

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Председатель правления – Б. Н. Котив, ответственный секретарь – Д. П. Кашкин,
референт – Ю. В. Плотников

2492-е заседание 14.06.2017 г.

Председатель – Г. И. Гафтон

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. В. П. Земляной, Б. В. Сигуа, Э. Л. Латария, Д. С. Сёмин, Д. В. Гуржий (кафедра факультетской хирургии им. И. И. Грекова Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова). **Редкое осложнение острого аппендицита.**

Пациент Б., 59 лет, поступил в клинику 30.05.2016 г. в экстренном порядке с жалобами на примесь алой крови в стуле, периодические боли в нижних отделах живота и незначительную слабость. Больной впервые отметил боли в нижних отделах живота, больше справа, 2 мес назад. За месяц до поступления амбулаторно выполнены ФГДС (выявлены скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагит, хронический гастрит с признаками незначительной атрофии слизистой оболочки); ФКС (долихосигма и гиперпластические полипы сигмовидной кишки, хронический геморрой). При спиральной компьютерной томографии (СКТ) живота обнаружена гепатомегалия, диффузное снижение плотности печени, гиперплазия левого надпочечника, объёмное образование сигмовидной кишки с развитием местной воспалительной реакции. В проекции дистального отдела сигмовидной кишки определялось утолщение стенки до 12 мм с формированием в прилежащей зоне округлого инфильтрата, размерами 55×58 мм. В клинике факультетской хирургии выполнена ФКС, во время которой на 25 см от анोकутанной линии выявлен гиперемированный и отечный участок слизистой оболочки в виде складки с поступлением незначительного количества гноя (опорожнение параколярного абсцесса?), а также полип ректосигмоидного отдела (тотальная биопсия – аденоматозный полип). Был сформулирован предварительный диагноз: дивертикулярная болезнь, дивертикул сигмовидной кишки, осложнённый дивертикулитом и формированием параколярного абсцесса (?); выставлены показания к хирургическому лечению. Во время оперативного вмешательства был выявлен инфильтрат, располагающийся в правой подвздошной области. Стенками его являлись слепая кишка, две петли тонкой кишки, удалённые друг от друга на 60 см, а также стенка удлинённой сигмовидной кишки. После разделения инфильтрата вскрылся абсцесс объемом около 2 мл, а также выявлен деструктивно изменённый червеобразный отросток. В обрыве крае стенки сигмовидной кишки, являющейся частью абсцесса, выявлен свищевой ход диаметром не более 5,0 мм. Вскрыт и санирован аппендикулярный абсцесс, выполнена аппендэктомия, резекция несущего свищ участка сигмовидной кишки с формированием анастомоза по типу «конец в конец». Диагноз после операции: острый

деструктивный аппендицит (двухмесячной давности), осложнённый формированием аппендикулярного абсцесса и свища с дополнительной петлей сигмовидной кишки, долихосигма. В послеоперационном периоде рана зажила вторичным натяжением. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 14-е сутки после оперативного вмешательства.

Ответы на вопросы. Ирригоскопию до операции не делали. Осталось лишь 2 см червеобразного отростка со слизистой оболочкой (на разрезе) чёрного или фиолетового цвета. Гистологическое заключение: гангренозный аппендицит.

Прения

С. Я. Ивануса. Для осложнённой дивертикулярной болезни такой подход неприменим. Стенка кишки была воспалённой, следовало сделать операцию типа Гартманна.

Г. И. Гафтон (председатель). Победителей не судят, но следует согласиться с предыдущим выступлением.

2. В. П. Земляной, Б. В. Сигуа, Б. П. Филенко, Э. Л. Латария, П. А. Котков, Д. В. Гуржий, Д. С. Сёмин (кафедра факультетской хирургии им. И. И. Грекова СЗГМУ им. И. И. Мечникова). **Первично-множественный метакронный рак большого дуоденального сосочка и культи желудка.**

