

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Председатель Правления — Д. А. Гранов, ответственный секретарь — Д. Ю. Бояринов,
референт — Ю. В. Плотников

2487-е заседание 22.03.2017 г.

Председатель — Д. А. Гранов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А.Е. Демко, В.Р. Гольцов, В.И. Кулагин, М.И. Андреев, А.М. Бакунов, В.М. Луфт, А.В. Лапицкий, Э.С. Моллаев, Г.А. Пичугина, В.Е. Савелло, А.М. Антонова, С.А. Платонов, Д.Р. Тедеева, Н.В. Чикун (ГБУЗ СПбНИИ СП им. И.И. Джанелидзе, кафедра общей хирургии СЗГМУ им. И.И. Мечникова). **Нестандартные ситуации в лечении тяжелого панкреатита.**

Пациент К., 37 лет, поступил в СПбНИИСП им. И.И. Джанелидзе 19.03.2015 г. с диагнозом направления «Перфоративная язва желудка». Произведены лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости. Диагностирован тяжелый прогрессирующий панкреатит, ферментативный перитонит. Применено комплексное лечение с использованием малоинвазивных хирургических технологий. 31.03.2015 г. выполнено дренирование жидкостных скоплений в сальниковой сумке под УЗИ-наведением. Проводилась малоинвазивная санация формирующейся секвестральной полости. После плановой замены дренажей большого диаметра у больного развились симптомы перитонита в связи с подтеканием гнойного содержимого в брюшную полость. 17.04.2015 г. произведены экстренная лапаротомия, раскрытие сальниковой сумки (секвестральной полости). Удалены крупные секвестры, санированы и дренированы парапанкреатическая клетчатка и брюшная полость. В дальнейшем применялась методика открытого ведения гнойно-некротического парапанкреатита через оментобурсостому, сформированную в верхней части лапаротомной раны (этапные некрсеквестрэктомии). Течение заболевания осложнилось развитием аррозивных кровотечений из секвестральной полости. Тугая тампонада и прошивание кровоточащих сосудов оказались малоэффективными. 07.05.2015 г. для остановки кровотечения выполнена селективная эмболизация селезеночной артерии. В пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (ДПК) стали развиваться множественные эрозии и язвы, осложненные рецидивными профузными кровотечениями. Одна из язв ДПК перфорировала в подпеченочное пространство с формированием наружного дуоденального свища. В связи с неэффективностью консервативной гемостатической терапии и методов эндоскопического гемостаза решено произвести остановку кровотечения открытым путем.

26.05.2015 г. выполнена релапаротомия, зашит свищ медиальной стенки ДПК (язвы), кишка отключена. Параллельно проводилась санация секвестральной парапанкреатической полости. Несмотря на это, рецидивы кровотечений продолжались. При аортографии экставазации не выявлено. Еще трижды производилось прошивание прогрессирующих язв. 30.05.2015 г. при санации парапанкреатического гнойника в левом поддиафрагмальном пространстве удалена селезенка. 31.05.2015 г. во время попытки дополнить операцию стволовой ваготомией вскрыта циркулярная пенетрирующая язва пищевода. Вынужденно произведено разобщение пищевода и желудка. В левом подреберье сформированы эзофагостома (на протяжении) и гастростома по Кадеру. 05.06.2015 г. в связи с бесперспективностью прошиваний выполнена резекция нисходящей части ДПК с язвами и реимплантация большого сосочка ДПК в выключенную петлю тощей кишки. 10.06.2015 г. ликвидирована несостоятельность передней стенки папиллоэюноанастомоза. Через 12 сут после последней операции пациент переведен в хирургическое отделение. Много времени потребовалось на санацию секвестральной полости и подбор программы питания. 31.07.2015 г. пациент выписан на амбулаторное лечение для подготовки к восстановительной операции. 03.12.2015 г. выполнена восстановительная операция. Использовался левосторонний тораколапаротомический доступ в седьмом межреберье. Пищевод и желудок сшиты аппаратным способом с расположением анастомоза в заднем средостении. Выписан в обычные сроки. В настоящее время трудоспособность восстановлена. Работает. В области эзофагогастроанастомоза имеется стриктура, по поводу которой производятся периодические бужирования.

Ответы на вопросы. Сейчас больной алкогольные напитки не употребляет. До поступления в СПбНИИСП его дважды госпитализировали в другие стационары. Вспомогательная искусственная вентиляция легких проводилась в течение 17 сут. Концентрация глюкозы в крови — 4 ммоль/л, стул периодически жидкий. Аррозивные кровотечения наблюдаются у 5–15% больных с острым панкреатитом. Артериальные практически всегда смертельны, венозные опасны меньше. Дренаж Фелькера держали 10 дней. В год госпитализируются 30–40 подобных больных. Представленный пациент был наиболее тяжелым. Летальность держится на уровне 14–16%. Аппаратный шов считаем технически более простым.

Прения

А.В. Лапицкий. В лечении больного большое значение имела нутритивная поддержка, которую он получал со 2-х суток болезни в течение 277 дней. Она включала в себя парентеральное, зондовое и смешанное питание. Учитывали тяжесть состояния больного и его фактические потребности. Без нутритивной поддержки благоприятный исход был бы невозможным.

Д.А. Чернышев. Хотелось отметить прекрасную работу хирургов, добившихся восстановления непрерывности пищевода и ДПК.

Д.А. Гранов (председатель). Успех в лечении больного стал возможным в результате содружества хирургов, нутрициологов и ангиографистов. Эмпирическая эмболизация селезеночной артерии была правомерной.

2. Б.Н. Котив, И.И. Дзидзава, Д.А. Гранов, Ф.К. Жеребцов, С.А. Солдатов, А.В. Смородский, А.В. Слободяник, И.И. Тилеубергенов, М.А. Стольников, С.П. Цурупа (кафедра госпитальной хирургии ФГБВО ВПО «ВМедА им. С.М. Кирова» МО РФ, ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» МЗ РФ). **Первая трансплантация печени у больной с циррозом печени.**

Больная Ш., 55 лет, впервые госпитализирована в клинику ВМедА в июле 2014 г. В результате обследования установлен диагноз: цирроз печени в исходе хронического неverifiedированного гепатита, класс С по Чайлду — Пью (MELD — 19 баллов, по Чайлду — Туркотту — Пью — 10 баллов), синдром портальной гипертензии, варикозное расширение вен пищевода III степени, портальная гипертензивная гастропатия легкой степени, отечно-асцитический синдром, диуретикорезистентный асцит, рецидивирующий правосторонний печеночный гидроторакс, спленомегалия, гиперспленизм, вторичная (гиперспленическая) тромбоцитопения средней тяжести, лейкопения средней тяжести, печеночная энцефалопатия 0–I степени, хроническая печеночная недостаточность. В течение последующих двух лет неоднократно проходила стационарное лечение в клиниках академии. Выполнялись многократные лапароцентезы (15.07.2014 г., 04.04.2015 г., 02.02.2016 г., 26.10.2016 г.) с эвакуацией и реинфузией асцитической жидкости, повторные пункции и дренирования плевральных полостей (15.07.2016 г., 30.10.2016 г.). Для профилактики кровотечения 28.10.2016 г. выполнено лигирование варикозно-расширенных вен пищевода. В сентябре 2016 г. включена в лист ожидания трансплантации печени на кафедре госпитальной хирургии ВМедА. 08.11.2016 г. госпитализирована в клинику госпитальной хирургии, выполнено оперативное вмешательство: гепатэктомия с сохранением ретропеченочного отдела нижней полой вены, ортотопическая трансплантация печени с анастомозом нижней полой вены «конец в бок», дренированием общего желчного протока по Керу. Послеоперационный период осложнился отечно-асцитическим синдромом, что потребовало длительного (14 сут) дренирования брюшной полости и повторных пункций правой плевральной полости. На фоне комбинированной мочегонной терапии отечно-асцитический синдром купирован. Дренаж Кера удален после контрольной холангиографии на 24-е сутки. Пациентка получала четырехкомпонентную иммуносупрессивную терапию (симулект, майфортин, програф, метипред), на фоне которой признаков отторжения трансплантата не наблюдалось. К исходу госпитализации признаков нарушения

функционального состояния печени нет, лабораторные маркеры белково-синтетической, детоксикационной и других функций печени — в пределах референсных значений. При динамическом ультразвуковом мониторинге признаков стеноза, тромбоза сосудистых и желчного анастомозов нет. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение гастроэнтеролога на 42-е сутки после операции.

