

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ОБЩЕСТВА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Председатель Правления — Э.В.Ульрих, ответственный секретарь — Д.А.Лебедев,
референт — Т.К.Немилова

477-е заседание 21.11.2012 г.,
посвящённое 10-летию кафедры урологии
ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова

Председатель — И.Б.Осипов

Кафедра урологии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова — первая в России, где ведётся преподавание урологии и детской урологии—андрологии как в рамках вузовского образования, так и в качестве последипломного повышения квалификации. Кроме того, на кафедре регулярно обучаются клинические ординаторы и аспиранты по тем же специальностям. Всего за 10-летний период прошли обучение 53 клинических ординатора и 15 аспирантов. Сотрудниками кафедры опубликованы более 250 научных работ в различных печатных изданиях, в том числе зарубежных. Базы кафедры — в ведущих клинических учреждениях Санкт-Петербурга.

На кафедре успешно ведётся работа студенческого научного общества.

Сотрудники кафедры свято берегут традиции, заложенные учителями: чл.-кор. АМН СССР Г.А.Баиловым, проф. В.Н.Ткачуком, д-ром мед. наук Е.А.Остропольской, проф. Б.К.Комяковым.

В прениях и поздравлениях выступили члены общества, подчеркнувшие большой вклад кафедры в развитие детской урологии в Санкт-Петербурге.

Поступил в редакцию 18.06.2014 г.

478-е заседание 19.12.2012 г.,
посвящённое вручению премии С.Д.Терновского
«За большой вклад в развитие
детской хирургии» главному детскому хирургу
Санкт-Петербурга Т.К.Немиловой

Председатель — Э.В.Ульрих

Т.К.Немилова. Актовая речь на вручении премии
«Детская хирургия: прошлое, настоящее, будущее».

В актовой речи представлены основные этапы развития хирургии новорождённых в нашей стране. Рождением этого раздела детской хирургии обоснованно считается 1965 г., когда Г.А.Баиловым впервые в нашей стране была проведена операция при атрезии пищевода под интубационным наркозом (первый интубационный наркоз у новорождённого в нашей стране — Г.А.Бойков). В последующем несколько кардинальных событий позволили стремительно развивать

неонатальную хирургию, в том числе, прежде всего, развитие неонатальной анестезиологии—реанимации. На новую ступень «взошла» хирургия новорождённых с введением антенатальной скрининговой диагностики врождённой патологии. И совершенно новым этапом в хирургической неонатологии стала эра эндоскопической хирургии.

Поступил в редакцию 18.06.2014 г.

479-е заседание 16.01.2013 г.

Председатель — В.Г.Баиров

ДОКЛАД

М.В.Щебеньков, Н.А.Лотовская (кафедра детской хирургии СЗГМУ им. И.И.Мечникова, ДГКБ № 5 им. Н.Ф.Филатова). Работа Центра эндоскопии и эндовидеохирургии в условиях детского многопрофильного стационара.

В современной детской хирургии широко используются и успешно конкурируют с традиционными методами оперативного лечения малоинвазивные эндовидеохирургические технологии. Возможности эндовидеохирургического оборудования, появление ультратонких эндоскопов, телескопов и инструментария позволяют сегодня решать самые сложные лечебно-диагностические задачи практически во всех областях детской хирургии с минимальной хирургической травмой для пациентов любого возраста.

В ДГКБ № 5 им. Н.Ф.Филатова в 1985 г. организован Центр детской эндоскопии и эндовидеохирургии, объединивший все хирургические отделения стационара: два общехирургических, гинекологическое, травматологическое, нейрохирургическое, эндоскопическое и ЛОР-отделения с целью широкого внедрения в постоянную клиническую практику щадящих эндовидеохирургических методик. В задачи центра входило оснащение операционных клиник современным эндовидеохирургическим оборудованием и инструментарием, обучение специалистов методам малоинвазивной хирургии, внедрение новых перспективных методик и технологий.

В настоящее время все 7 операционных стационара оснащены видеохирургической аппаратурой и инструментарием, позволяющим проводить вмешательства в круглосуточном режиме. В стационаре сегодня 55% хирургических вме-

шательств проводятся с использованием малоинвазивных видеохирургических технологий.

Для обучения врачей основам эндоскопической хирургии создан на базе стационара симуляционный класс, позволяющий проводить отработку и постоянный тренинг мануальных навыков. Проводятся обучающие семинары, конференции и мастер-классы с привлечением ведущих видеохирургов страны. В стационаре 32 специалиста владеют видеохирургическими технологиями.

