

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Председатель Правления — М. П. Королёв, ответственный секретарь — А. Л. Филонов,
референт — Ю. В. Плотников

2395-е заседание 13.06.2012 г.

Председатель — М. П. Королёв

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А. В. Светликов, Д. А. Гуляев, С. Я. Чеботарев, С. В. Литвиновский, Ю. М. Борохов, Х. Х. Гамзатов (Клиническая больница № 122 им. Л. Г. Соколова, Нейрохирургический центр им. проф. Г. С. Тиглиева, Центр сосудистой хирургии им. Т. Топпера). **Удаление гигантской хемодектумы шеи, осложненной прорастанием наружной сонной артерии.**

Пациентка Г., 64 лет, поступила в Клиническую больницу № 122 в плановом порядке в мае 2011 г. с жалобами на опухолевидное образование правой половины шеи, подчелюстной области, затруднение при глотании, эпизоды головокружения, нарушение памяти. В декабре 2010 г. пациентка перенесла ангину, после чего обратила внимание на припухлость правой половины шеи. В связи с подозрением на опухоль окологлоточного пространства больная направлена в Ростовский НИИ онкологии. При дообследовании выявлена связь опухоли с сонными артериями, рекомендована госпитализация в ангиохирургический стационар. При обследовании (КТ головы и шеи, дуплексное сканирование и КТ-ангиография плечеголовных артерий) выявлена опухоль 6,6×5,2 см в области бифуркации сонной артерии, прорастающая стенку наружной сонной артерии и распространяющаяся к основанию черепа. Предварительный диагноз: каротидная параганглиома (хемодектома), тип 2 по классификации Shamblyn. 19.05.2011 г. пациентка оперирована в объёме тотального удаления вагальной параганглиомы с резекцией наружной сонной артерии из трансмандибулярного околоязычного ретрофарингеального доступа справа. Оперативное вмешательство выполнялось двумя бригадами хирургов — нейрохирургической и ангиохирургической. Ввиду больших размеров опухоли с распространением до уровня основания черепа, выполнена срединная остеотомия нижней челюсти с подвывихом правой её половины в височно-нижнечелюстном суставе. В ходе оперативного пособия подъязычный, блуждающий, языкоглоточный нервы, элементы шейного симпатического сплетения, а также наружная сонная артерия резецированы. Гистологическое заключение: каротидная параганглиома, альвеолярный вариант. В раннем послеоперационном периоде отмечались явления дыхательной недостаточности, что потребовало формирования временной трахеостомы. Очаговая неврологическая симптоматика, обусловленная повреждением ряда черепных нервов, включала в себя нарушение артикуляции речи, пережёвывания пищи и глотания, осиплость голоса, дисфагию, поперхивание, синдром Горнера. На 9-е сутки пациентка выписана из ста-

ционара. Все послеоперационные раны зажили первичным натяжением. В течение последующих 2 нед голос пациентки в значительной мере восстановился, прошли явления поперхивания пищей. Через 5 мес признаки рецидива опухоли отсутствуют.

Ответы на вопросы. Опухоль была около 4 лет, но проявилась после ангины за 5 мес до операции. Больной было отказано в нескольких лечебных учреждениях. В гистологическом заключении степень инвазии не отмечена. Добавочный нерв входил в опухолевый конгломерат. Кроме ангиохирургов, в операционной бригаде были нейро- и ЛОР-хирурги, челюстно-лицевой хирург. Добавочный нерв входил в опухолевый конгломерат. Наружная сонная артерия проходила внутри опухоли. Сдавление нервов было подтверждено нейрохирургами. В настоящее время имеет место осиплость, которая постепенно уменьшается. Функция правой руки не ограничена, больная поднимает руку выше плечевого сустава.

Прения

А. Ф. Романчишен. Подобные наблюдения публиковались. Избран доступ для опухолей основания черепа. Повреждено большое количество нервов — неясно, ствол блуждающего или возвратного нерва. Если поврежден блуждающий нерв, значит нарушена функция диафрагмы. Любой ларингофарингит может привести к необходимости трахеостомии. Для сохранения функции добавочного нерва достаточно 10% проводящих волокон — это доказано сохранением функции правой руки. Опухоль доброкачественная — нервы можно было сохранить.

