографии обнаружено: опухоль тела ПЖ с распространением на заднюю стенку желудка, вторичные очаговые образования и киста VII сегмента печени. Больная оперирована 23.09.2013 г. В области тела ПЖ выявлена опухоль с четкими контурами размером 5×7×5 см, расположенная в толще паренхимы. Результат срочного гистологического исследования — нейроэндокринный рак. Выполнена дистальная субтотальная резекция ПЖ,

атипичная резекция VII сегмента печени с двумя узловыми образованиями, подозрительными на метастазы. Гистологическое исследование препарата: медуллярный рак ПЖ и аутоиммунное заболевание печени, ассоциированное с желчными протоками. При иммуногистохимическом типировании (16.10.2013 г.) установлена высокодифференцированная нейроэндокринная опухоль с низким потенциалом злокачественности. Послеоперационный период осложнился развитием абсцесса ложа ПЖ, по поводу чего на 16-е сутки было выполнено его дренирование под УЗ-контролем. Пациентка была выписана домой в удовлетворительном состоянии на 32-е сутки с дренажем, который удалили через 2 нед. Учитывая низкий потенциал злокачественности опухоли, онкологами решено химиотерапию не проводить. По данным КТ органов брюшной полости через 6 мес после операции, признаков местного рецидива, прогрессирования опухоли не выявлено, но в печени появились очаги, похожие на удаленные ранее.

Ответы на вопросы. До операции жалоб практически не было. При консультации за рубежом высказывалось мнение о Lues pancreatica. От края опухоли отступили 3–4 см. Перешеек удален.

Прения

М.Ю.Кабанов. Мы произвели панкреатодуоденальную резекцию больной со злокачественной нейроэндокринной опухолью поджелудочной железы. Она жива в течение 4 лет. Желательно провести иммуногистохимическое исследование образований в печени.

Б.Н.Котив (председатель). Хорошее самочувствие больной говорит о благоприятном исходе. Мы лечили подобную больную, но с тромбозом воротной вены. Она живет 2 года. Изменения в печени необходимо верифицировать, как и любое очаговое образование. Мы также наблюдали больную с язвой двенадцатиперстной кишки с положительными реакциями на сифилис. Диагностирована гастринома размером 2 см. После операции реакции стали отрицательными. Но Ki-67 был высоким, через полгода процесс прогрессировал, и наступила смерть.

2. А.Е.Демко, А.Н.Тулупов, С.Ш.Тания, Н.Д.Аишаф, А.В.Иванов, М.А.Ермаков, А.И.Бабич (СПбНИИ СП И.И.Джанелидзе). **Успешный шов колотой раны восходящего отдела грудной аорты.**

Цель — продемонстрировать успешное лечение пациента с ранением восходящего отдела грудной аорты.

Больной М., доставлен в СПбНИИ СП им. И.И.Джанелидзе 17.10.2013 г. в 4.10, через 50 мин после того как его ударили отверткой в грудь. При поступлении пострадавший в сознании, в состоянии алкогольного опьянения, занимает вынужденное положение, лежа на левом боку, предъявляет жалобы на боли за грудиной сильной интенсивности, усиливающиеся при вдохе; одышку. Отмечены цианоз шеи, пульсация и набухание на вдохе шейных вен. АД 100/60 мм рт. ст., частота сердечных сокращений — 114 в 1 мин. Частота дыхательных движений — 22 в 1 мин, SpO₂ 96%; при этом билатерально снижена амплитуда дыхательных движений груди. При аускультации сердечные тоны равномерно ослаблены, приглушены, патологических шумов нет; дыхание проводится во все отделы легких. После снятия асептической наклейки на передней поверхности груди, по срединной линии тела, на 2 см ниже яремной вырезки обнаружена рана длиной около 3 мм, края раны не осаднены, углы раны тупые. Учитывая клиническую картину, данные

инструментального обследования, заподозрено ранение образований переднего средостения. Под общим обезболиванием выполнена диагностическая торакоскопия слева, выявлены напряженная гематома переднего средостения, гемоперикард. Выполнена продольная стернотомия. Выявлено ранение восходящей части аорты (на 4 см выше кольца аортального клапана) длиной около 3 мм, из раны аорты поступает кровь под давлением. Рана аорты ушита непрерывным швом (3 стежка нитью пролен 4/0 на атравматической игле), кровотечение остановлено. После окончания оперативного вмешательства пациент переведен в отделение хирургической реанимации. Экстубация произведена через 8 ч после окончания оперативного вмешательства. На 3-и сутки послеоперационного периода пациент переведен в хирургическое отделение. Течение послеоперационного периода без осложнений, рана зажила первичным натяжением. Больной выписан на 8-е сутки после операции под наблюдение хирурга по месту жительства.

Ответы на вопросы. Кровопотеря не более 0,5 л. Боковое отжатие аорты не выполнялось.

Прения

Б.Н.Котив (председатель). Ситуация сложная. Ранение сердца осложнилось тампонадой перикарда. Больному повезло, что он был быстро доставлен в нужное учреждение. Торакоскопия вызвала лишь потерю времени. Расширение средостения указывало на необходимость торакотомии.

ДОКЛАД

А.М.Игнашов, С.Г.Баландов, М.В.Мамченкова, В.А.Крейль, Е.В.Блинов, С.Д.Мигащук (кафедра факультетской хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, ФГБУ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М.Никифорова МЧС России). **Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом у больных с синдромом компрессии чревного ствола.**

Сочетание гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) с эзофагитом и синдрома компрессии чревного ствола (СКЧС) недостаточно изучено. С января 2011 г. по август 2014 г. были обследованы и оперированы (проф. А.М.Игнашов) 172 больных с СКЧС, из них у 74 (43%) одновременно был ГЭР с эзофагитом. 76% больных были в возрасте от 18 до 40 лет. Женщины составили 62%. Среди 74 больных с сочетанием ГЭР с эзофагитом и СКЧС средний возраст мужчин — 28,6 года и женщин — 33,5 лет. Длительность болезни по клиническим данным до операции была около 13 лет. Ведущими симптомами у большей части больных были боль в надчревной области, а также изжога, нередко распространяющаяся за грудину до гортаноглотки, часто связанные с приемом пищи. Эти симптомы были не реже 1–2 раз в неделю или ежедневно и беспокоили существенно. У 70% больных были различные нейровегетативные, циркуляторные, а также респираторные расстройства. По данным абдоминальной аортографии и ультразвукового дуплексного сканирования, выявлен компрессионный стеноз чревного ствола (КСЧС) более 50% по диаметру при спокойном дыхании. Пиковая систолическая скорость кровотока (ПССК) в ЧС более 200 см/с, градиент АД в нём более 15 мм рт.ст. и ПССК в ЧС/ПССК в брюшной аорте была не меньше 2. Почти у 1/3 больных были обнаружены эзофагит выше Z-линии (отек, эритема, эрозии) и скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, не смыкающийся полностью нижний пищеводный сфинктер, подозрение на пищевод Барретта у