Ответы на вопросы. Операция длилась 7 ч 50 мин. Больная соблюдает диету, ограничивая соленое и жареное. Предпочитает сладкое. Улучшились мышечный тонус, сон. В ВМедА успешно выполнена еще одна трансплантация. Таким образом, в Санкт-Петербурге есть три центра трансплантации. Потенциальные доноры — жертвы ДТП. Налажена транспортировка и доставка органов. В Европе есть центры с опытом до 200 операций в год. Полисерозит — типичное осложнение операции, так как диссекция печени открывает пути к образованию асцита.

Прения

Б.Н. Котив поблагодарил всех, кто участвовал и помогал осуществлению операции.

Д.А. Гранов (председатель). 25 июня 1998 г. — первая пережитая нами бессонная ночь после первой пересадки печени. Все это пришлось повторить сотрудникам ВМедА.

ДОКЛАД

И.О. Руткин, И.В. Тимергалин, В.В. Боровик, С.А. Попов, А.К. Рассказов (ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» МЗ РФ, Санкт-Петербург). **Эндовидеохирургические резекции печени — опыт РНЦРХТ.**

ЭВХ-резекции печени выполняем с октября 2010 г. Значительное увеличение числа операций (106) отмечено с 2013 г., когда было введено в эксплуатацию современное оборудование (видеосистема с разрешением высокой четкости, гармонический скальпель). За этот период проведено лечение 125 больным с новообразованиями печени, из них у 11 — первичный рак печени (ГЦК), у 36 — метастатический рак (в том числе у 29 — колоректальный). Доброкачественные новообразования отмечены в 78 наблюдениях (билиарные кисты печени — у 23, гемангиомы — у 28, узловатая гиперплазия печени — у 18, аденома печени — у 4). Эхинококкоз печени был диагностирован в 5 случаях. Явления цирроза печени с сопутствующими нарушениями коагуляции отмечены у 17 пациентов (в том числе содержание тромбоцитов меньше $50 \cdot 10^9/\text{л}$ — у 5 пациентов). Объем операции определялся размерами и локализацией новообразования: наиболее часто выполняли атипичные резекции (81 вмешательство), сегментэктомии (25), резекции 2 и более сегментов печени (19). ЭВХ-резекции печени по показаниям сочетались с выполнением холецистэктомии у 26 больных, радиочастотной абляцией резидуальных опухолевых узлов печени у 19, резекцией диафрагмы у 3, дренированием желчных путей по Керу у 3. При необходимости использовали интраоперационную УЗ-навигацию (Toshiba Nemio XG, датчик REF704LA 7,0 МГц). Среднее время операции на начальном этапе внедрения метода составило $(139,1 \pm 31,7)$ мин, в дальнейшем оно сократилось до $(97,8 \pm 30,3)$ мин. Средняя величина кровопотери $(154,2 \pm 44,5)$ мл. Гемотрансфузии понадобились только 3 пациентам. Для разделения паренхимы печени, кроме стандартных, использовали следующие приемы: аппаратный шов (45 случаев), радиочастотная коа-

гуляция плоскости резекции (22), ручной шов с тампонадой гемостатической губкой (8). Дополнительный гемостаз осуществляли аргоноплазменной коагуляцией в большинстве наблюдений, гемостатическими средствами (Tachokomb, Surgycell, Surgiflo). В послеоперационном периоде все пациенты получали стандартное лечение. Наблюдение в ОАРИТ дольше 8 ч понадобилось только 2 больным. Эпидуральное обезболивание не требовалось. В получении наркотических анальгетиков дольше 2 сут нуждались 8 человек. Желчные затеки с плоскости резекции печени, потребовавшие дополнительного чрескожного дренирования, наблюдались у 3 больных. Повторных оперативных вмешательств, связанных с осложнениями ЭВХ-резекций печени, не выполняли. Умерших после операции не было. Средний койко-день после операции составил $(8,6 \pm 3,1)$ сут. Всем больным осуществляли контроль при помощи лучевых методов диагностики (МСКТ, МРТ) через 1 мес после операции и в последующем с интервалом, согласно утвержденным в клинике протоколам. Совершенствование оборудования и навыков хирургической бригады играет ключевую роль в развитии ЭВХ печени. Использование современных способов гемостаза позволяет минимизировать интраоперационную кровопотерю даже при сопутствующем циррозе печени и коагулопатии. Развитие ЭВХ позволило уменьшить средний койко-день и болезненное состояние у пациентов с новообразованиями печени, а также значительно снизить затраты на послеоперационное лечение.

Ответы на вопросы. Рутинное использование эндовидеоУЗИ не всегда оправданно, но его наличие обязательно. Показания к ЭВХ — образования, в том числе более 5 см, метастатические, даже множественные, с краевой локализацией в печени. Несколько ограничены возможности ЭВХ при локализации образований в воротах печени, у нижней полой вены, двенадцатиперстной кишки.

Прения

Б.Н.Котив. Мы также выполняем резекции III–IV сегментов печени. На здоровой печени хорошо применять ультразвуковую скальпель и прошивание структур. Печень, пораженная циррозом, плохо поддается воздействию ультразвука.

Д.А.Гранов (председатель). Лапароскопическая технология прогрессивна, но нуждается в особом инструментарии. Чем больше размеры образования, тем реже успешна лапароскопическая технология. Мы имеем опыт 39 подобных операций на печени, планируем продвигаться в этом направлении.

Поступил в редакцию 17.07.2017 г.

2488-е заседание 12.04.2017 г.

Председатель — А.Е. Демко

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. К.В.Павелец, Р.Г.Аванесян, О.Г.Вавилова, П.С.Фёдорова, Г.Н.Флоровский, Ю. Д.Костина (кафедры факультетской им. проф. А.А.Русанова и общей хирургии ГБОУ ВПО СПбГПМУ, Мариинская больница). **Вариант хирургического лечения рака общего желчного протока.**

Больной К., 76 лет, поступил в экстренном порядке в Мариинскую больницу 01.12.2014 г. с жалобами на желтушность склер и кожи, кожный зуд, дискомфорт в верхних отделах живота, общую слабость. Описанные жалобы беспокоят с конца ноября 2014 г., постепенно нарастают. При обследовании, по данным КТ, УЗИ брюшной полости, выявлено образование в общем желчном протоке (ОЖП) около 2,5 см диаметром, интимно прилежащее к правой доле артерии, холангиоэктазия до 14 мм, расширение внутрипеченочных желчных протоков до 8 мм. Стентирование ОЖП выполнено 11.12.2014 г. Больной выписан в удовлетворительном состоянии к онкологу по месту жительства 17.12.2014 г. В 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы он поступил 08.01.2015 г. Холцистэктомия, резекция ОЖП, гепатикоеюностомия, лимфодиссекция произведены 12.01.2015 г. Во время операции проведен сеанс внутривенной фотодинамической терапии с облучением зоны удаленного препарата. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренаж из подпеченного пространства удален на 5-е сутки. Выписан на 11-е сутки после операции. Гистологическое заключение: высокодифференцированная аденокарцинома с прорастанием всех слоёв стенки ОЖП, лимфатические узлы и края резецированного препарата без патологических изменений. Послеоперационный диагноз: высокодифференцированная аденокарцинома ОЖП T3N0M0. Больной обследован в плановом порядке через 8 мес и 1,3 года после операции. Состояние удовлетворительное. Данных за продолженный рост опухоли, прогрессирование не получено.