Пациентка Г., 69 лет, поступила 25.02.2014 г. в клинику спустя 14 мес после гастропанкреатодуоденальной резекции (11.12.2012 г.), которая была выполнена в клинике по поводу рака большого дуоденального сосочка (T3N0M0). При очередном контрольном обследовании у пациентки выявлено образование культи желудка. Следует отметить, что с декабря 2013 г. (через год после операции) больная стала отмечать дискомфорт в эпигастриальной области, со временем принявший характер болевого синдрома. Амбулаторно выполнена ФГДС (28.01.2014 г.), во время которой произведена многофокусная биопсия из области анастомоза. При гистологическом исследовании биоптатов выявлены признаки железистого рака. 23.02.2013 г. выполнена СКТ органов грудной, брюшной полостей и малого таза – данных об отдалённых метастазах не получено. При поступлении состояние средней степени тяжести. После предоперационной подготовки 11.03.2014 г. выполнено оперативное вмешательство в следующем объёме: лапаротомия, экстирпация культи желудка с лимфодиссекцией и реконструкцией по способу Ру. Послеоперационный диагноз – рак культи желудка. Гистологическая структура образования – аденокарцинома (T2N0M0). В 1-е сутки послеоперационного периода отмечено поступление отделяемого с желчным компонентом из области левого бокового канала. В связи с этим релапаротомия произведена 12.03.2014 г. В области приводящей кишечной петли, в 3,5 см от У-образного анастомоза, выявлена острая язва диаметром 0,5 см, осложнённая перфора-

цией. Перфоративное отверстие зашито. Послеоперационная рана зажила вторичным заживлением. На 22-е сутки пациентка выписана на амбулаторное лечение. В настоящее время пациентка находится под динамическим наблюдением районного онколога и специалистов клиники. Через 4 года после первичного оперативного лечения данных за рецидив и онкологические заболевания иных локализаций не получено. Чувствует себя удовлетворительно. Таким образом, пациенты, ранее лечившиеся по поводу злокачественного образования, должны находиться под динамическим наблюдением для исключения, в том числе, опухолевых поражений иных локализаций. В приведённом клиническом примере злокачественное поражение культи желудка было обнаружено на ранней стадии вследствие своевременного выполнения эндоскопического исследования, в сочетании с адекватной многофокусной биопсией. Раннее выявление нового онкологического процесса сделало возможным радикальное оперативное вмешательство и способствовало улучшению отдалённых результатов лечения.

Ответы на вопросы. Больная работает преподавателем. Вариант реконструкции при ГПДР – анастомозы на одной петле. Механизм образования язвы приводящей петли анастомоза после экстирпации культи желудка полностью объяснить не можем – возможно, это следствие электроожога. Больная наблюдается 1 раз в 3 месяца, через каждые 6 мес производится УЗИ и КТ. Вес больной – 40 кг, Нб – 110 г/л. Пилоруссохраняющую операцию избегаем в связи с возникающим гастростазом.

Прения

В. И. Кулагин. Рак большого дуоденального сосочка более благоприятен, чем рак головки поджелудочной железы. Пилоруссохраняющие операции впервые выполнял Н. С. Макоха, продолжал и развивал А. Г. Земляной.

А. Л. Акопов. Результат хороший. Доказательств первично-множественного рака нет – возможно, это был имплантационный метастаз.

Г. И. Гафтон (председатель). Все-таки, это разные опухоли. Поздравляю авторов с отличным результатом.

ДОКЛАД

М. Д. Ханевич, Г. М. Манихас, М. С. Диникин, Е. Ю. Зорина, А. Г. Хлобыстина (СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»). **Лечение метастазов колоректального рака в печень.**

Эволюция лечения метастазов колоректального рака в печени в течение последних двух десятилетий служит примером преимуществ комплексного мультидисциплинарного подхода. Хирургические успехи лечения метастазов в печень достигнуты, в том числе, благодаря эффективным химиотерапевтическим препаратам. Однако излишнее назначение химиотерапии значительно осложняет последующее хирургическое лечение. В настоящее время к плану лечения пациентов подходим с учётом прогностических факторов заболевания, функционального статуса пациента, биологических особенностей опухолевого процесса.