3. У 53 больных произведены декомпрессия чревного ствола (ДЧС) и фундопликация (ФП) по Ниссену (360 °), из них у 2 — ФП после предшествовавшей ДЧС и у 3 — ДЧС и ФП после ранее сделанной неудовлетворительной антирефлюксной операции, у 21 — только ДЧС. У 53 больных после ДЧС и ФП по Ниссену в сроки наблюдения до 3,5 лет отмечаются хорошие клинические результаты при нормализации анатомических и гемодинамических показателей в ЧС обеих групп больных. Среди 21 больного с СКЧС и ГЭР с эзофагитом последний не был обнаружен у 8, у 13 больных сохранялись его проявления.

Таким образом, клинически значимый ГЭР с эзофагитом выявлен более чем у 1/3 больных с СКЧС, что необходимо учитывать в дифференциальной диагностике этих заболеваний, особенно у лиц сравнительно молодого возраста, и определении лечебной тактики. При выраженной и тяжелой степени ГЭР с эзофагитом и СКЧС показано выполнение одновременно ДЧС и ФП по Ниссену.

Ответы на вопросы. У больных с ГЭР для оценки моторики пищевода, желудка, двенадцатиперстной и тощей кишки выполнялось видеорентгеноконтрастное исследование, позволявшее выявить гастроэзофагеальный и дуоденогастральный рефлюкс, дуоденостаз и грыжу пищеводного отверстия диафрагмы. Установлено, что рН-метрия внутри пищевода имеет существенные ограничения в связи с лечением омепразолом, рефлюксный материал может быть щелочным и вызывать эзофагит. Она затруднительна для больных. Отдается предпочтение другим методам с использованием радиотелеметрической капсулы и импеданс-техники. Манометрия показана для выявления сниженной перистальтики и давления в теле пищевода, что рассматривается как противопоказание для полной ФП по Ниссену, однако эта идея оспаривается. При КСЧС эндоваскулярная ангиопластика и стентирование противопоказаны из-за возможной деформации и перелома стента при неустранённой диафрагмальной его компрессии и тромбоза артерии. Лапароскопическая ДЧС недостаточно разработана, сравнительно редко используется и может представлять опасность в связи с повреждением артерий и кровотечением. При КСЧС в связи с эксцентричным сужением, деформацией не всегда удастся сразу его выявить и точно определить степень сужения. У ряда больных производится неоднократно УЗДС, при этом учитываются анатомические и гемодинамические показатели, а также данные ангиографии. Несмотря на широкое применение омепразола и других подобных препаратов в лечении больных с ГЭР, число антирефлюксных операций не уменьшилось. При длительном консервативном лечении больных с ГЭР с эзофагитом, как полагают, могут развиваться медикаментозная зависимость и ишемический колит. Отмечается абсолютное увеличение частоты ГЭР с эзофагитом, причина не ясна, однако придают значение возросшему ожирению, а также эрадикации *Helicobacter pylori*.

Прения

Б.Н.Котив (председатель). Подняты вопросы десятилетия. Сосудистый фактор присутствует в большом числе заболеваний. Будет ли купирован рефлюкс-эзофагит при устранении стеноза чревного ствола, сказать трудно, но если есть рефлюкс, мало кто учитывает возможность стеноза. Доклад расширяет наши знания о функциональной гастроэнтерологии. Симультаные операции возможны и полезны.

Поступил в редакцию 19.11.2014 г.

2436-е заседание 08.10.2014 г.*Председатель — М.Ю.Кабанов***ДЕМОНСТРАЦИИ**

1. *Б.Н.Котив, И.И.Дзидзава, Д.П.Кашкин, А.В.Смородский, С.А.Солдатов* (кафедра госпитальной хирургии ВМедА им. С.М.Кирова). **Формирование мезентерико-кавального Н-анастомоза при продолжающемся пищеводно-желудочном кровотечении у больной с внепеченочной портальной гипертензией.**

Больная К., 20 лет, 06.09.2004 г. доставлена бригадой скорой помощи с диагнозом «Желудочно-кишечное кровотечение». Находилась под наблюдением детского хирурга по поводу подпеченочной портальной гипертензии, неонатального пилетромбоза с кавернозной трансформацией воротной и селезеночной вен, рецидивирующих кровотечений из варикозно-расширенных гастроэзофагеальных вен, транзитного асцита. На 1-м году жизни перенесла спленэктомию, в возрасте 3 лет — гастротомию, прошивание вен пищевода. Наблюдается гематологом по поводу хронического миелопролиферативного заболевания — сублейкемического миелоэритроидного миелофиброза. При фиброгастродуоденоскопии выявлено варикозное расширение вен пищевода II степени, варикозное расширение субкардиального отдела желудка III степени, продолжающееся кровотечение из варикозных вен желудка. Гемостаз обеспечен эндоскопическим лигированием вен. На фоне комплексной инфузионно-трансфузионной (гемостатической, антисекреторной, антацидной, гепатопротекторной, мочегонной, заместительной) терапии в реанимационном отделении к 1-м суткам нахождения в клинике отмечалась положительная клинико-лабораторная динамика. 17.09.2004 г. развился повторный рецидив кровотечения из варикозных вен. Выполнено эндоскопическое склерозирование варикозных вен желудка области верхней трети тела по большой кривизне, обеспечен устойчивый гемостаз. В последующие 10 сут пациентка получала комплексную терапию по поводу печеночно-почечной недостаточности, энцефалопатии, отечно-асцитического синдрома, постгеморрагической анемии, ДВС-синдрома. 27.09.2004 г. вновь развился рецидив гастроэзофагеального кровотечения. Учитывая неэффективность терапии и малоинвазивных способов гемостаза, в неотложном порядке выполнена операция — формирование мезентерико-кавального Н-анастомоза с аутовенозной вставкой из участка большой подкожной вены бедра. Через 1 мес при контрольной ФГДС отмечено снижение степени варикозного расширения варикозных вен пищевода до I и желудка до II. Рецидивов гастроэзофагеальных кровотечений не было, асцит контролировался минимальными дозами диуретиков. Через 1 год при контрольной ФГДС выявлены остаточные вариксы субкардиального отдела желудка, выполнен сеанс профилактического эндоскопического склерозирования. При динамическом наблюдении в течение 10 лет портокавальный шунт функционирует, рецидивов гастроэзофагеальных кровотечений не было, асцит не прогрессирует. Пациентка чувствует себя хорошо, ведёт активный образ жизни, работает, создала семью.