Ответы на вопросы. Вначале планировали панкреатодуоденальную резекцию. Стент установлен в другом отделении. За 3 нед больной похудел на 14 кг, сейчас похудение остановилось. В 2013 г. перенёс стентирование венечных артерий сердца. Аритмия исчезла. Были 3 приступа гектической лихорадки.

Прения

Д.А.Гранов. При длительном нахождении стента в протоке удалить его крайне трудно. Избранный вариант лечения нередкий. Лимфодиссекция адекватна.

М. Д.Ханевич. Представлен классический подход к лечению рака ОЖП: восстановление проходимости (стент), радикальная операция. Отступление от опухоли 3–5 мм достаточно. Больной подлежит наблюдению.

К.В.Павелец. Мы настаиваем на преимуществе предварительного наружного дренирования перед стентированием. Оно реже сопровождается холангитом.

А.Е. Демко (председатель). Представлен современный подход к лечению рака протока и механической желтухи: сначала наружный дренаж, а потом радикальная операция. Стентирование ограничивает возможности радикальной операции.

2. М. Д.Ханевич, Н.А.Карасева, И.В.Егорова, И.Ю.Басария, Е.Ю.Юрьев, М.А.Гипарович (СПбГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»). **Успешное комплексное лечение больной старческого возраста раком желудка IV стадии.**

Больная П., 82 лет, обратилась в поликлинику СПбГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер» в апреле 2015 г. с жалобами на умеренную слабость, повышенную утомляемость, боли в левом подреберье постоянного характера, затруднение прохождения твёрдой пищи с октя-

бря 2014 г. В результате обследования установлен диагноз: рак кардиального отдела желудка cT3NxM0. Наиболее значимые сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь II степени, артериальная гипертензия II стадии, пароксизм фибрилляции предсердий, тахисистолия, сердечная недостаточность II степени (по NYHA), риск ССО IV степени; варикозная болезнь нижних конечностей. Эндокринная система: рецидив узлового нетоксического зоба (хирургическое лечение в 1983 г.), эутиреоз, частичный парез гортани. 20.04.2015 г. больной произведена диагностическая лапароскопия, которая не позволила окончательно установить распространенность опухолевого процесса. Выполнен переход на лапаротомию. Установлено, что опухоль врастает в забрюшинное пространство, хвост и тело поджелудочной железы, имеется метастатическое поражение лимфатических паракардиальных узлов, по ходу левой желудочной артерии, чревного ствола, а также выявлены плотные парааортальные лимфатические узлы. При гистологическом исследовании метастатическое поражение подтверждено. Рестадирование заболевания: cT4N2M1. Опухоль признана нерезектабельной. Тем не менее, консилиумом принято решение о проведении химиотерапии (ХТ). С 13.05.2015 г. по 12.01.2016 г. проведено 11 циклов 1-й линии ХТ по схеме FLO. При очередной контрольной КТ живота и ФГДС установлена полная ремиссия. Больная повторно обсуждена на консилиуме. Принято решение произвести повторное хирургическое вмешательство. 23.05.2016 г. произведена лапаротомия, сагиттальная диафрагмотомия, гастрэктомия с лимфодиссекцией D2. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии. В качестве адъювантного лечения проведено 2 цикла ХТ по схеме FLO. В настоящее время больная социально адаптирована. Проживает в сельской местности. Ведёт домашнее хозяйство. Данных за прогрессирование заболевания нет.

Ответы на вопросы. По данным 2016 г., в РФ наблюдались 95 больных раком желудка на 100 000 человек. M1 — метастазы в парааортальных узлах. Дисфагия II степени уменьшилась и полностью прошла на фоне ХТ, нутритивной поддержки. Лимфодиссекцию считаем адекватной. Всегда исследуем 15–20 лимфатических узлов (все маркированные и удалённые).

Прения

Н.А.Карасева. После 11 циклов ХТ операция становится технически трудной вследствие спаечного процесса. Анастомоз сформирован по Ру — Ханту — Накаяме, аппаратным способом.

В.А.Кащенко. Демонстрация показывает прогресс в хирургическом лечении рака желудка. По международным стандартам, при местнораспространённом раке желудка неоадъювантная полихимиотерапия показана. У больной разрешилась дисфагия, операция прошла без осложнений. Важно предоперационное стадирование.

Д.А.Гранов. Налицо положительный результат полихимиотерапии, что удаётся не всегда. 11 циклов — более, чем неоадъювантная ХТ.

К.В.Павелец. Рак желудка не очень хорошо поддаётся ХТ, особенно у больных старческого возраста. Важна нутритивная поддержка. Степень дисфагии нужно рассматривать как II–III. Мы создаём инвагинационный анастомоз. В отличие от него, аппаратный анастомоз типа Ру, представленный авторами, чаще сопровождается рефлюкс-эзофагитом. Мы

наблюдали 14 подобных больных, часть из них пришлось оперировать повторно.

А.Е.Демко (председатель). Успех лечения больной достигнут благодаря мультидисциплинарному подходу, на фоне нутритивной поддержки, участием терапевта и кардиолога.

ДОКЛАД

А.М.Карачун, В.А.Кащенко, Р.В.Орлова, Ю.В.Пелипас, М.И.Глузман (ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова» Минздрава РФ, Санкт-Петербург, кафедры факультетской хирургии и онкологии медицинского факультета СПбГУ). **Возможности малоинвазивной хирургии в лечении гастроинтестинальных стромальных опухолей.**

Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) относятся к редким злокачественным новообразованиям. В России ежегодно регистрируется около 2500 больных с ГИСО. Более половины (60–70%) всех наблюдений ГИСО приходится на желудок. Основным методом лечения локализованных и местно-распространённых форм ГИСО желудка является хирургический. Принципы оперативной техники заключаются в выполнении экономных органосохраняющих операций, осуществлении R0-резекций, избегании повреждения псевдокапсулы опухоли, а также отказе от рутинного выполнения лимфодиссекции. В связи с этим в последние годы все больше возрастает интерес к лапароскопическим и эндоскопическим технологиям в лечении ГИСО. В 2010–2016 гг. нами выполнены 116 хирургических вмешательств по поводу ГИСО желудка, тонкой кишки и забрюшинного пространства. У 48 пациентов операция произведена открытым доступом, у 40 больных — лапароскопическим способом, у 22 пациентов выполнено внутриспросветное эндоскопическое удаление опухоли (методом эндоскопического туннелирования подслизистого слоя) либо полностенная эндоскопическая резекция, в 6 случаях применен гибридный подход, заключающийся в одновременном использовании лапароскопической и эндоскопической техники. Средний размер образований, удалённых эндоскопически, составил 2,3 см, в группе гибридных вмешательств — 3,5 см, при лапароскопическом доступе — 4,9 см, среди открытых операций — 9,1 см. В среднем, больные находились в стационаре в течение 11 дней. Длительность эндоскопических внутриспросветных операций составила от 25 до 190 мин, лапароскопических — от 50 до 180 мин, открытых — от 50 до 310 мин, гибридных — от 110 до 260 мин. Средняя кровопотеря — 140 мл. Ни в одном наблюдении фрагментации опухоли в процессе эндоскопического либо лапароскопического вмешательства не было. По данным патоморфологического исследования, R0-резекция выполнена у всех больных. Гладкий послеоперационный период наблюдался у 90,5% пациентов. У 9 больных развились осложнения типа IIIb (по классификации Clavien — Dindo), у 2 — IIIa. Таким образом, эндоскопический и лапароскопический доступы могут быть применены при локализованных формах ГИСО желудка, а тип и объём оперативного вмешательства зависят от размеров, характера роста и локализации опухоли.