М. П. Королёв (председатель). Больная несколько лет жила с опухолью, но никто из врачей не обращал на это внимания. Современные методы исследования позволяют поставить диагноз раньше. Знание анатомии шеи требует ответов от нейрохирургов. Результат великолепный.

2. К. В. Павелец, О. Г. Вавилова, П. С. Фёдорова (Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова, Городская Мариинская больница). **Хирургическое лечение кисты пищевода.**

Больной М., 39 лет, поступил в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы 14.04.2011 г. в плановом порядке с жалобами на периодическое затруднение прохождения твердой пищи. Подобные жалобы отмечает в течение 2 лет. Произведено рентгенологическое исследование пищевода и желудка. Пищевод свободно проходит. Стенки эластичные, с четкими, ровными контурами, перистальтика активная. На уровне бифуркации трахеи по передней стенке пищевода определяется краевой дефект наполнения с четкими, ровными контурами, протяженностью 5 см, за счет мягкотканого образования размером 5×3,8 см, вдающегося в

просвет пищевода на $\frac{1}{3}$ своего объема. Заключение: рентгенологические признаки лейомиомы бифуркационного отдела пищевода. ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая оболочка его розовая, на 32–34-м см определяется экзофитное образование на передней стенке, шаровидной формы, с неизменной слизистой оболочкой, гладкой поверхностью, размером до 15×5 мм, выходящее в просвет на $\frac{1}{2}$ диаметра пищевода. Заключение: лейомиома среднегрудного отдела пищевода. 15.04.2011 г. больной оперирован. Выполнена переднебоковая торакотомия в пятом межреберье. Чуть выше *v. azygos* на уровне бифуркационного сегмента определяется мягкоэластичное образование диаметром 4 см, исходящее из левой стенки пищевода. Плевра и мышечно-адвентициальный слой в области новообразования продольно рассечены на протяжении 6 см. При мобилизации образования нарушена его целостность: выделилось около 30 мл гноя без запаха. После того, как образование спалось, выявлено, что оно представляет собой многокамерную кисту, стенка которой имеет эпителиальную выстилку. При ревизии полости кисты связи с просветом пищевода не обнаружено. Киста иссечена в пределах подслизистого слоя пищевода. В ходе мобилизации кисты вскрыт просвет пищевода на протяжении 1,5 см. Дефект ушит, восстановлена целостность мышечно-адвентициального слоя. Послеоперационный диагноз: нагноившаяся многокамерная киста средней трети пищевода. Гистологическое заключение: мышечная и соединительная ткань, однорядный и многорядный уплощенный эпителий. При контрольной рентгеноскопии пищевода на 4-е сутки затеков контрастной взвеси и дефектов наполнения не выявлено. Больной начал питаться через рот. В послеоперационном периоде, на 7-е сутки, в результате самовольной физической нагрузки произошел разрыв перикостальных швов раны грудной стенки с внутриплевральным кровотечением. Выполнены реторакотомия, санация и дренирование правой плевральной полости. Выписан в удовлетворительном состоянии 04.05.2011 г. При контрольном обследовании через 6 мес жалоб не предъявляет, изменений со стороны стенки пищевода не выявлено.

Ответы на вопросы. Сейчас беспокоят умеренные боли в области раны. В 2009 г. большой перенес холецистэктомию. Дисфагия беспокоила около 2 лет. Торакоскопия не планировалась. КТ могло бы помочь диагностике кисты. Температура тела была нормальной. В содержимом кисты выявлены грамтрицательные палочки.

Прения

М. П.Королёв (председатель). Согласно данным из детской практики, кисты пищевода встречаются у 1 из 10 000 людей. Точно поставить диагноз могло бы эндо-УЗИ. Оно могло бы четко определить слой, из которого исходит образование. Можно было оперировать без торакотомии. Лейомиомы наружного мышечного слоя можно удалять торакоскопическим доступом.