Ответы на вопросы. Больная работает в школе учителем-логопедом. Диеты не придерживается. Всего перенесла 17 эпизодов кровотечения различной степени тяжести.

2. *Б.Н.Котив, И.И.Дзидзава, Д.П.Кашкин, А.Б.Ильин, А.В.Слободяник, С.А.Солдатов, Я.Ю.Рында* (кафедра

госпитальной хирургии ВМедА им. С.М.Кирова, ФГБУ «ФМИЦ им. В.А.Алмазова»). **Отдалённый результат радикальной хирургической коррекции внепеченочной портальной гипертензии.**

Больная В., 18 лет, находилась под наблюдением детского хирурга по поводу подпеченочной портальной гипертензии, неонатального пилетромбоза с кавернозной трансформацией воротной вены, варикозного расширения вен пищевода, спленомегалии, гиперспленизма. В июле 1994 г. развилось кровотечение из варикозных вен пищевода. Оперирована в одном из стационаров города в неотложном порядке. Произведены спленэктомия, центральный спленоренальный анастомоз, операция Таннера. Через 4 мес произошёл рецидив гастроэзофагеального кровотечения. Установлен зонд Блэкмора, при обследовании диагностирован тромбоз центрального спленоренального анастомоза. В последующем, на протяжении 6 лет, многократно развивались рецидивы гастроэзофагеальных кровотечений, которые купировались повторными сеансами эндоскопического лигирования. 26.05.2002 г. развилось очередное кровотечение. Больная доставлена в МСЧ № 122, где выполнено эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода. Пациентка переведена во ВМедА им. С.М.Кирова 05.06.2002 г. В ходе скринингового обследования (ФГДС, УЗИ) выявлено варикозное расширение вен пищевода II степени, варикозное расширение вен желудка. Определены высокий риск рецидива кровотечения, портальная гипертензивная гастропатия тяжёлой степени, кавернозная трансформация и тромбоз воротной вены. При КТ-ангиографии сосудов брюшной полости установлено, что единственной проходимой магистралью портального бассейна является верхняя брыжеечная вена. 17.06.2002 г. выполнена операция — формирование мезентерико-кавального Н-анастомоза с аутовенозной вставкой из участка большой подкожной вены бедра. Послеоперационный период протекал гладко, больная выписана на 10-е сутки. В течение 12 лет пациентка находится под наблюдением. В отдалённом периоде состояние удовлетворительное, рецидивов кровотечений не было. При ФГДС выявляется варикозное расширение вен пищевода I степени. Варикозного расширения вен желудка, портальной гастропатии нет. При шунтографии определяется функционирующий мезентерико-кавальный Н-анастомоз диаметром 7 мм. Пациентка чувствует себя хорошо, работает. Запланированная беременность протекала без особенностей, при контрольных ФГДС степень варикозного расширения вен пищевода не прогрессировала. Роды прошли без осложнений, ребёнок здоров.

Ответы на вопросы. Больная работает психологом. Мезентерико-кавальный анастомоз более функционален. Ранее сформированный спленоренальный анастомоз оказался несостоятельным. Кроме большой подкожной вены, можно использовать синтетические протезы, которые считаем менее эффективными.

Прения

Б.Н.Котив. У первой больной заболевание редкое, основано на нарушении генетического фона и свёртываемости крови. Все операции прошивания вен ведут к возобновлению портальной гипертензии и рецидивам кровотечений. Спленоренальный анастомоз после спленэктомии тромбируется, потому что нет достаточного притока крови. Тромбозы нередко ограничивают возможность формирования венозных анастомозов. Применение антикоагулянтов обязательно.

М.Ю.Кабанов (председатель). Остается только поздравить докладчиков с успешным лечением больных.

ДОКЛАД

Н.Ю.Коханенко, Н.Н.Артемяева, К.В.Павелец, Ю.Н.Ширяев, В.В.Зеленин, А.Л.Иванов, А.В.Старенченко, З.А.Меджидов, С.В.Петрик, А.А.Бобыльков (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова СПбГПМУ). **Аррозия сосуда и кровотечения при гнойно-некротическом парапанкреатите.**

Аррозия сосудов забрюшинной клетчатки возникает примерно у 10–25% оперированных пациентов с гнойно-некротическим парапанкреатитом (ГНПП). Летальность при этом осложнении составляет 70–90%. За последние 16 лет оперированы 252 больных с ГНПП в возрасте 17–78 (в среднем — 46,5) лет. У 51 (20,2%) пациента возникли гнойные осложнения. Кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта (при развитии фистулы) возникло у 3 (5,9%) больных. Хирургическая тактика при этом зависела от размеров свища и степени деструкции органа. Производились временное эндоскопическое клипирование, а затем эмболизация гастродуоденальной артерии (у 1); лапаротомия, прошивание кровоточащего сосуда и устранение внутреннего свища (у 2). Наружное кровотечение [из раны и(или) по дренажам] отмечено у 48 (94,1%) больных. В выборе хирургической тактики имел значение характер источника геморагии (артериальный или венозный, из магистральных или мелких сосудов). Кровотечение из мелких сосудов удалось остановить тугим тампонированием у 17 (33,3%) больных. Открытые операции пришлось выполнить 21 (41,2%) пациенту, рентгеноэндоваскулярное лечение (РЭЛ) — 13 (25,5%). При аррозийном кровотечении (АК) из крупного сосуда применялись прошивание сосуда (19; 90,5% от всех оперированных), из которых умерли 10 (52,6%), и сосудистый шов (1 больной). Резекция ПЖ произведена в 1 наблюдении. Тампонирование во время операции выполнено 8 (47,1%) пациентам, умерли 2 (25,0%) из них. У этих 2 больных источником АК была крупная артерия. До 2006 г. оперировали 13 (61,9%) больных, из которых умерли 7 (53,8%). После 2006 г., когда стали выполнять РЭЛ, оперированы 8 пациентов. Летальность среди оперированных составила 50,0% (4 больных), при РЭЛ — 30,8% (4 пациента).