Ответы на вопросы. Все больные оперированы по поводу локализованных форм. У всех больных применялись иммуногистохимические исследования. Уточнённый диагноз позволял ограничивать объём операции. Опухоли тонкой

кишки не нуждаются в лимфодиссекции, достаточно резекции кишки.

А.Е. Демко (председатель). Доклад познакомил хирургов с лечением редкого заболевания.

Поступил в редакцию 17.07.2017 г.

2489-е заседание 26.04.2017 г.

Председатель — Б.Н.Котив

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. Н.Ю.Коханенко, Л.Е.Федотов, Р.Г.Аванесян, А.В.Глебова, А.Р.Рзаева (кафедры факультетской им. проф. А.А.Русанова и общей хирургии с курсом эндоскопии ГБОУ ВПО СПбГПМУ, городская Мариинская больница). **Трудности диагностики и лечения синдрома Мирицци I типа при бескаменном хроническом холецистите.**

Больной Г., 56 лет, в 2013 г. поступил в клинику по поводу механической желтухи. В другом лечебном учреждении, по данным магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ), возникло подозрение на холангиокарциному общего печеночного протока ниже конfluence. В Мариинской больнице при МРХПГ диагноз был подтвержден. Из сопутствующих заболеваний у больного имелся хронический вирусный гепатит С, выраженная портальная гипертензия. Была выполнена пункционная холангиостомия, затем эндоскопическое стентирование общего желчного протока. В 2015 г. пациенту проводилось лечение вирусного гепатита С, после которого соответствующий антиген в крови перестал определяться. В мае 2015 г. стент сместился и был удален. 10.02.2016 г. больной заметил пожелтение кожи и склер. Больной госпитализирован в 6-е хирургическое отделение для обследования и лечения. Обследован (УЗИ, эндосонография, МРХПГ). 16.02.2016 г. выполнено чрескожное чреспеченочное наружное дренирование левого долевого протока, пункционная холецистостомия под УЗИ- и рентгенологическим контролем. Желтуха не уменьшалась, состояние больного ухудшилось. По данным УЗИ, выявлен тромбоз воротной вены. Впервые появилась гипергликемия. Проводилось консервативное лечение (антибактериальная, антикоагулянтная, инфузионная терапия, вводили гепатопротекторы). Наступила реканализация воротной вены. Состояние больного улучшилось. Желтуха значительно уменьшилась. После контрольной фистулохолангиографии дренаж желчных протоков перекрыт. 12.03.2016 г. больной выписан с дренажами на амбулаторное лечение. 21.03.2016 г. он поступил в плановом порядке. 23.03.2016 г. выполнена холецистэктомия. Чрескожный чреспеченочный наружный дренаж оставлен для контроля. Послеоперационный диагноз: хронический бескаменный холецистит. Синдром Мирицци I типа. Механическая желтуха. Состояние после наружного дренирования желчных протоков и желчного пузыря от 16.02.2016 г. Цирроз печени. Портальная гипертензия. Послеоперационный период протекал без особенностей. На 11-е сутки больной был выписан на амбулаторное лечение. Дренаж удален через месяц после операции после контрольной фистулографии. Патологических изменений желчных протоков не выявлено. В настоящее время пациент чувствует себя удовлетворительно. По данным контрольного обследования

(УЗИ брюшной полости, МРХПГ), желчной гипертензии не выявлено.

Продemonстрирован видеофильм беседы с больным, который жалоб не предъявляет.

Ответы на вопросы. Ранее был обнаружен конкремент в правом мочеточнике. Цель холецистостомии — диагностика и декомпрессия. Операция открытая. Имело место плоскостное сращение шейки пузыря и общего желчного протока. Гистологическое заключение: хронический холецистит, обострение. Описаны около 10 наблюдений больных с синдромом Мирицци без камней. Это наблюдение — второе, опубликованное в зарубежном журнале. Транспеченочное дренирование левых протоков было более удобно технически. Трудно исключить портально-билиарную гипертензию.

Прения

Н.А.Майстренко. В наблюдении больного с синдромом Мирицци конкременты были обязательными. Здесь описаны длинный пузырный проток, свища не обнаружено, не описано состояние кармана Гартманна. Стентирование позволило чаще выполнять лапароскопические операции. При I типе синдрома допустимы лапароскопические операции, при II–III — открытое вмешательство логичнее. РХПГ позволяет поставить диагноз в 100 % наблюдений. Протоки остались широкими. МРХПГ неинвазивна, но менее информативна. Послеоперационное гистологическое исследование не вполне доказательно. Может быть, конкремент выпал.

А.Е. Демко. На фоне гепатита транспеченочные вмешательства опасны. Мы наблюдали 12 больных с синдромом Мирицци, троих оперировали лапароскопически. Пузыри, как правило, сморщенные. Первым этапом лучше делать дренирование протоков, лучше правых.

Н.Ю.Коханенко. Мирицци описывал не камни, а сужение протока. При большом пузыре протоки видны плохо. Сначала думали об опухоли, поэтому установили стент. При синдроме I типа дефектов пузыря и протоков нет. До операции различить I и II тип невозможно, поэтому многие хирурги против лапароскопических операций, они рискованны.

Б.Н.Котив (председатель). Главное достижение в лечении больного — его хорошее состояние. На первом месте у больного имелся хронический гепатит. Значительную роль в патогенезе сыграла портальная гипертензия. Портальная билиопатия с тромбозом воротной вены вызывает стриктуры протоков, это нужно дифференцировать от склерозирующего холангита. Можно было ограничиться мукоклазией и частичным удалением пузыря. Оперирующему хирургу виднее, возможно, это был вариант синдрома Мирицци.

2. А.Е. Демко, В.Р.Гольцов, В.И.Кулагин, М.И.Андреев, М.И.Сафоев, А.М.Антонова, Т.А.Шумакова (ГБУ СПбНИИСП им. И.И. Джанелидзе, кафедра общей хирургии СЗГМУ им. И.И. Мечникова). **Перфорация двенадцатиперстной кишки при выполнении эндоскопической папиллосфинктеротомии.**

Больной Ф., 69 лет, поступил в СПбНИИСП 25.02.2016 г. для лечения желчнокаменной болезни, холедохолитиаза. В течение последних 3 мес беспокоили приступы болей в правом подреберье. При УЗИ и МРТ в желчном пузыре выявлены мелкие камни диаметром 0,2 см, общий желчный проток (ОЖП) — 1,0 см, в дистальном отделе камень 0,5 см и стриктура протяженностью 1,4 см. 29.02.16 г. произведена попытка ЭПСТ. Канюлировать нормально расположенный большой сосочек (БДС) двенадцатиперстной кишки (ДПК)