Обучение специалистов — видеохирургов проводится с участием кафедры детской хирургии СЗГМУ им. И.И. Мечникова на цикле тематического усовершенствования с оформлением соответствующего удостоверения, позволяющего хирургу юридически применять современные эндоскопические технологии на практике. За счёт организации центра эндоскопии и эндовидеохирургии нам удалось:

- создать материальную техническую базу для развития видеохирургии;
- рационально использовать дорогостоящее эндоскопическое оборудование в интересах всех хирургических отделений;
- организовать круглосуточную эндовидеохирургическую помощь;
- создать базу для обучения врачей малоинвазивным технологиям.

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *М.В.Щебенков, Н.А.Лотовская, В.В.Головатинский* (ДГКБ № 5 им. Н.Ф.Филатова). **Липома забрюшинного пространства, симулирующая пахово-мошоночную грыжу.**

Представлен редкий клинический случай у пациента 5-летнего возраста, поступившего для планового хирургического лечения по поводу правосторонней пахово-мошоночной грыжи. Во время лапароскопии выявлена большая липома забрюшинного пространства (признаков грыжи нет). Вмешательство ограничено диагностикой. После лапароскопии выполнены УЗИ и КТ органов брюшной полости, доплерография. Диагноз липомы подтверждён. Лапароскопически опухоль удалена в полном объёме. Диагноз подтверждён гистологически.

2. *М.В.Щебенков, Н.А.Лотовская, В.В.Головатинский* (ДГКБ № 5 им. Н.Ф.Филатова). **Случай ложной диафрагмальной грыжи у ребёнка 7 мес.**

Ребёнок, 7 мес, поступил в стационар по экстренной помощи с диагнозом «острый гастроэнтерит, пневмония». В клинике — кашель, рвота, отказ от еды. При обследовании (рентгенологическом) выявлена левосторонняя диафрагмальная грыжа. Произведена торакоскопическая операция — пластика диафрагмы.

Отмечено, что ребёнок в периоде новорождённости находился в стационаре (другом), где проводилось рентгенологическое обследование, однако его данные были недостаточно оценены. Подчёркнута необходимость при первичном рентгенологическом обследовании новорождённого ребёнка обязательно «захватывать», независимо от характера подозреваемой патологии, грудную клетку и брюшную полость. Кроме того, необходимо при обнаружении патологии, недиагностированной в предыдущем стационаре, сообщать в этот стационар о недиагностированной патологии с целью оценки допущенных ошибок.

3. *М.В.Щебенков, В.Ю.Томаев, А.А.Жирылеев, А.С.Малетин* (ДГКБ № 5 им. Н.Ф.Филатова). **Три случая редких видов грыж передней брюшной стенки у детей.**

Представлены 3 случая лапароскопической диагностики и лечения редких видов грыж (бедренная и прямая паховая) передней брюшной стенки. В одном из случаев при поступлении по поводу паховой грыжи (у девочки) отмечена необычная локализация грыжевого выпячивания (латеральное паховой связки). Заподозрено наличие бедренной грыжи, что и подтверждено при лапароскопическом вмешательстве. В двух других случаях при лапароскопической герниопластике выявлена прямая паховая грыжа, выполнена герниопластика.

В выступлениях подчёркнута цель демонстрации — необходимо помнить о возможности наличия редких видов грыж. Лапароскопическое вмешательство при этом обладает большими диагностическими возможностями.

Поступил в редакцию 18.06.2014 г.

480-е заседание 20.02.2013 г.

Председатель — В.Г.Баиров

ДОКЛАД

В.Г.Баиров, Н.А.Шеголева, А.А.Сухоцкая и др. (Федеральный перинатальный центр им. В.А.Алмазова, кафедра детской хирургии СЗГМУ им. И.И.Мечникова). **Кистоаденоматозные пороки развития лёгких у новорождённых.**

Пороки развития лёгочной паренхимы, потенциально диагностируемые в дородовом периоде, представлены множеством нозологических форм.

За 1,5 года работы ФПЦ ФГБУ «ФЦСКЭ им. В.А.Алмазова» в отделение детской хирургии пороков развития были госпитализированы 24 ребёнка с подозрением на пороки развития лёгких, у 22 детей диагноз после рождения подтверждён: кистозно-аденоматозный порок развития лёгких (КАПРЛ) — у 14 (67%) детей, секвестрация лёгкого — у 7 (33%), у 1 ребёнка — гигантская тератома грудной клетки, у 1 ребёнка — по данным КТ, диагноз не подтверждён. У 22 (92%) пациентов врождённый порок лёгких диагностирован пренатально: у 16 — КАПРЛ, у 3 — КАПРЛ? секвестрация?, у 2 — секвестрация, у 1 — кистозное образование лёгкого.