Ответы на вопросы. Ангиография не всегда возможна. Локализовать источник кровотечения можно: слева — чаще селезеночная артерия, справа — гастродуоденальная. Тампонада осуществляется в палате или перевязочной. После эндоваскулярного гемостаза рецидивов кровотечения не было. Миниинвазивные вмешательства возможны, но давать им окончательную оценку рано. Почти все кровотечения возникли после операции.

Прения

В.И.Ковальчук. До 2006 г. в Санкт-Петербурге функционировал панкреатологический центр. Эндоваскулярная хирургия ещё не была организована. Эти больные были оперированы по нескольку раз. Чаще всего кровотечения были из селезеночной артерии.

М.Ю.Кабанов (председатель). В докладе освещена тяжёлая сторона хирургии. Сейчас есть методики использования КТ для чрескожных вмешательств. Они реже сопровождаются кровотечением.

Поступил в редакцию 19.11.2014 г.

2437-е заседание 22.10.2014 г.

Председатель — Э.Э.Топузов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *М.Ю.Кабанов, К.В.Семенов, Д.А.Суров, Д.М.Яковлева, А.Г.Кырнышев, С.В.Лапицкий, А.В.Краденов* (Госпиталь для ветеранов войн, СПбНИИ СП им. И.И.Джанелидзе). **Успешное лечение пациента с тотальным поражением поджелудочной железы протоковой карциномой.**

Пациент Ш., 63 года, переведён в СПбНИИ СП им. И.И.Джанелидзе 11.12.2013 г. из инфекционного стационара с диагнозом «Механическая желтуха». Общий билирубин при поступлении 429,8 мкмоль/л, свободный 307,6 мкмоль/л, мочевины 4,7 ммоль/л, общий белок 66 г/л, глюкоза 5,61 ммоль/л, АСТ 213 ЕД/л, АЛТ 383 ЕД/л, амилаза 40,4 ЕД/л; Hb 124 г/л, эр. $3,86 \times 10^{12}/л$, л. $4,8 \times 10^9/л$, тр. $230 \times 10^9/л$. Данные УЗИ: холедохэкстазия 15 мм, незначительная внутривенная билиарная гипертензия, поджелудочная железа не увеличена, новообразования не лоцируются. 13.12.2013 г. пациенту выполнено чрескожное чреспеченочное дренирование желчного пузыря под контролем УЗИ. Данные «прямой» холангиографии: холедохэкстазия 1,4 см, сужение дистального отдела общего желчного протока (ОЖП), контраст в двенадцатиперстную кишку не поступает. Магнитно-спиральная компьютерная томография (МСКТ) от 20.12.2013 г.: состояние после холецистостомии 13.12.2013 г. Зона деструкции головки поджелудочной железы (вероятнее всего, неопластического генеза, с признаками вовлечения в процесс средней трети ОЖП), хронический панкреатит, гепатоз. Данные ядерной магнитно-резонансной томографии: состояние после холецистостомии 13.12.2013 г. Зона деструкции головки поджелудочной железы (рак с признаками вовлечения в процесс средней трети ОЖП). Пациент получал инфузионно-детоксикационную, гепатотропную, антибактериальную терапию. 23.12.2013 г. больной был выписан на амбулаторное лечение. 16.01.2014 г. больной повторно госпитализирован с диагнозом «Рак головки поджелудочной железы cTxNxM0. Состояние после холецистостомии 13.12.2013 г. Холангит». МСКТ от 21.01.2014 г.: картина объемного патологического образования головки и крючка поджелудочной железы (рак) с признаками сдавления панкреатического и ОЖП. В артериальную и венозную фазы региональные артериальные сосуды по отношению к образованию поджелудочной железы интактны; плотное прилегание образования к левому краю верхней брыжеечной вены и зоны слияния с селезеночной веной, а также начального отдела воротной вены, который расположен непосредственно по верхнему краю образования. 23.01.2014 г. пациенту выполнена панкреатодуоденальная резекция. Интраоперационно выявлена опухолевая инвазия в верхнюю брыжеечную вену и выполнена её краевая резекция. После пересечения поджелудочной железы на уровне перешейка и экстренного гистологического исследования в крае резекции выявлен протоковый рак. Объем операции увеличен до субтотальной панкреатэктомии. При повторном гистологическом исследовании в крае резекции обнаружен протоковый рак. Объем операции расширен до тотальной панкреатэктомии, спленэктомии, расширенной лимфодиссекции в объёме D2. Послеоперационный диагноз: рак головки поджелудочной железы pT3NxM0. Гистологическое заключение: умеренно дифференцированная аденокарцинома. В

отделении реанимации пациент получал антибактериальную (цефтриаксон, амикацин, метрогил) и заместительную инсулинотерапию, энтеральное и парентеральное питание. В послеоперационном периоде у больного отмечалась гипергликемия до 38 ммоль/л, что потребовало пролонгированного введения инсулина. 28.01.2014 г. пациент переведен в хирургическое отделение. В послеоперационном периоде у пациента отмечались эпизоды гипо- и гипергликемии, что потребовало длительного подбора заместительной инсулинотерапии. Послеоперационный период также осложнился тотальным нагноением послеоперационной раны с формированием фиксированной эвентрации тонкой кишки. Лечение раны осуществлялось применением VAC-системы. Пациент был выписан из стационара на 39-е сутки. По данным контрольной МСКТ брюшной полости от 06.2014 г. данных за рецидив опухолевого процесса не выявлено. Уровень онкомаркеров СА 19.9, СЕА в пределах нормы.