с первой попытки и после рассечения ампулы не удалось. Линия разреза расширена от области рассечения в левую сторону в направлении 9–10 ч условного циферблата. При этом получен ложный ход и активное кровотечение из краёв разреза. Кровотечение остановлено монополярной коагуляцией. В проток поджелудочной железы поставлен полимерный стент. Появилась обширная эмфизема на шее, на груди, в средостении. Прогрессивно стала нарастать одышка. Манипуляция прекращена. Через 3 ч произведена экстренная лапаротомия. В брюшной полости выпота и свободного газа нет. Забрюшинная клетчатка вокруг ДПК и печёчно-двенадцатиперстная связка имbibированы пузырьками воздуха. Желчного и геморрагического пропитывания нет. Дефект в кишке не определяется. Желчный пузырь напряжён, размерами 10×4×3 см, с мелкими камнями. ОЖП напряжён, расширен до 1,2 см, пальпаторно — без камней. Поджелудочная железа обычных размеров, уплотнена. Стеатонекрозов нет. Выполнена типичная холецистэктомия. Над ДПК произведена холедохотомия. При ревизии камней в протоке не выявлено. Буж № 1 в кишку не проходит из-за стриктуры в дистальном отделе. В нисходящем отделе ДПК произведена дуоденотомия. Вокруг области ЭПСТ имеется участок коагуляционного некроза 1,5×1,0 см, по нижнему краю которого в стенке кишки обнаружен сквозной дефект 0,2×0,1 см. Дефект зашит изнутри. Герметизм кишки восстановлен. Стент из протока поджелудочной железы удалён. На буже № 4 произведено рассечение стриктуры дистального отдела ОЖП на протяжении 1 см. Пройодимость общего желчного протока восстановлена. Нитями на атравматических иглах выполнена папиллосфинктеропластика с включением в неё шва, которым зашит дефект в ДПК. ОЖП дренирован через культю пузырного протока. Восстановлена целостность ДПК и ОЖП. Контрольные дренажи к печени и в малый таз. В послеоперационном периоде развился среднетяжёлый панкреатит и ограниченный парапанкреатит (увеличение железы до 3,25×2,0×2,9 см, повышение активности амилазы, парапанкреатическая инфильтрация и жидкостные скопления вокруг головки и части тела, серозное, с переходом в гнойное, отделяемое по дренажам), которые разрешились при консервативных мероприятиях. При контрольной рентгенографии желудка и фистулографии затёков за пределы ДПК и ОЖП не выявлено. На 52-е сутки в удовлетворительном состоянии больной выписан на амбулаторное лечение. Находится под наблюдением. Жалоб не предъявляет.

Ответы на вопросы. Желтушность была незначительной. Камень в желчном протоке (до 5 мм) был плавающим. После операции лихорадки не отмечено. Зондовое питание не проводилось. После папиллосфинктеротомии (ПСТ) стент был не нужен, его убрали. Вопрос о билиодигестивном анастомозе не рассматривался.

Прения

Н. Ю. Коханенко. ПСТ достаточна при стриктуре длиной 14 мм и менее. Авторы убедительно показали преимущества и осложнения малоинвазивных вмешательств.

К. В. Павелец. Следует поздравить авторов, встретивших 3 больных с панкреатитом после 600 ПСТ. Правильно, что зашили, причём изнутри, а не стентировали. Стенты более показаны при раке.

Б. Н. Котив (председатель). Малоинвазивные вмешательства опасны при протяжённых стриктурах. Они хороши при ущемлённых камнях. Данный способ устранения стриктуры и его осложнения оптимален.

ДОКЛАД

Н. Ю. Коханенко, Л. З. Гурицкая, А. Л. Луговой, Е. В. Пыхтин, С. А. Данилов (кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова ГБОУ ВПО СПбГПМУ, СПбГБУЗ «Городская Покровская больница»). **Особенности патогенеза, диагностики и лечения острого холецистита у больных с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями.**

Проблема взаимного отягощения острого холецистита (ОХ) и различных проявлений ишемической болезни сердца (ИБС) является наиболее сложной. Частота последней среди всех сопутствующих заболеваний у таких пациентов достигает 60 %. Появление клинически значимой сердечной недостаточности в фазе гнойного осложнения ОХ особенно прослеживается у больных с деструктивными формами этого заболевания. Развитие синдрома малого выброса усугубляет регионарные расстройства гемодинамики, в том числе перфузию системы пуэрной артерии, что является ещё одной составляющей синдрома взаимного отягощения. Лечение больных этой группы является чрезвычайно сложной задачей. Летальность при этом достигает 17 %. В докладе приведены результаты лечения 210 пациентов, оперированных за последние 5 лет. Дана оценка не только лечебных, но и диагностических процедур. Подробно освещены результаты применения малоинвазивных методов лечения острого холецистита. Отдельно выделены рекомендации по выявлению острого инфаркта миокарда у больных с острым холециститом с использованием маркёров повреждения миокарда. Вся выборка из 210 пациентов была разделена на 4 группы, согласно применению хирургического метода. В 1-ю группу включили пациентов после лапароскопической холецистэктомии (133 больных, 63,3 %), 2-ю группу составили больные после мини-доступа (44, 30 %). У 18 пациентов (8,6 %) применён традиционный лапаротомный метод — 3-я группа. 4-ю группу составили 15 больных (7,1 %), у которых была выполнена только холецистостомия под контролем УЗИ органов брюшной полости. Методом выбора лечения ОХ при сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваниях считаем лапароскопическую холецистэктомию. При противопоказаниях для создания повышенного давления в брюшной полости у больных этой группы необходимо использовать мини-лапаротомию. Лапаротомия в лечении ОХ с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями должна быть вынужденным методом при развитии осложнений ОХ и жёлчнокаменной болезни и высоком риске повреждения желчевыводящих путей. Применение инновационных методик диагностики, дисциплинированное и этапное лечение данного заболевания позволяет по-новому взглянуть на проблему, а также значимо улучшить результаты лечения острого холецистита у больных с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями, что позволило снизить летальность в 3 раза.

Ответы на вопросы. При плотном инфильтрате выполняем лапаротомию. Анализ ретроспективный. Выбор доступа определялся тяжестью сопутствующих заболеваний.

Б. Н. Котив (председатель). Хочется услышать более точные критерии оценки степени тяжести. Необходимо учитывать сроки заболевания, возможность неоперативного лечения. Лапаротомия в настоящее время — вынужденная операция, когда требуется конверсия доступа. Доклад современен,

потому что больные становятся старше, а сопутствующие заболевания с возрастом — все более тяжёлыми.

Поступил в редакцию 17.07.2017 г.

2490-е заседание 10.05.2017 г., посвященное Дню Победы

Председатели — Б.Н.Котив, Н.Ю.Коханенко

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *И.М.Самохвалов, А.А.Рудь, В.И.Бадалов, Н.Г.Бобровский, М.Б.Борисов, В.В.Наумченко, Д.Г.Гребнев* (ФГБВОУВО «ВМедА им. С.М.Кирова» МО РФ). **Успешное лечение инфекционных осложнений у раненой с тяжелым сочетанным взрывным ранением головы, живота, таза, конечностей.**

Раненая Б., 36 лет, переведена в клинику военно-полевой хирургии через 32 сут после взрывного ранения при обстреле г. Алеппо (САР). На предыдущих этапах лечения выполнены: срединная лапаротомия по поводу осколочного проникающего ранения живота, резекция тонкой кишки; ПХО ран левой половины таза и правого бедра, обширной раны левой голени; фиксация переломов правой бедренной кости и костей левой голени стержневым аппаратом; ампутация правой голени; экзартикуляция правой кисти. Проводились интенсивная терапия и местное лечение. Диагноз: тяжелое взрывное сочетанное ранение головы, живота, таза, конечностей 16.07.2016 г. Последствия ЗЧМТ в виде астенического синдрома. Окрепший послеоперационный рубец передней брюшной стенки после операции 16.07.2016 г. — срединной лапаротомии, резекции тонкой кишки (с анастомозом) по поводу осколочного проникающего ранения живота с повреждением тонкой кишки. Вяло гранулирующие раны переднебоковой поверхности таза после осколочного слепого непроникающего ранения таза с фрагментарным стабильным переломом левой подвздошной кости, осложненного остеомиелитом правой подвздошной кости. Последствия множественных осколочных ранений конечностей. Неокрепший рубец правого предплечья после экзартикуляции правой кисти по поводу её разрушения. Огнестрельный фрагментарный перелом правой бедренной кости с её дефектом, фиксированный стержневым аппаратом внешней фиксации 16.07.2016 г. Вяло гранулирующая рана культи правой голени после ампутации правой голени на уровне верхней трети по поводу её разрушения. Огнестрельный перелом костей левой голени с дефектом большеберцовой и малоберцовой костей, обширным дефектом мягких тканей (2/3 окружности), фиксированный в стержневом аппарате 16.07.2016 г. Обширная вяло гранулирующая рана голени, остеомиелит и остеонекроз (на протяжении 11 см) отломков большеберцовой кости. Околораневая флегмона левой голени. Глубокий пролежень крестцовой области. Сепсис. После проведённого обследования раненой выполнен ряд хирургических вмешательств, направленных на купирование остеомиелитического процесса; лечение обширной гнойно-некротической раны правого бедра, остеомиелита бедренной кости с этапной пластикой раневого дефекта; лечение остеомиелита костей правой голени с обширным дефектом мягких тканей передней поверхности голени, закрытие раневого дефекта. Проводилось активное местное лечение ран с учетом фаз раневого