Нами с 2010 по 2016 г. были оперированы 132 больных по поводу поражения печени метастазами колоректального рака: 71 – с метастазами метастазами, 61 – с синхронными. У 56 пациентов с синхронными метастазами проводилась периоперационная системная полихимиотерапия (ПХТ), у 5 выполнены двухэтапные операции по удалению первичной опухоли и метастазов печени без предшествующей ПХТ, у

48 с метастазами метастазами проведены операции после предоперационной ПХТ. Кроме того, 23 больных оперированы сразу после выявления метастазов в печени. Все пациенты получали ПХТ, основанную на использовании препаратов 5-фторурацила, Оксалиплатина и Иринотекана. При отсутствии мутации гена KRAS ряду больных назначались комбинированные схемы с таргетными препаратами (Вектибикс, Авастин). У 53 пациентов выполнен молекулярно-генетический анализ опухоли. Больные были разделены на 3 группы по прогнозу заболевания: группа благоприятного прогноза – 21, промежуточного прогноза – 24, неблагоприятного прогноза – 9. В группе неблагоприятного прогноза одногодичная медиана выживаемости не была достигнута. Медиана выживаемости в группе промежуточного прогноза оставила 36,6 мес, а при благоприятном прогнозе 3-летняя выживаемость составила 87,5 %. Общая выживаемость пациентов составила 48 мес. Медиана выживаемости среди больных с синхронными и метастазами метастазами составила 36 и 48 мес соответственно. Из 132 пациентов умерли 33: 14 – с метастазами и 19 – с синхронными метастазами. В настоящее время 67 пациентов находятся под наблюдением в сроки от 6 до 62 мес.

Таким образом, мультидисциплинарный подход, тесное взаимодействие врачей-химиотерапевтов и хирургов-онкологов явились залогом успешного лечения метастатического колоректального рака.

Ответы на вопросы. 9 больных умерли от метастазирования, 5 (3,8 %) – от печёночной недостаточности, ТЭЛА, острого панкреатита. Радиочастотные абляции выполнены у 30 человек, у 12 – чрескожно. После 3 двухэтапных резекций печени (с эмболизацией печёночных вен) явлений печёночной недостаточности не развилось.

Прения

Б. Н. Котив. Необходим мультидисциплинарный подход, создание алгоритма ведения таких больных. Желательно беречь здоровые участки печени. Региональная терапия позволяет превратить иноперабельных больных в операбельных.

Г. И. Гафтон (председатель). Представленный нам большой и показательный опыт нуждается в распространении.

Поступил в редакцию 10.11.2017 г.

2493-е заседание 28.06.2017 г.

Председатель – Н. Ю. Коханенко

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *В. В. Тоидзе, В. В. Сенько, В. П. Акимов, М. З. Чургулия, О. П. Козлова, Ю. В. Долго-Сабурова, А. Ю. Сахнов* (ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 им. Л. Г. Соколова», кафедра хирургии им. Н. Д. Монастырского СЗГМУ им. И. И. Мечникова»). **Редкое наблюдение актиномикоза брюшной полости.**

Больной Т., 33 лет, обратился 04.03.2016 г. в КБ № 122 с жалобами на боли в животе, преимущественно в нижних отделах, частое вздутие, нарушение стула (склонность к запорам), потерю массы тела на 7 кг за последний месяц, повышение температуры до 38 °С. Болен 1,5 мес. Пальпаторно в левой подвздошной области определялось плотное, малосмещаемое, умеренно болезненное образование. Обследовался амбулаторно. Компьютерная томография органов брюшной полости: инфильтрат малого таза диаметром около 70 мм. Колоноскопия 03.03.2016 г.: осмотр толстой кишки доступен только до дис-

тальной части сигмовидной кишки из-за сдавления ректосигмоидного отдела инфильтратом, исходящим из малого таза. Предоперационный диагноз: опухоль малого таза? Опухоль толстой кишки? 04.03.2016 г. – лапаротомия. В связи с вовлечением в инфильтрат участка подвздошной кишки, купола слепой кишки, червеобразного отростка, сигмовидной кишки, выполнена интраоперационная биопсия (низкодифференцированная мезенхимальная опухоль, саркома? нейробластома?). Операция: резекция участка подвздошной кишки, купола слепой кишки, червеобразного отростка с формированием илеоасцендоанастомоза «конец в бок» и одноствольной плоской сигмостомы. Послеоперационный диагноз: саркома забрюшинного пространства, осложнённая хроническим компенсированным нарушением кишечной проходимости. Гистологическое исследование 14.03.2016 г.: хронический продуктивный илеит, тифлит, аппендицит с формированием множественных абсцессов актиномикотической этиологии. Пациент осмотрен врачом-микологом. Диагноз: распространённый абдоминальный актиномикоз с поражением сигмовидной, подвздошной кишки, илеоцекального угла, забрюшинного пространства. Назначена этиотропная терапия. 07.06.2016 г. – восстановление непрерывности толстой кишки. Выздоровление. В клинике это третье наблюдение абдоминального актиномикоза. Продемонстрирован видеофильм беседы с больным.