Ответы на вопросы. Больной никогда алкоголем не злоупотреблял, продолжает получать инсулин, креон, микозин. Самочувствие лучше при уровне сахара крови чуть выше нормального, чем при низком. Стул постепенно нормализовался. Масса тела повысилась с 82 до 87 кг. Иммуногистохимическое исследование проводили. Новизна наблюдения заключается в жизни больного, управляющего своим состоянием.

Прения

Н.Ю.Коханенко. Больной живет 8 мес, ведет обычный образ жизни, управляет автомобилем. Качество жизни, благодаря хирургам и самому больному, является хорошим. Сейчас в городе вместо 2–3 хирургов, как это было раньше, панкреатодуоденальную резекцию выполняют 20–30 человек.

М.Д.Ханевич. Интересны хирургические аспекты лечения, двухэтапность. Ближайший результат хороший, но желательно проследить отдаленный.

Д.Ю.Семенов. Множество заданных вопросов отражает повышенный интерес к демонстрации. Здесь важны вопросы не только хирургических вариантов лечебной тактики, но и стадирования, ведения после операции. Оценка лимфодиссекции как D2 неправомерна. Она относится к хирургии рака желудка.

Б.И.Мирошников. 50 лет мы получали плохие результаты в хирургии поджелудочной железы. Сейчас операции поставлены на поток, и поэтому я не вижу в демонстрации ничего нового. Онкологи отстали в лечении рака поджелудочной железы. Без отдаленных результатов оценивать лечение рано.

М.Ю.Кабанов. Сейчас нужно говорить не только о хирургических, но и об онкологических составляющих лечения. Из 12 больных, которым выполнено тотальная панкреатэктомиа, выжил лишь 1. Характеристика лимфодиссекции взята из японской классификации. В лечении больного участвовали онкологи, нутрициологи, эндокринологи. Химиотерапия пока не увеличила выживаемость больных.

Э.Э.Топузов (председатель). Такие демонстрации необходимы, так как нет единой тактики лечения рака поджелудочной железы. На ASCO (2014), где ежегодно собираются около 40 000 делегатов, этой проблеме была посвящена целая секция, где определялись рекомендации и стандарты лечения больных. В лечении необходимы мультидисциплинарный подход, тесное сотрудничество хирургов и клинических онкологов. Мы должны определять биологию рака, планиро-

вать исходы лечения и на этом основывать свою лечебную тактику.

2. А.И.Шугаев, А.В.Старенченко, Г.Г.Накопия, А.Л.Луговой, С.В.Сергеев, Е.М.Назаров, В.Е.Матвеев (кафедра факультетской хирургии им. И.И.Грекова СЗГМУ им. И.И.Мечникова, ГБУЗ «Городская Покровская больница»). **Профузное рецидивирующее кровотечение из двух источников в тонкой и ободочной кишке.**

Больная Г., 72 года, поступила в ГБУЗ «Городская Покровская больница» 03.12.2013 г. с диагнозом направления «Кишечное кровотечение с тяжелой степенью кровопотери, постгеморрагическая анемия». В анамнезе: дивертикулез толстой кишки с частыми кровотечениями, ИБС, ГБ II степени. При ФГДС 03.12.2013 г. обнаружены плоская язва антрального отдела желудка, эрозивный гастрит, катаральный бульбит без признаков кровотечения. При колоноскопии 03.12.2013 г. из-за плохой подготовки кишка осмотрена только до нисходящего отдела. Диагноз: дивертикулез сигмовидной кишки. Состоявшееся кровотечение. 04.12.2013 г. наступил рецидив кровотечения. Лапаротомия: сигмовидная кишка с множественными дивертикулами, заполнена кровью, на протяжении 12 см участок кишки инфильтрирован, уплотнен (опухоль?). Выполнена обструктивная резекция сигмовидной кишки с формированием одноствольной колостомы. 05.12.2013 г. — рецидив кровотечения (кровь из колостомы). Произведены релапаротомия, интраоперационная ФГДС. В просвете тонкой кишки, начиная с 80 см от связки Трейтца, и в толстой кишке темная кровь. При ревизии желудка, двенадцатиперстной и тонкой кишки патологических образований не выявлено. При ФГДС обнаружены эрозии антрального отдела желудка под фибрином, в двенадцатиперстной кишке патологических изменений не выявлено. Признаков продолжающегося кровотечения на момент операции не выявлено. Состояние расценено как состоявшееся кровотечение из язв тонкой и дивертикулов толстой кишки. 06.12.2013 г. из колостомы стал выделяться жидкий кал черного цвета с примесью алой крови. Учитывая результаты обследования, нельзя было исключить гемобилию, кровотечение из тонкой кишки и дивертикулов толстой. С целью уточнения топографии источника кровотечения выполнена селективная ангиография чревного ствола и брыжеечных артерий. При контрастировании чревного ствола экстравазального поступления контраста не выявлено. При контрастировании нижней брыжеечной артерии отмечено отчетливое поступление контраста в полость ободочной кишки в области селезеночного изгиба, вероятно, из стенки дивертикула. При контрастировании верхней брыжеечной артерии высказано подозрение на поступление контраста в полость тонкой кишки в бассейне кровоснабжения 5-й энтеральной ветви верхней брыжеечной артерии. 06.12.2013 г. релапаротомия: в просвете тонкой кишки на расстоянии 1,5 м от связки Трейтца и в толстой кишке кишечное содержимое темного цвета. Пальпаторно и визуально источник кровотечения не обнаружен. Учитывая данные ангиографии, в проходящем свете осмотрена брыжейка тонкой кишки, идентифицирована 5-я энтеральная ветвь верхней брыжеечной артерии. На уровне её пристеночных ветвей произведена энтеротомия. Источника кровотечения не обнаружено. Выполнена резекция 40 см тонкой кишки, получавшего кровоснабжение из бассейна 5-й энтеральной артерии, с анастомозом «конец в конец», и обструктивная резекция левого фланга ободочной кишки с формированием трансверзостомы. Осмотрены удаленные органы: на брыжеечном крае тонкой кишки на

расстоянии 6 см от края резекции имеется слегка возвышенный участок 0,1 см в диаметре, темно-коричневого цвета (кавернозная гемангиома). В селезеночном изгибе резецированной ободочной кишки выявлены множественные дивертикулы, заполненные сгустками крови. В общей сложности перелито 2830 мл свежесзамороженной плазмы, 440 мл эритроцитной массы, 3084 мл эритроцитной взвеси. Рана брюшной стенки зажила первичным натяжением. На 14-е сутки от момента поступления и 11-е сутки после последней операции больная в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное долечивание.