процесса, с использованием дозированного растяжения тканей и контролируемого отрицательного давления, острого укорочения конечности. В результате комплексного лечения с участием травматологов, протезистов, специалистов по раневой инфекции и микробиологов удалось купировать остеомиелит костей таза, добиться очищения обширной гнойно-некротической раны правого бедра и левой голени с последующей пластикой обширных раневых дефектов перемещёнными лоскутами и свободной аутодермопластикой. На данный момент у больной зажили раны таза, конечностей; отломки правой бедренной кости фиксированы интрамедуллярным стержнем с антибактериальным покрытием, кости левой голени фиксированы в аппарате Илизарова. Общая длительность лечения — 243 сут. Проводится медицинская реабилитация.

Ответы на вопросы. Все этапы лечения согласовывали с больной. Применяли VAC-системы (дозированное отрицательное давление). Микробиота ран была самой разнообразной — клебсиелла, синегнойная палочка и др. Малоберцовый нерв был повреждён, и стопа свисает. Пострадал один ребенок из троих.

Н.Ю.Коханенко (председатель). Больную, прикрывшую собой детей, спасали ради жизни её и детей.

2. *И.М.Самохвалов, В.Ю.Маркевич, А.В.Гончаров, В.В.Суворов, П.И.Кураев, К.В.Петухов* (кафедра военно-полевой хирургии ФГБВОУВО «ВМедА им. С.М.Кирова» МО РФ). **Неоперативное лечение тяжёлого сочетанного колото-резаного ранения головы, шеи, груди, живота, конечностей.**

Пострадавшая Д., 29 лет, доставлена в клинику ВПХ спустя 40 мин после получения множественных ножевых ранений головы, шеи, груди, живота, конечностей. На месте ранения АД 90/60 мм рт. ст. Наложены повязки, внутривенно введено 400 мл плазмозаменителей. При поступлении больная в ясном сознании, АД 100/60 мм рт. ст. При сокращённом (FAST) УЗИ жидкости в правой плевральной полости и полости перикарда не обнаружено. В брюшной полости — сомнительные признаки жидкости в надпечёночном пространстве. На обзорной рентгенограмме груди — правосторонний гемопневмоторакс. Анализ крови: Нб 105 г/л, эр. $3,37 \cdot 10^{12}/л$, гематокритное число 0,298. В противошоковой операционной произведены торакоцентез, дренирование правой плевральной полости во втором и четвертом межреберьях. По нижнему плевральному дренажу выделилось 250 мл крови. Одновременно осуществлена остановка продолжающегося наружного кровотечения из двух ран верхней трети правого плеча и раны поясничной области справа; зашивание остальных ран. Учитывая стабильное состояние пострадавшей, для уточнения характера ранения шеи, груди, брюшной полости и исключения внутреннего кровотечения выполнена КТ-ангиография. Данных за повреждение крупных сосудов и полых органов шеи не выявлено. Отмечается эмфизема мягких тканей шеи, правой половины груди, мягких тканей спины. Малый правосторонний гемопневмоторакс, геморрагическое пропитывание IX и X сегментов правого легкого. КТ-картина повреждения VII–VIII сегментов правой доли печени с признаками минимального продолжающегося кровотечения из ветвей вен системы воротной вены. Диагноз: тяжелое сочетанное колото-резаное ранение головы, шеи, груди, живота, конечностей. Множественные (5) слепые ранения лица. Слепое глубокое ранение мягких тканей II зоны шеи слева. Множественные

(2) слепые проникающие ранения правой половины груди с повреждением правого легкого. Закрытый правосторонний пневмоторакс, малый гемоторакс. Слепое непроникающее ранение левой половины груди. Слепое торакоабдоминальное ранение справа с повреждением правого купола диафрагмы, слепым ранением VII–VIII сегментов правой доли печени (III степени по AAST). Множественные (11) слепые ранения мягких тканей правого плеча, предплечья, левого предплечья, пальцев правой кисти. Острая кровопотеря средней степени. Продолжающееся наружное кровотечение. Травматический шок I степени. Учитывая ясное сознание и стабильную гемодинамику у пострадавшей, а также характер выявленных находок, принято решение о неоперативном лечении повреждения VII–VIII сегментов правой доли печени. Пострадавшая переведена в отделение реанимации, где проводили постоянное наблюдение за показателями гемодинамики, отделяемым по дренажам из правой плевральной полости, общими анализами крови. Выполняли контрольные УЗИ, которые показывали отсутствие свободной жидкости в брюшной и плевральной полостях. Через 6 ч в клиническом анализе крови отмечено уменьшение содержания Нб до 72 г/л, эр. до $2,29 \cdot 10^{12}/л$, гематокритного числа до 0,203. Выполнена контрольная КТ-ангиография живота, при которой признаков продолжающегося кровотечения в области ранения печени не получено, свободная жидкость в брюшной полости не определялась. Для коррекции анемии перелито 2 дозы эритроцитарной массы, 500 мл СЭП. В контрольном клиническом анализе крови Нб 93 г/л, эр. $3,0 \cdot 10^{12}/л$, гематокритное число 0,260. При дальнейшем наблюдении показатели гемодинамики у пострадавшей оставались стабильными, отмечался рост содержания гемоглобина, количества эритроцитов в крови. На 3-и сутки больная переведена в профильное отделение, плевральные дренажи удалены на 4-е сутки. На 6-е сутки выполнена контрольная КТ-ангиография груди и живота, при которой дополнительных патологических находок не выявлено. На 7-е сутки пострадавшая выписана в удовлетворительном состоянии.

Ответы на вопросы. Все этапы лечения согласовывались с больной. Методика FAST-УЗИ не подразумевает сертификации исполнителя, но в клинике специалисты есть. Из плевральной полости получено сначала 350 мл, потом 150 мл крови. Вся одежда была пропитана кровью. В течение 6 лет наблюдали около 20 подобных пострадавших с травмами живота, в том числе с травмами селезенки и кровопотерей до 1,5 л. У больной кровь в брюшной полости была, но на 3-и сутки она не определялась. При продолжающемся кровотечении выполняем лапаро- и торакоскопию. Имеются возможности эндоваскулярного гемостаза, в том числе при ранениях селезенки. Признаков ранения пищевода и трахеи не было, в том числе по данным КТ.

Прения

С.Я.Ивануса. В коллективе накоплен большой опыт избегания ненужных вмешательств. Методика может быть применена, но требует сертификации специалистов.

И.М.Самохвалов. Это хирургия мирного времени. В условиях войны её трудно осуществить. Сертификация специалистов нужна, но не всегда возможна. Раньше рентгенограммы оценивали хирурги.