Ответы на вопросы. При пальцевом ректальном исследовании опухоль не определялась. Исследование онкомаркеров каких-то информативных данных не принесло. Илеоасцендоанастомоз сформирован аппаратным швом. Выбранный объем операции определялся предварительным диагнозом и отсутствием точного гистологического заключения. Больной получал Амоксиклав в течение 10 дней. В настоящее время чувствует себя хорошо, особенно после восстановления непрерывности толстой кишки. В течение болезни потерял в массе тела 15 кг, к настоящему времени все восстановилось.

Прения

О. П. Козлова. Возбудитель актиномикоза – грамположительный анаэроб – лучистый грибок, выделяющий протеолитические ферменты. Характеризуется 4-мя локализациями – абдоминальная, торакальная, челюстно-лицевая и центральной нервной системы. Редкие формы – актиномикетомы и актиномикоз мягких тканей. Часто сопровождается свищами. Факторы риска – недостаточная иммунокомпетентность (были 2 больных с ВИЧ); у женщин – внутриматочные контрацептивы; торакальная локализация – частое следствие регургитации. Диагноз устанавливается после гистологического заключения о друзах. Микробы растут долго – 2–3 нед. Лечение хирургическое и медикаментозное (препараты пенициллинового ряда – Амоксициллин и другие – в течение 14–21 дня). Специфических признаков нет – плотный инфильтрат, гранулёма. Распространение гематогенное и лимфогенное. Ошибки гистологов часты – нужно большое увеличение. Возраст больных – от 8 до 87 лет (средний – 37 лет). 86 % больных – женщины с внутриматочными контрацептивами.

О. Н. Скрыбин. Заболевание редкое. Больных надо более тщательно обследовать: череп, скелет, грудная клетка. Если подозревали рак, надо было формировать илеотрансверзоанастомоз.

С. Я. Ивануса. Правильный диагноз до операции мог дать возможность выполнить операцию меньшего объёма. При данном заболевании илеоасцендоанастомоз достаточен.

Н. Ю. Коханенко (председатель). Недостаточный морфологический диагноз, вероятность саркомы определили объём

предпринятого вмешательства. Наблюдение редкое, но поучительное.

2. Ш. И. Галеев, Я. П. Абдуллаев, М. А. Рубцов, О. Н. Скрыбин (СПб ГБУЗ «Клиническая больница Святителя Луки»). **Тактика поэтапного повышения инвазивности хирургических вмешательств у пациента с инфицированным панкреонекрозом, сопровождающимся персистирующими системными осложнениями.**

Пациент Н., 31 год, 15.08.2016 г. был urgently госпитализирован в отделение интенсивной терапии больницы Святителя Луки с клинической картиной острого деструктивного панкреатита. Несмотря на проводимую интенсивную медикаментозную и инфузионную терапию, у пациента развились признаки тяжелого острого панкреатита в виде полиорганной персистирующей недостаточности: дыхательной (с 3-х суток госпитализации), сердечно-сосудистой (с 15-х суток). 18.08.2016 г. выполнена компьютерная томография груди, живота, малого таза. Выявлены двусторонний плеврит, распространённый некроз поджелудочной железы, некроз забрюшинной клетчатки (слева – от диафрагмы до подвздошной ямки и бедра; справа – от перипанкреатической клетчатки до паракольной), индекс Balthazar – 10 баллов. В конце 3-й недели заболевания пациент был оперирован. Показанием к хирургическому вмешательству явилось подозрение на инфицирование омертвевших тканей (персистенция системных нарушений, стойкое повышение концентрации прокальцитонина). Оценена тяжесть функциональных нарушений пациента до хирургического вмешательства: по шкале APACHE II – 10 баллов, MODS – 3 балла. Выбрана тактика поэтапного повышения инвазивности операций. 1 шаг: 06.09.2016 г. под КТ-наведением (при помощи роботической системы MAXIO), пункционно (трубкой 16 Fr) дренировано доминантное некротическое скопление в левом забрюшинном пространстве. 2 шаг – спустя 3-е суток, в связи с отсутствием регресса системных осложнений панкреатита, пациент вновь оперирован: выполнены видеоскопическая ретроперитонеальная некрэктомия, трахеостомия. В послеоперационном периоде налажен продлённый лаваж дренированных полостей жидкостью, предназначенной для перитонеального диализа (6 л/сут). Для контроля гнойно-септического процесса в забрюшинном пространстве произведены две этапных видеоскопических ревизии-некрэктомии зон первичного вмешательства (14.09.2016 г., 04.10.2016 г.). 20.09.2016 г. пациент экстубирован. 24.09.2016 г. под местной анестезией дренирован отшнурованный гнойник в левой паховой области. К 39-м суткам удалось купировать системные осложнения панкреатита. Больной выписан из стационара 09.11.2016 г. в удовлетворительном состоянии. Общая продолжительность госпитализации составила 85 сут. Из них в отделении интенсивной терапии пациент провел 56 сут, с респираторной поддержкой в виде ИВЛ через эндотрахеальную трубку – 16 сут, с введением вазопрессоров при нестабильной гемодинамике – 5 сут.