Ответы на вопросы. При ангиографии установлена локализация источников кровотечения. От эмболизации отказались из-за опасности некроза тонкой кишки. Энтероскопию не делали. Диагноз дивертикулёза толстой кишки поставлен при колоноскопии за 1 год до поступления.

Прения

М.Ю.Кабанов. Тонкая кишка — самая сложная локализация источников кровотечения. Желательно чаще применять эмболизацию.

А.В.Кочетков. Представлено наблюдение кровотечения из 3 источников: острых язв, дивертикулов и гемангиомы. Среди источников кровотечения в тонкой кишке фигурируют лейомиомы, в толстой — дивертикулы. Требуется более широкое применение энтероскопии и видеокапсул.

В.И.Кулагин. Дивертикулярной болезнью занимались в клинике А.Г.Земляного. Новизна демонстрации — в применении ангиографии. При энтероскопии все дивертикулы могут быть заполнены кровью и нельзя сказать, из какого из них происходит кровотечение. Дивертикулы чаще поражают левую половину толстой кишки и иногда оправдана её резекция при неясном источнике толстокишечного кровотечения. Если кровотечение не продолжается, то экстрavasацию определить невозможно. Желательно исследовать на высоте продолжающегося кровотечения.

Э.Э.Топузов (председатель). У этих больных следует предусматривать возможность всех перечисленных методов диагностики и лечения.

ДОКЛАД

Д.В.Гладышев, С.А.Коваленко, М.Е.Моисеев, С.С.Гнедаш (СПбГБУЗ «Городская больница № 40», Санкт-Петербург). **Первый опыт роботассистированных оперативных вмешательств в онкологической колопроктологии.**

Одним из наиболее динамично развивающихся направлений современной хирургии являются эндовидеохирургические технологии, в числе которых и самый современный метод — метод роботассистированных операций. В период с августа по декабрь 2013 г. нами выполнено 36 роботассистированных «da Vinci» операций по поводу злокачественных новообразований колоректальной локализации. Из них: правосторонняя гемиколэктомия — 11, левосторонняя гемиколэктомия — 2, резекция сигмовидной кишки — 8, передняя резекция прямой кишки — 15. Все операции выполнены по поводу аденокарциномы различной степени дифференцировки (высокодифференцированная — 12, умеренно — 17, низко — 7). Наша оперативная техника включает медиально-латеральную мобилизацию кишки с высокой перевязкой питающих сосудов. У пациентов с заболеванием прямой кишки, в зависимости от уровня расположения опухоли, выполнялась либо парциальная, либо тотальная мезоректумэктомия с

сохранением гипогастрального нервного сплетения. Формирование анастомоза при правосторонней гемиколэктомии осуществлялось экстракорпорально. Во время 5 операций низкой передней резекции прямой кишки были сформированы превентивные стомы: в 4 наблюдениях — илеостома, в 1 — трансверзостома. Продолжительность операций составила от 85 мин при правосторонней гемиколэктомии до 360 мин при симультанной роботассистированной комбинированной резекции сигмовидной кишки с двусторонней аднексэктомией и лапароскопической расширенной гастрэктомией по поводу синхронного рака желудка и сигмовидной кишки. Интраоперационная кровопотеря составила (70 ± 30) мл. Послеоперационные осложнения отмечены у 3 пациентов (8,3%). У 1 больного была несостоятельность сигморектo-анастомоза. У другого пациента на 9-е сутки развился некроз приводящего к анастомозу сегмента сигмовидной кишки. У 1 больного течение послеоперационного периода осложнилось ранней кишечной непроходимостью. На начальном этапе освоения роботассистированной методики достаточно продолжительное время (до 30–40 мин) занимало выполнение процедуры «докинг», т.е. правильное позиционирование робота относительно пациента и подключение троакаров к манипуляторам рабочей консоли. По мере освоения метода это время сократилось до 10–15 мин. Высокая четкость визуализации в формате 3D, значительные манипуляционные преимущества роботических инструментов, а также комфортное положение хирурга за консолью управления позволяют выполнять все манипуляции с большей долей безопасности и прецизионности по сравнению с традиционной лапароскопической техникой. Вместе с тем, высокие требования к оборудованию и эндовидеохирургическим навыкам хирурга, а также стоимость комплекса и расходных материалов, относят роботассистированные операции к разряду высокотехнологичных и дорогостоящих, что требует дальнейшего обсуждения вопроса об их широком внедрении в клиническую практику.

Ответы на вопросы. Есть отличия хода операции при раке правой и левой половины ободочной кишки. Резекция правой половины выполняется из правого доступа, левой — требует перестановки троакаров. Адьювантная химиотерапия осложняет операции — после 10–12 нед образуются грубые рубцы. Узкий малый таз у астеничных больных суживает пространство для троакаров. Всего из 260 операций выполнено 100 колопроктологических. Квота 230 тыс.руб. покрывает все расходы. Государство позволяет расширять применение методики. В России имеются 23 установки, 3 из них — в Санкт-Петербурге. Стоимость инструментов довольно быстро и существенно снижается. Робот создаёт комфорт работе хирурга, в частности, даже нивелирует возможный тремор рук. Масштабирование движений создаёт безопасность операций.

Прения

А.В.Кочетков. Центр организован в муниципальной больнице. В федеральных учреждениях финансирование недостаточно. Работа робота оправдывается финансово после проведения 1000 операций и более.

Д.Ю.Семенов. Поздравляю коллег с развитием. Это не дань моде, а путь развития хирургии. Место робота — в хирургии ограниченных малых пространств. В остальных областях достаточно лапароскопия. Но здесь нельзя не учитывать комфорт для работы хирурга. Для больных с повышенной массой тела создаются элементы лапаролифтинга. Желатель-

но использовать методику в многопрофильных стационарах, но надо делать те операции, которые оптимальны.