Всем новорождённым после рождения проводилось обследование: рентгенография в двух проекциях, компьютерная томография органов грудной клетки с контрастированием.

У 3 (16%) из 19 пациентов в ближайшие часы после рождения возникли жизнеопасные ситуации, потребовавшие экстренной операции. Оперативные вмешательства: экстренные — у 3 (в 1-е сутки жизни), плановые — у 15, из них в 1-й месяц жизни — у 5, в 1–3 мес — у 4, в 3–6 мес — у 4, в 6–12 мес — у 1, старше 1 года — 1. Виды оперативных вмешательств: лобэктомия — 6, билобэктомия — 2, секвестрэктомия — 7, удаление кисты — 2.

Все беременные с подозрением на врождённые пороки развития лёгких у плода должны быть консультированы детскими хирургами-неонатологами с целью определения тактики ведения родов и послеродового обследования. После рождения всем детям должны проводиться рентгенография грудной клетки и компьютерная томография. Оперативное вмешательство при отсутствии признаков дыхательной недо-

статочности целесообразно проводить в первые 3 мес жизни ребёнка.

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А.Г.Баиров, С.В.Александров, С.М.Листратов, В.С.Сигунов, С.П.Эдлеев (ДГБ № 2 «Святой Марии Магдалины»). **Тактика обследования и лечения магнитных инородных тел желудочно-кишечного тракта.**

За последний год в ДГБ № 2 оперированы 2 пациента с разобщёнными магнитными инородными телами. Установленный факт проглатывания магнитных инородных тел с оценкой клиническо-рентгенологической картины и вероятностью разобщения их в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) является показанием к активной хирургической тактике.

После проведения стандартного обследования (рентгенография в динамике, фиброскопия) и установления факта разобщённости магнитных инородных тел показана операция — лапаротомия, ревизия ЖКТ, удаление инородных тел.

При выборе тактики лечения следует помнить о возможной разобщённости магнитных инородных тел в ЖКТ, что не всегда можно выявить при рентгенологическом обследовании.

2. В.Г.Баиров, С.В.Александров, С.М.Листратов, М.В.Иванов (кафедра детской хирургии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, ДГБ № 2 «Святой Марии Магдалины»). **Выбор доступа при инородном теле диафрагмы.**

Инородные тела диафрагмы — редкая патология, в качестве доступа при удалении таких инородных тел в литературе рекомендуется торакотомия.

В ДГБ № 2 поступил пациент, 7 лет, с жалобами на боли в области раны передней грудной стенки справа (из анамнеза — ранение из пневматического оружия за 1½ сут до поступления). Проведено обследование: рентгенография, компьютерная томография. Выявленное инородное тело грудной полости явилось показанием к срочному оперативному лечению. Решение о выборе операционного доступа принималось на операционном столе при рентгеноскопическом обследовании. После уточнения локализации инородного тела и установления синхронизации его с экскурсией диафрагмы был определён операционный доступ — срединный наддиафрагмальный внебрюшинный внеплевральный с резекцией мечевидного отростка грудины. Продолжительность операции — 1,5 ч, послеоперационное течение гладкое.

Локализация инородного тела при слепых ранениях в проекции органов грудной полости может не соответствовать входному отверстию, следовательно, не следует предпринимать попытки извлечения инородного тела до установления его локализации ввиду возможности его миграции. Предложенный доступ при установленной локализации инородного тела в переднемедиальном отделе диафрагмы или в передне-нижнем средостении является альтернативой торакотомии. По сравнению с торакотомическим доступом предложенный доступ является менее травматичным, при этом обеспечивает надёжный обзор и точность при выполнении манипуляций.

3. В.Г.Баиров, С.В.Александров, В.С.Сигунов, И.Н.Незнамова, Ю.В.Курытова (кафедра детской хирургии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, ДГБ № 2 «Святой Марии Магдалины»). **Клинический случай кистозной тератомы средостения.**

Средостение — вторая по частоте локализация тератом у детей. Как правило, тератомы располагаются в переднем средостении, связаны с вилочковой железой.

В ДГБ № 2 поступил пациент, 9 лет, с подозрением на острую левостороннюю нижнедолевую пневмонию, с жалобами на лихорадку, кашель, боли в грудной клетке. Ребёнок был госпитализирован с диагнозом: хронический тонзиллит (обострение), новообразование грудной клетки? Проведено обследование: компьютерная томография, онкомаркёры (АФП, ХГЧ), консультирован онкологом. Поставлены показания к срочной операции. Выполнены переднебоковая торакотомия слева, удаление образования переднего средостения. Гистологическое заключение — доброкачественная инфицированная кистозная тератома средостения. Послеоперационное течение гладкое. Пациент выписан с выздоровлением под наблюдение онколога.