Ответы на вопросы. Больной поступил в стационар через 2 сут от начала заболевания. Была паренхиматозная желтуха (билирубин – 60 ммоль/л), но расширения протоков не наблюдалось. Операция откладывалась, потому что жидкостные скопления не были инфицированными. Один дренаж 16 F считаем достаточным.

Прения

А. А. Завражнов. Течение панкреатита фазное, лечение поэтапное, но больной должен быть в состоянии, позволя-

ющем перенести оперативное вмешательство. Инфицирование может произойти в течение 3 сут. Длительное выжидание, до развития септического шока, не вполне обосновано.

О. Н. Скрыбин. Лечение острого панкреатита многогранно. В Санкт-Петербурге была создана рабочая группа по лечению острого панкреатита. Появление жидкости в животе – не показание к хирургическому вмешательству. Показание – инфицированность. Ранние вмешательства чаще сопровождаются образованием грыж.

А. Е. Демко. Факторы этапного подхода – сроки и признаки инфицирования. Скрининговым методом исследования должна быть КТ.

Н. Ю. Коханенко (председатель). Удаление экссудата обязательно, предпочтительно лапароскопическим доступом. Месяц лечения в ОРИТ – слишком долго. Если есть камни, нужна холецистэктомия.

ДОКЛАД

Б. Н. Котив, И. И. Дзидзава, С. Я. Ивануса, И. Е. Онницев, С. А. Солдатов, А. В. Смородский, В. Л. Белевич, Д. П. Шершень, Д. Ю. Бояринов, А. В. Слободяник, С. А. Алентьев, Д. П. Кашкин, К. И. Махмудов (кафедры госпитальной и общей хирургии ВМА им. С. М. Кирова» МО РФ). **Современные подходы к лечению острых кровотечений портального генеза.**

Лечение острых кровотечений портального генеза по-прежнему представляет одну из актуальных проблем современной хирургии. Несмотря на достижения последних десятилетий, кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПиЖ) сопровождаются летальностью в 10–20 %. Кровопотеря, нестабильность гемодинамики и, как правило, сопутствующая печёночная недостаточность у больных с синдромом портальной гипертензии (СПГ) требуют постоянного совершенствования и рационального сочетания методов консервативной терапии и хирургического лечения. Анализирован опыт лечения 572 больных синдромом портальной гипертензии с признаками кровотечения из ВРВПиЖ. При лечении пациентов использовали международные рекомендации экспертов Baveno, а также национальные клинические рекомендации РОХ. В большинстве наблюдений синдром портальной гипертензии был обусловлен циррозом печени (90,2 %). В зависимости от критериев Child–Pugh больные распределены на классы: А – 21,7 %, В – 47,9 %, С – 30,4 %. Всем больным с момента госпитализации назначали вазоактивную терапию. С этой целью использовали синтетические аналоги Соматостатина (Октреотид) и(или) Вазопрессина (Терлипрессин). Сравнительное исследование эффективности вазоконстрикторов показало, что Терлипрессин снижает линейную и объёмную скорость кровотока по воротной вене в среднем на 41,6 % ($p=0,038$) и 33,9 % ($p=0,024$), а портальное давление – на 44 % ($p=0,021$). Данный эффект наблюдался в течение более 120 мин от момента инъекции. Октреотид также эффективно влияет на скоростные параметры портального кровотока и давления (34,1 %, $p=0,030$; 28,6 %, $p=0,041$ и 31 %, $p=0,029$). Однако через 120 мин после введения данные показатели восстанавливались практически до исходного уровня. На срочной ФГДС кровотечение из ВРВП установлено в 78,2 % наблюдений, из вен желудка – 16,9 %. Гораздо реже геморрагия была обусловлена портальной гипертензивной гастропатией – 4,9 %. Продолжающееся кровотечение на момент эндоскопического исследования имело место у 46 % больных. «Золотым стандартом» считаем выполнение срочного эндоскопического лигирования или склерозирования ВРВПиЖ. При профузном