ДОКЛАД

А. Ф. Романчишен, К. В. Вабалайте (кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии и ВПХ Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, Санкт-Петербургский центр хирургии органов эндокринной системы). **Новые страницы истории тиреоидной хирургии в России.**

Исследован вклад выдающихся российских хирургов Н. И. Пирогова, И. В. Буяльского, Н. А. Вельяминова, Ф. И. Иноземцева, А. А. Боброва, С. П.Фёдорова, В. А. Оппе-

ля, Н. Ф.Лежнёва и их учеников в развитие тиреоидной хирургии. В возрасте 21 года во время письменного экзамена на степень доктора медицины Н. И. Пирогов изложил представления о функции, строении и основных моментах экстирпации щитовидной железы. В мае 1847 г. он во Владикавказе впервые в мире выполнил резекцию щитовидной железы под общим обезболиванием (меньше, чем через год после начала клинического использования эфира J. Warren). Подобные операции им выполнялись в 1852–1853 гг. с наложением 30–40 лигатур. В тот же период (май 1847 г.) под общим обезболиванием начали оперировать И. В. Буяльский в Санкт-Петербурге и Ф. И. Иноземцев в Москве. Н. А. Вельяминов в 1886 г. выполнил резекцию щитовидной железы в связи с диффузным токсическим зобом. В 1904 г. д-ром Н. Ф.Лежнёвым, учеником проф. А. А. Боброва, заведующего кафедрой факультетской хирургии Московского университета, была защищена первая в России диссертация по зобу. В ней отмечено, что с 1893 г. в клинике А. А. Боброва было выполнено 106 операций на щитовидной железе под визуальным контролем возвратных нервов. Ф. С. Lahey опубликовал результаты такой методики в 1938 г. Ученик той же кафедры проф. С. П.Фёдоров, возглавивший кафедру факультетской хирургии Военно-медицинской академии, изучал структуру крови у тиреоидных больных, эктопический зоб, первым выполнил аллотрансплантацию тиреоидной ткани в 1920 г. В его клинике в эти годы операции на щитовидной железе составляли 10–20% от общего числа. В 1914 г. W. Mayo посетил кафедры профессоров Мартынова, Фёдорова, Отта, Турнера, Цейдлера, Вредена и дал высокую оценку состояния российской хирургии. Изучение фотографии, отражающей это событие, выяснение имён докторов, изображенных на ней, позволило познакомиться с теми, кто уже был или стал позже хирургической элитой России. Два ученика проф. И. Ф. Моера в Дерптском университете — Н. И. Пирогов и Ф. И. Иноземцев — создали условия для развития тиреоидной хирургии в России. Первый основал кафедру госпитальной (факультетской) хирургии Военно-медицинской академии, второй — факультетскую клинику Московского университета. С одной стороны, ученики Ф. И. Иноземцева: Н. В. Склифосовский, С. П.Фёдоров, А. А. Бобров, Н. Ф.Лежнёв, Г. Ф. Цейдлер оказали влияние на формирование Е. С. Драчинской как тиреоидного хирурга в Ленинграде. С другой стороны — учителем Е. С. Драчинской был ученик С. П.Фёдорова — выпускник Военно-медицинской академии В. А. Шаак. Кафедрами общей и госпитальной хирургии Ленинградского педиатрического медицинского института заведовали профессор В. И. Корхов и И. Д. Аникин — ученики С. П.Фёдорова. На этих кафедрах несколько позже работал Л. Н. Камардин, ученик Е. С. Драчинской и последователь В. И. Корхова и И. Д. Аникина. Результатом стала организация Санкт-Петербургского центра эндокринной хирургии.

Хронологический перечень славных имён выдающихся учителей отчетливо показывает основополагающую роль профессоров Московского университета, реализованную через их учеников и кафедру факультетской хирургии Военно-медицинской академии, на становление школы эндокринных тиреоидных хирургов Санкт-Петербурга в целом и Санкт-Петербургского центра эндокринной хирургии и онкологии в частности.

Прения

М. П.Королёв (председатель). Учитель жив, пока живы ученики. В докладе все ново, а некоторые сведения представлены впервые.