Увеличивающаяся опухоль средостения может проявляться не только симптомами объёмного образования (кашель, боли), но и признаками инфицирования и резорбции (температура тела, интоксикация, сыпь). Наличие указанных проявлений является показанием к срочному оперативному лечению.

Р.Т.Батрутдинов. **Сообщение о Международной конференции в Стамбуле (III International Workshop on Hypospadias).**

Поступил в редакцию 18.06.2014 г.

481-е заседание 20.03.2013 г.

Председатель — И.А.Комиссаров

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А.П.Иванов, С.В.Гольбиц, М.И.Комиссаров, Н.Л.Волкова (кафедра детской хирургии СПбГПМУ). **Первый опыт стентирования при осложнённой щелочной стриктуре пищевода.**

Традиционно считается, что перфорация пищевода в зоне стриктуры является противопоказанием к дальнейшим сеансам дилатации. В таком случае пациенту показана эзофагопластика. Представлен результат комплексного лечения у ребёнка, 9 лет, ожоговой стриктуры пищевода, осложнённой перфорацией. Первичное лечение получал в другом стационаре, где после бужирования возникла перфорация пищевода в грудном отделе. В экстренном порядке были наложены шейная боковая эзофагостома и гастростома, дренировано средостение. Медиастинит был купирован. Состояние пациента стабилизировано. Больной обратился в нашу клинику через 6 мес с явлениями полной непроходимости пищевода, аспирационной пневмонией. Для создания возможности бужирования потребовалась реконструктивная операция на деформированном и непроходимом шейном отделе пищевода (шейная эзофагостома к этому времени самостоятельно закрылась). Произведена резекция суженного участка пищевода с эзофагоанастомозом. Начато бужирование, через 1,5 года удалось проводить буж 12,8 мм. Необходимость продолжения длительного поддерживающего бужирования, психологические трудности пациента и необходимость многократного использования общей анестезии заставили нас применить стентирование пищевода. Использован биодеградирующий пищеводный стент фирмы «Ella» (Чехия). Через

8 нед отмечено появление массивного грануляционного процесса на концах стента, что потребовало баллонирования и бужирования пищевода в течение последующих 8 мес. Катамнез от момента окончания лечения составил 7 мес. Ребёнок питается обычной пищей. Дисфагических явлений нет. На контрольной эзофагоскопии пищевод свободно проходим, стенозов, изгибов, воспалительных и эрозивных явлений не определяется. Результат лечения у данного больного свидетельствует о возможности успешного применения саморассасывающего стента при доброкачественной стриктуре пищевода. Ожоговая стриктура, осложнённая перфорацией, не всегда является абсолютным противопоказанием к применению малоинвазивных методов лечения. Успех лечения наиболее тяжёлых и осложнённых стриктур требует работы команды в составе хирурга, эндоскописта и специалиста рентгенохирургической службы.

2. *И.А.Комиссаров, С.С.Передереев, М.И.Комиссаров* (кафедра детской хирургии СПбГПМУ). **Хирургическое лечение рецидива солидно-псевдопапиллярной опухоли поджелудочной железы у девочки 15 лет.**

В доступной нам литературе найдено всего 78 наблюдений солидно-псевдопапиллярной опухоли поджелудочной

железы (ПЖ) у детей и подростков в возрасте до 16 лет. Основным методом лечения — радикальное удаление образования. Мы представляем случай успешного лечения данной патологии. Девочка, 15 лет, поступила с диагнозом злокачественный карциноид ПЖ. Больна в течение 4 лет, когда по месту жительства выполнена операция «удаления опухоли забрюшинного пространства». Однако при контрольном обследовании вскоре после операции выявлено образование в проекции тела и хвоста ПЖ, в связи с чем девочка поступила в клинику СПбГПМУ. Обследование (включая аортографию) подтвердило наличие рецидива опухоли. Произведена операция — удаление опухоли с хвостом и телом ПЖ. Обследование через 8 мес. Не выявило ни клинических, ни рентгенологических (КТ) признаков опухоли.

Данное наблюдение крайне редкой патологии в детском возрасте свидетельствует о необходимости радикального удаления солидно-псевдопапиллярной опухоли ПЖ, которое при сохранении части головки ПЖ не приводит к нарушению её функции.

Поступил в редакцию 18.06.2014 г.