кровотечении на первом этапе с целью временного гемостаза и стабилизации состояния пациента устанавливали зонд-обтуратор на период 6–12 ч с последующим эндоскопическим вмешательством. У 43 больных на фоне тяжелой коагулопатии и сопутствующей эрозивной гастропатии (все пациенты класса С) эндоскопический гемостаз сочетали с введением активаторов факторов свертывания (Новосевен, Протромплекс). Эффективность комбинированного гемостаза (вазоактивная терапия + эндоскопическое вмешательство) при кровотечении из ВРВП составила 93,3 %, рецидив кровотечения отмечен у 14,9 % больных, летальность составила 5,6 %; при геморрагии из ВРВЖ – 77,3, 19,6 и 14,4 % соответственно. Контрольное эндоскопическое исследование при отсутствии клинических признаков рецидива геморрагии выполняли на 7–10-е сутки и в отдаленные сроки через 1 месяц. При рецидиве кровотечения из вен пищевода в ранние сроки или нарастании степени варикозной трансформации в отдалённом периоде прибегали к повторному эндоскопическому лигированию. Рецидив кровотечения из ВРВЖ и неэффективность повторных эндоскопических лигирований ВРВП рассматривались показанием к хирургическому вмешательству. Выбор метода и объема оперативного лечения определялся тяжестью состояния пациента (состояние сознания, гемодинамики, степень гепатодепрессии, выраженность других осложнений СПГ, тяжесть сопутствующих заболеваний). У стабильных больных с компенсированной или субкомпенсированной печёночной недостаточностью выполняли дистальный спленоренальный анастомоз ($n=33$, в том числе у 4 – лапароскопическим доступом). В послеоперационном периоде рецидивов геморрагии не было, умерли 2 больных (вследствие прогрессирования печёночной недостаточности и ДВС-синдрома). При декомпенсации функции печени объём операции минимизировался до TIPS ($n=6$) или деваскуляризации желудка и абдоминального отдела пищевода ($n=18$), которое в настоящее время выполняем в лапароскопической модификации с использованием степлерных аппаратов (4). Обе методики позволили купировать кровотечение. Однако летальность после открытых операций азигопортального разобщения составила 22 %, рецидив кровотечения в отдалённом периоде развился в 43 % наблюдений. Случаев рецидива геморрагии после TIPS не было, в послеоперационном периоде 1 пациент погиб вследствие прогрессирования печёночной недостаточности. Таким образом, комплексное использование современных консервативных, эндоскопических, эндоваскулярных и традиционных технологий позволяет улучшить результаты лечения пищеводно-желудочного кровотечения портального генеза.

Ответы на вопросы. Острых язв после деваскуляризации не наблюдали. Лечение надо начинать с эндоскопии или эндоваскулярного вмешательства. При левосторонней портальной гипертензии производилось эндоскопическое лигирование или клипирование вен дна желудка. Эмболизация селезёночной артерии возможна. Энцефалопатия при классах Child–Pugh B и C отмечается почти всегда, после портокавального анастомоза – у 10–20 % больных. Кровотечение не является показанием к трансплантации печени. TIPS произвели перед трансплантацией печени у 25 больных. По данным литературы, послеоперационная летальность при синдроме Бадда–Киари – 8–9 %.