Н.Ю.Коханенко (председатель). Выжидательная тактика может быть рекомендована только в высококвалифицированной клинике, широко рекомендовать её нельзя.

ДОКЛАД

Б.Н.Котив, И.М.Самохвалов, В.И.Бадалов, В.В.Северин, С.В.Гаврилин, А.Н.Петров, А.В.Гончаров, К.П.Головкин, А.А.Пичугин, Ю.А.Лошенко (ФГБВОУВО «ВМедА им. С.М.Кирова» МО РФ). Современные тенденции в оказании хирургической помощи раненым на этапах медицинской эвакуации.

Современная отечественная военно-полевая хирургия интенсивно развивается. Совершенствуются организационные формы оказания медицинской помощи и хирургического лечения раненых, определяющиеся действующей военной доктриной РФ (2014 г.) и Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 2011 г. Сохраняет свое значение, но изменяется по содержанию квалифицированная (сокращённая специализированная) хирургическая помощь (2-й уровень). Её оказывают тяжелораненым в объеме, необходимом для спасения жизни, предупреждения угрожающих жизни осложнений и подготовки к дальнейшей эвакуации, в том числе в рамках тактики «многоэтапного хирургического лечения» (damage control surgery). Остальные раненые получают предэвакуационную подготовку в объеме первичной врачебной медико-санитарной помощи. Специализированную хирургическую помощь по неотложным и срочным показаниям оптимально оказывать в ранние сроки в передовых многопрофильных госпиталях (3-й уровень) со специализированными группами усиления и использованием современных технологий хирургического лечения повреждений. Для их внедрения необходимо оснащение госпиталей мобильными компьютерными томографами, интраоперационными рентгеновскими системами (С-дугами), компактными УЗИ-аппаратами, лапаро- и торакоскопическими стойками, службой крови, современным лабораторным оборудованием и др. В современных условиях боевых действий (гибридные войны) плечо эвакуации может значительно удлиняться, что заставляет активно развивать санитарно-авиационную эвакуацию в тактическом и стратегическом звеньях с подготовленным медицинским персоналом. При использовании медицинских модулей (ММВ, ММС) противопоказаний к эвакуации по тяжести состояния в настоящее время не существует (за исключением неостановленного кровотечения и острой асфиксии). Важной проблемой является совершенствование системы подготовки хирургов, имеющих навыки лечения специфических боевых патологических состояний. В условиях формирующегося в стране непрерывного медицинского образования необходимо выработать оптимальные пути обучения военно-полевой хирургии.

Прения

А.Е. Демко. Рядом с военными, и в еще большей степени, страдают гражданские лица. Травмоцентры должны возглавлять выпускники военных учебных учреждений. Врачи должны знать принципы многоэтапности, возможностей неоперативного лечения.

Б.Н.Котив. Готовится школа военно-полевой хирургии. Дело не только в условиях работы. Необходимо заботиться о подготовке кадров, владеющих не только хирургией, но и лучшей диагностикой, даже ангиографией.

Н.Ю.Коханенко (председатель). Собрание хирургов, главным образом гражданских, получило новые полезные сведения о военно-полевой хирургии сегодняшнего дня.

Поступил в редакцию 17.07.2017 г.

2491-е заседание 24.05.2017 г.

Председатель — А.Л.Акопов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. С.Ф.Багненко, Н.Н.Шихвердиев, М.С.Новрузбеков, О.Н.Резник, А.Н.Ананьев, А.Е.Скворцов, В.С. Дайнеко, Д.О.Кузьмин, И.В.Ульянкина, Д.В.Гоголев, А.Р.Бигаев, С.Ю.Фалевко (ГБУЗ НИИСП им. Н.В.Склифосовского; ФГБОУВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова»; ГБУ СПбНИИСП им. И.И. Джанелидзе; ФГБОУВО ВМедА им. С.М.Кирова МО РФ). **Протезирование аортального клапана для лечения острого инфекционного эндокардита у реципиента печени в ранние сроки после её трансплантации с полной отменой иммуносупрессивной терапии.**

Пациент Г., 46 лет, поступил в клинику 26.08.2016 г. в тяжелом состоянии с диагнозом «криптогенный цирроз печени, по Чайлду — Пью класс С (12 баллов), по MELD — 18 баллов» для подготовки к трансплантации 30.08.2016 г. Больному выполнено эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода, 27.09.2016 г. — трансъюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование. Состояние пациента ухудшилось 20.10.2016 г. в связи с нарастанием печеночной недостаточности, гепаторенального синдрома и тяжелой печеночной энцефалопатии (MELD до 38 баллов). В условиях отделения реанимации пациенту выполнены 3 процедуры плазмообмена в сочетании с интенсивной симптоматической терапией. Пациент находился в реанимационном отделении до трансплантации печени. 06.11.2016 г. выполнена ортотопическая трансплантация печени по методике «Piggy back». Степень ишемически-реперфузионного повреждения трансплантата соответствовала минимальной. Больной получал глюкокортикоиды в 1–2-е сутки после трансплантации, с 3-х суток — трехкомпонентную иммуносупрессивную терапию. На фоне относительно благополучного течения послеоперационного периода, на 17-е сутки после трансплантации, у пациента появилась лихорадка до 39 °С, эпизоды фибрилляции предсердий по типу тахисистолии. Выполнена эхокардиография, выявлен тяжелый комбинированный порок аортального клапана с вегетацией 1,2 см. Диагностирован острый инфекционный эндокардит с преимущественным поражением аортального клапана. По жизненным показаниям полностью отменена иммуносупрессивная терапия, усилена антибактериальная терапия. На фоне лечения сохранялась тяжелая аортальная недостаточность, эпизоды нарушения ритма. Учитывая нарушения гемодинамики, неэффективность консервативного лечения, принято решение о необходимости хирургической санации очага инфекции. После относительной стабилизации состояния пациента 01.12.2016 г. выполнены санация корня аорты, протезирование аортального клапана механическим протезом. Ранний послеоперационный период протекал с сердечной слабостью, потребовавшей инотропной поддержки одним кардиотоником (адреналин). Дальнейшее течение осложнилось нарушением ритма сердца, купированным насыщением пациента кордароном. Функция трансплантата без ухудшения. Двух-, а затем и трехкомпонентная иммуносупрессивная терапия возобновлена с 10-х суток после протезирования клапана (36-е сутки после трансплантации печени). Состояние больного стабилизировано к 14-м суткам после кардиохирургического вмешательства, переведен для дальнейшего лечения в отде-

ление. После подбора дозы иммуносупрессивных препаратов 23.01.2017 г. пациент выписан на амбулаторное лечение.

Ответы на вопросы. Самочувствие больного удовлетворительное. Принимает варфарин. МНО=3. АД в пределах нормы. Отечно-асцитический синдром устранялся с трудом, требовался гемодиализ. Энцефалопатия не связана с TIPS, который функционировал до трансплантации. Стеноз клапана был до трансплантации. Опыт клиники — 4 трансплантации печени. Решение об отмене иммуносупрессивной терапии принимал консилиум, были противоположные мнения. Причина эндокардита — полисегментарная пневмония и сепсис. В лист ожидания больной введен после лигирования вен пищевода.

Прения

С.Я.Ивануса. Сейчас проводится Европейский форум по этой проблеме. Наблюдение показало эффективность подобного подхода у крайне тяжелого больного.

А.Л.Акопов (председатель). Несмотря на огромные материальные затраты, эффект лечения налицо.