В.В.Стрижелецкий. Доклад доставляет удовольствие. Представлен наибольший опыт в России. Работа на работе — компетенция опытного, подготовленного хирурга.

Э.Э.Топузов (председатель). Доклад потрясает иллюстрирован. Операции надо развивать, но это хирургия малых пространств. Хорошие результаты достигаются при числе операций не менее 800 в год. Некоторые моменты операции просто нельзя выполнять вручную.

Поступила в редакцию 19.11.2014 г.

2438-е заседание 12.11.2014 г.

Председатель — О.Н.Эргашев

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А. Л. Андреев, А.В.Герасимова, А.С.Калугина, И.В.Карева, А.Б.Морозов, Т.Н.Трофимова, А.Е.Шаталов (ООО «АВА-ПЕТЕР», клиника «Скандинавия», Санкт-Петербург). **Успешное лечение роженицы с HELLP-синдромом, субкапсульной гематомой печени, внутрибрюшным кровотечением, тромбоцитопенией, анемией.**

Термин HELLP-синдром [(H — hemolysis (гемолиз); EL — elevated liver enzymes (повышение активности ферментов печени); LP — low platelet count (тромбоцитопения)] впервые предложил в 1985 г. L. Weinstein. При нем отмечают высокую материнскую (до 75%) и перинатальную (7,9%) смертность. Синдром обычно возникает в III триместре беременности, чаще на сроке 35 нед и позже. В результате могут возникнуть субкапсульная гематома печени (2%) и её разрыв (1,8%). Пациентка У., 36 лет, на 34-й неделе беременности госпитализирована в ООО «АВА-ПЕТЕР», клинику «Скандинавия», 18.02.2014 г., с жалобами на тошноту и рвоту, боли в эпигастриальной области и правом подреберье, изжогу, слабость. Настоящая беременность — третья (в анамнезе 2 родов без особенностей). Данные УЗИ — диффузные изменения печени с локальными участками гепатоза. Установлен диагноз 34 нед третьей беременности, HELLP-синдром, тяжёлая преэклампсия, ГБ I стадии, резус-отрицательная принадлежность крови с явлениями изосенсибилизации. Пациентке выполнено экстренное кесарево сечение. Извлечена живая недоношенная девочка 2010 г., 43 см, оценка по шкале Апгар 7–8. Через 6 ч после родов у роженицы внезапно появились острые боли в правом подреберье, которые распространились по всему животу. Отмечалось ухудшение анализов крови. При УЗИ органов брюшной полости выявлено подкапсульное образование в проекции правой доли печени (гематома?), умеренное количество свободной жидкости в брюшной полости. МРТ или КТ не выполняли из-за тяжести состояния пациентки. 19.02.2014 г. произведена лапароскопическая операция: остановка кровотечения, санация и дренирование брюшной полости. Из-за тяжести состояния пациентки, тромбоцитопении, анемии, отсутствия данных МРТ решено было гематому удалить вторым этапом. Пациентке проводили реанимационные мероприятия, перелиты плазма, тромбовзвесь, эритроцитарная масса. МРТ от 23.02.2014 г.: подкапсульная гематома правой доли печени, расположенная вдоль диафрагмальной поверхности, простирающаяся от серповидной связки до её нижнего края,

объёмом около 880 мл³, спленомегалия. Структура гематомы неоднородная, толщина неравномерная, до 42,65 мм. 25.02.2014 г. выполнена повторная лапароскопическая операция: декапсуляция и удаление гематомы правой доли печени, тампонада правого поддиафрагмального пространства. Тампоны удалены на 7-е сутки после операции. Анализы крови полностью нормализовались. МРТ от 14.04.2014 г.: состояние после лапароскопического удаления подкапсульной гематомы печени. Анатомо-топографические соотношения полностью восстановлены. Остаточная полость не визуализируется. Паренхима печени обычной структуры, сосудистая архитектура не нарушена. Внутри- и внепеченочные протоки не расширены. Свободная или осумкованная жидкость в брюшной полости не визуализируется. Пациентка и ребёнок выписаны из клиники. В настоящее время пациентка в удовлетворительном состоянии, воспитывает здорового ребёнка.

Ответы на вопросы. Травмы живота ранее не было. Синдром встречается только у беременных. Консультировали невролог и гематолог. Получала небольшие дозы преднизолона, препараты железа. Кровопотеря около 2 л, столько же перелито крови и эритроцитарной массы. Вторая операция связана с опасностью нагноения. Перед ней все показатели практически нормализовались. В настоящее время все анализы в пределах нормы.

Прения

Б.Н.Котив. Одобряю тактику ограничения объёма первой операции. Вторую операцию можно было сделать позднее. В подобных наблюдениях иногда помогает эмболизация. Гематомы могут рассосаться. Нежелательно удаление гематомы называть декапсуляцией.

О.Н.Эргашев (председатель). HELLP-синдром встречается при травмах печени. Наблюдение уникально. Следует подчеркнуть использование лапароскопической техники.

2. А.Е.Демко, А.Н.Тулупов, С.Ш.Тания, Н.Д.Аишаф, А.В.Иванов, М.А.Ермаков, А.Н.Рязанов, А.И.Бабиц (Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И.Джанелидзе). **Успешный шов сквозного ранения брюшного отдела аорты.**

Пациент Н., 25 лет, доставлен в НИИСП им. И.И.Джанелидзе 28.03.2014 г. в 2.00, через 50 мин после того, как его ударили ножом в живот. При поступлении пострадавший в состоянии медикаментозной седации, на ИВЛ. При объективном осмотре пациента определяются выраженная бледность кожных покровов, эвентрация петель тонкой кишки через рану. Артериальное давление на периферических артериях не определялось, частота сердечных сокращений 140 в 1 мин по кардиомонитору. При аускультации сердечные тоны равномерно ослаблены, приглушены, патологических шумов нет; дыхание проводится во все отделы лёгких. Учитывая терминальное состояние пострадавшего, выполнена реанимационная лапаротомия, при которой выявлена напряжённая гематома центральной зоны. Выполнен маневр Маттокса, выявлено ранение боковой стенки аорты слева на 1 см ниже левой почечной артерии. Аорта пережата под диафрагмой и на 1 см выше бифуркации — достигнут проксимальный и дистальный контроль кровотечения. Рана аорты ушита непрерывным швом (пролен 4/0 на атрауматичной игле), кровотечение остановлено. Снят зажим с аорты. При дальнейшей ревизии выявлено интенсивное поступление крови по правому боковому каналу, гематома центральной зоны распространялась на 2-ю зону справа. Выполнен маневр Каттеля—Брааша, выявлено ранение правой боковой стенки