2. С.Ф.Багненко, О.Н.Резник, А.Н.Ананьев, А.Е.Скворцов, А.А.Диге, С.Р.Лаврусенко, М.Ю.Шиганов, Д.О.Кузьмин, А.А.Кутенков, В.С.Дайнеко, Д.В.Гоголев, И.В.Ульянкина (ФГБОУВО ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, ГБУ СПбНИИСП им. И.И. Джанелидзе). **Комплексное этапное хирургическое лечение диализного пациента старшего возраста с распространенным атеросклерозом и поликистозом почек. Современное ведение листа ожидания трансплантации почки.**

Пациент М., 67 лет, госпитализирован в клинику 27.01.2015 г. с диагнозом «аутосомно-доминантная поликистозная болезнь, поликистоз печени, почек, хроническая болезнь почек V стадии, заместительная почечная терапия программным гемодиализом с 2010 г.». Перенёс острый инфаркт миокарда в области передней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки в 2011 г. Учитывая данные инструментального обследования, при котором диагностированы очаговые изменения миокарда, снижение систолической функции сердца, принято решение о выполнении коронароангиографии. Выявлено значимое многососудистое поражение коронарного русла: передняя межжелудочковая ветвь — диффузные стенозы в проксимальной и дистальной третях до 90%; огибающая ветвь — диффузный стеноз в средней трети до 75%; правая венечная артерия — диффузный стеноз в средней трети до 75%, окклюзия в дистальной трети ветви острого края, стеноз у устья 50%. 06.02.2015 г. выполнены бимаммарное и аутоартериальное коронарное шунтирование на работающем сердце. Ранний и поздний послеоперационный период — без осложнений. Выписан в удовлетворительном состоянии на 17-е сутки. Далее наблюдался у кардиолога центра трансплантации, получал многокомпонентную кардиотропную терапию. В рамках подготовки к трансплантации почки по программе «old-to-old» пациенту выполнена спиральная компьютерная томография: выявлены поликистозно-измененные почки: правая размерами 18,0×16,0×14,0 см, левая — 8,4×4,5×4,0 см. Для освобождения места для трансплантата и профилактики гнойных осложнений после трансплантации 29.06.2015 г. выполнена лапароскопическая нефрэктомия справа. Переведен из отделения реанимации в 1-е сутки, на 2-е сутки удалён дренаж, пациент активизирован, получал антибактериальную

терапию в течение 5 дней. Выписан в удовлетворительном состоянии на 5-е сутки после нефрэктомии. Пациент включен в лист ожидания на трансплантацию почки. 01.10.2015 г. выполнена моностеральная двойная трансплантация почек от донора с расширенными критериями. Трехкомпонентная иммуносупрессивная терапия начата в 1-е сутки после операции. Больной переведен из отделения реанимации на 2-е сутки в стабильном состоянии. Функция трансплантатов отсроченная, выполнено 4 сеанса гемодиализа, восстановление функции почечных трансплантатов наступило на 5-е сутки. После достижения целевой концентрации иммуносупрессивных препаратов больной выписан на 45-е сутки после операции. В настоящее время функция трансплантатов удовлетворительная: RI верхнего трансплантата 0,74–0,79, нижнего 0,72–0,76, содержание креатинина 0,158 ммоль/л, мочевины 12,7 ммоль/л.

Ответы на вопросы. Самочувствие больного значительно улучшилось. АД_{сист.} на уровне 110 мм рт. ст. Аппетит хороший. В листе ожидания больных в возрасте 60 лет и старше 15%. Диализ в Санкт-Петербурге выполняется у 2000 человек. Частота тромбозов при данной модификации ниже. Органы более молодых доноров стараемся пересаживать более молодым реципиентам. Выбор одной или двух почек основывается на количестве функционирующих нефронов (по результатам биопсии).

Прения

О.Н.Резник. Трансплантация почки уже не эксперимент. Главная проблема — дефицит органов. Доноры стали старше. 90% доноров — после черепно-мозговой травмы, 10% — после инсульта. У пожилых и старых доноров больше патологических изменений, но есть и доноры, и реципиенты в возрасте 70 лет и старше.

А.Л.Акопов (председатель). Трансплантология совершенствуется, и сфера ее применения расширяется, но возникают новые вопросы, нашедшие отражение в демонстрациях.

ДОКЛАД

А.Ф.Романчишен, Ф.А.Романчишен, И.В.Карпатский, К.В.Вабалайт (кафедра госпитальной хирургии ФГБОУВО СПбГПМУ, Санкт-Петербургский Центр эндокринной хирургии и онкологии). **Возможности и эффективность интраоперационного мониторинга возвратных гортанных и добавочных нервов при хирургических вмешательствах у больных раком щитовидной железы.**

В ходе операций по поводу рака щитовидной железы (РЩЖ) наиболее повреждаемыми жизненно важными структурами являются возвратные гортанные (ВГН) и добавочные нервы (ДН), а также паращитовидные железы. С 1974 по 2012 г. в Санкт-Петербургском Центре хирургии и онко-

логии органов эндокринной системы было выполнено 27 253 операции на щитовидной железе (ЩЖ). Одностороннее повреждение ВГН было отмечено в 0,78%, двустороннее — в 0,28% наблюдений. Мы провели специальное изучение хирургической анатомии ВГН и ДН при аутопсии 40 больных, погибших от различных других заболеваний, а также ВГН при 1717 операциях на ЩЖ, а также при 177 вмешательствах при шейных боковых лимфаденэктомиях (ШБЛАЭ). У 2390 больных РЩЖ неожиданный послеоперационный паралич мышц гортани был констатирован при ларингоскопии в 0,31% наблюдений. Интраоперационный мониторинг (ИОМ) ВГН и ДН мы применяем с 2000 г. Было выявлено около 30 вариантов взаимоотношений ВГН и нижней щитовидной артерии (НЩА). Определены 3 наиболее важные точки визуализации ВГН. Первая — надключичная точка, вторая — перекрещивание нижней щитовидной артерии (НЩА) и ВГН, третья — вхождение ВГН в мышцы гортани. Нам показалась наиболее подходящей для начала диссекции ВГН первая точка в надключичной области, потому что место перекреста ВГН и НЩА становилось доступным для визуального контроля. Наша техника диссекции ВГН позволила своевременно выявлять невозвратный гортанный нерв. Последний был обнаружен у 20 (0,40%) из 5010 оперированных пациентов. В 23 наблюдениях резецированный или поврежденный ВГН был восстановлен под контролем ИОМ ВГН. У 16 (69,6%) больных отмечено восстановление функции голосовых связок через 1–2 года после операций. С 2001 г. для выполнения ШБЛАЭ применяем змеевидный и MacFee доступы. Оптимальной точкой поиска и защиты ДН, по нашему мнению, является верхняя треть *m. sternocleidomastoideus*. В течение более 40 лет нашей практики в хирургии РЩЖ наша техника диссекции ВГН и ДН обеспечила снижение частоты повреждений этих структур при РЩЖ до 0,60 и 0,79% соответственно. Функциональную сохранность ВГН и ДН в конце операций регулярно контролируем с помощью ИОМ этих нервов. Таким образом, эстетичность хирургических доступов, анатомичность диссекции ВГН и ДН обеспечили улучшение функциональных и косметических результатов операций у больных злокачественными новообразованиями ЩЖ.

Ответы на вопросы. Частота повреждений нервов при доброкачественных новообразованиях (диффузный токсический зоб, зобы огромных размеров) такая же, как при раке. Считается, что при операциях на трахее выделять нерв не надо, но это не так. Мониторинг дополняет опыт, но он дорог. Эффект сшивания нерва достигается поздно (у 50–60% через 2–3 года).

А.Л.Акопов (председатель). При онкологических заболеваниях необходимый объем операции заставляет не всегда сберегать нервы, но опыт авторов заставляет принять его к сведению.

Поступил в редакцию 17.07.2017 г.