аорты тотчас ниже левой почечной вены. Аорта повторно пережата, рана ушита непрерывным швом. При дальнейшей ревизии выявлены ранение тонкой кишки, потребовавшее резекции, и касательное ранение поджелудочной железы. После окончания оперативного вмешательства пациент переведён в отделение хирургической реанимации. Экстубация проведена через 8 ч после окончания оперативного вмешательства. На 3-и сутки послеоперационного периода пациент переведён в хирургическое отделение. Течение послеоперационного периода без осложнений, рана зажила первичным натяжением. Пациент выписан на 14-е сутки после операции под наблюдение хирурга по месту жительства.

Ответы на вопросы. В послеоперационном периоде отмечался небольшой левосторонний плеврит. Аутоотрансфузию крови выполняли с помощью аппарата «Cell-saver». Состояние больного позволяло не применять damage-control. Продолжительность операции 2,5 ч. Выполнить баллонную окклюзию не представлялось возможным по техническим причинам.

Прения

О.Н.Эргашев (председатель). Наблюдение нельзя назвать чрезвычайно редким. Приём Mattox оказался полезным при таком ранении и гематоме в терминальном состоянии больного. Возможность тактики damage-control в подобной ситуации не исключалась. Мастерство бригады, хорошее оснащение помогли спасти больного с кровопотерей около 2,5 л.

ДОКЛАД

А.Л.Андреев, А.Б.Морозов, А.О.Самойлов, С.Г.Чуйко (ООО «АВА-ПЕТЕР», клиника «Скандинавия», Санкт-Петербург). **Одно- и двухэтапная лапароскопическая хирургия осложнённого дивертикулеза сигмовидной кишки.**

В последнее время отмечается тенденция увеличения количества пациентов с дивертикулезом сигмовидной кишки, осложненным дивертикулитом, абсцедированием, перфорацией и перитонитом. Тактика лечения дивертикулярной болезни меняется. В докладе представлены 22 пациента с осложнённым дивертикулезом сигмовидной кишки. Из них у 5 больных в связи с разлитым перитонитом, абсцедированием, выраженными инфильтративными изменениями первым этапом выполнены лапаротомия, обструктивная резекция сигмовидной кишки по Гартману. Этим стомированным пациентам через 3–4 мес после первой операции проведено лапароскопическое восстановление непрерывности толстой кишки. У 17 пациентов применено одно- или двухэтапное лапароскопическое лечение. Из них в 9 наблюдениях выполнена лапароскопическая резекция сигмовидной кишки. Показаниями к ней были дивертикулярная болезнь с рецидивирующим течением или не купирующаяся консервативной терапией (у 8 пациентов) и сигмовагинальный свищ (у 1). 2 больным с серозным перитонитом вначале выполнена диагностическая лапароскопия с дренированием брюшной полости и консервативная терапия, а затем — лапароскопическая резекция сигмовидной кишки. У 5 пациентов первым этапом

выполнили лапароскопическую обструктивную резекцию сигмовидной кишки по Гартману, вторым этапом — лапароскопическое восстановление непрерывности толстой кишки. Следует отметить, что если дивертикулы распространялись на нисходящую ободочную и прямую кишки (или её культю), то при основном этапе лапароскопической операции дополнительно выполняли резекцию этих отделов. На традиционную операцию перешли трижды. У 1 пациента при проведении экстренной операции на этапе диагностической лапароскопии выявили выраженные инфильтративные изменения и разлитой каловый перитонит. Поэтому перешли на традиционную операцию и выполнили обструктивную резекцию сигмовидной кишки по Гартману. У этого же пациента через 4 мес при попытке лапароскопического восстановления непрерывности толстой кишки из-за спаек брюшной полости и малого таза также перешли на лапаротомную операцию. В одном наблюдении при проведении лапароскопического восстановления непрерывности толстой кишки не удалось сформировать анастомоз из-за поломки циркулярного сшивающего аппарата, в связи с чем перешли на открытую операцию. В отдалённом периоде у 3 пациентов образовался рубцовый стеноз колоректального анастомоза, который устранён с помощью баллонной дилатации. Наш опыт свидетельствует, что лапароскопическая хирургия в скором времени может стать основным малотравматичным и эффективным методом лечения осложнённого дивертикулеза сигмовидной кишки. Необходимо проводить дальнейшее исследование по определению возможностей лапароскопической хирургии осложнённого дивертикулеза сигмовидной кишки и выработки алгоритмов тактики проведения одно- и двухэтапных лапароскопических вмешательств в лечении дивертикулярной болезни.

Ответы на вопросы. 2 больных ранее оперировали в других учреждениях. Возраст больных — 36–87 лет. Порядок обследования больных определяется осложнённостью. Обязательна ирригоскопия. Основной очаг заболевания — сигмовидная кишка. Распространённый дивертикулез требовал расширения операции с низведением селезёночного изгиба. Была больная с тотальным дивертикулёзом, ей потребовалась субтотальная колэктомия. Больная живёт с колостомой. Лапароскопическое восстановление непрерывности менее травматично. При коловагинальном свище отверстие во влагалище не зашивали — оно закрылось само. При перфорации дивертикулов не всегда требуется их зашивание — иногда можно ограничиться санацией и дренированием брюшной полости. Превентивная колостомия не применялась ни разу.

Прения

М.Д.Ханевич. Лапароскопическая техника в хирургии толстой кишки не составляет трудностей, но они возникают при короткой культе прямой кишки. Считаю, что перитонит диффузный и общий — распространённый.

О.Н.Эргашев (председатель). Авторы показали возможности лапароскопической техники в хирургии толстой кишки. Цель доклада достигнута.

Поступил в редакцию 19.11.2014 г.