Прения

Б. Н. Котив. В Санкт-Петербурге ежегодно умирают от осложнений портальной гипертензии 150–200 человек, а трансплантация печени выполняется 20 больным. Основным

направлением является развитие малоинвазивной хирургии. Проблемой является квотирование лигирования, которое выполняется в нескольких стационарах Санкт-Петербурга. Лечение дорогостоящее. Пути профилактики остаются спорным образом жизни и вакцинация.

О. Н. Скрябин. Планируется оплачивать все финансовые затраты через ОМС.

Н. Ю. Коханенко (председатель). Спасение жизни больных с портальной гипертензией – большая заслуга авторов – последователей школы П. Н. Зубарева.

Поступил в редакцию 10.11.2017 г.

2494-е заседание 13.09.2017 г.

Председатель – В. В. Стрижелецкий

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. С. В. Петров, Д. А. Чернышев, И. И. Губков, Е. С. Лозовой («Елизаветинская больница», кафедра госпитальной хирургии № 2 СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, кафедра общей хирургии СЗГМУ им. И. И. Мечникова). **Лечение пострадавшего с повреждением луковицы двенадцатиперстной кишки, поперечным пересечением общего желчного протока и сквозным ранением нижней полой вены.**

Пострадавший А., 21 год, поступил в Елизаветинскую больницу 27 мая 2016 г., через 1ч 40 мин после удара ножом в область живота. Состояние тяжелое. Сознание сохранено. Пульс – 100 уд./мин, АД – 140/80 мм рт. ст., Нб – 151 г/л, гематокрит – 30 %. На передней брюшной стенке, на 4 см ниже рёберной дуги, по среднеключичной линии слева, имеется колото-резаная рана длиной до 2 см. Через 20 мин после поступления, под эндотрахеальным наркозом, в операционной, выполнена ревизия раны передней брюшной стенки. Установлен проникающий её характер (из брюшной полости поступает кровь и желчь). Диагноз: колото-резаное проникающее ранение живота с повреждением органов брюшной полости. Продолжающееся внутрибрюшное кровотечение. При лапаротомии в брюшной полости обнаружено до 1500 мл крови во всех отделах с примесью желчи. При ревизии органов выявлено пересечение луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК) по передней стенке, на половину её окружности, полное поперечное пересечение общего желчного протока и продольное, до 3,0 см, ранение передней стенки нижней полой вены, с продолжающимся кровотечением. ДПК мобилизована по Кохеру, выделена стенка вены. Кровотечение временно остановлено прижатием вены к позвоночнику, выше и ниже ранения, абдоминальными зеркалами. Выяснено, что ранение носит сквозной характер. На задней стенке вены имеется продольный дефект, длиной до 1,5 см. Рана задней стенки вены ушита из просвета непрерывным швом, далее, тоже непрерывным швом, ушита передняя стенка. Кровотечение остановлено окончательно. В холедох транспапиллярно проведен дренаж по Фелькеру, и он шит на нем, как на каркасе. Дренаж проведен через ДПК и выведен через петлю тонкой кишки в правом подреберье, петля отключена дополнительным формированием Брауновского соустья. Рана луковицы ДПК ушита двухрядными швами. Кровопотеря составила до 3 л. Послеоперационное течение тяжелое, с развитием на 6-е сутки пареза желудка и ДПК, что потребовало проведения зонда дистальнее ДПК и проведения зондового питания. Контрольные ФГДС, рентгеноскопия желудка не выявили механических нарушений проходимости, затёков

контраста. Явления пареза разрешились к 20-м суткам послеоперационного периода. На 21-е сутки отмечено кровотечение из острых язв желудка тяжёлой степени, остановленное аргонплазменной коагуляцией. По дренажу из холедоха первоначально выделялось до 300 мл желчи в сутки, к 20-м суткам желчеистечение полностью прекратилось. При фистулографии контрастировать жёлчные протоки не удалось, так как контраст полностью сбрасывался в просвет ДПК. Больной выписан на 32-е сутки в удовлетворительном состоянии. Обследован через 6 мес. При осмотре состояние удовлетворительное, жалоб нет. Кожа и склеры обычной окраски, температура тела нормальная. Билирубин – 16 мкмоль/л, лейкоциты – $7 \times 10^{12}/л$. Выполнено: магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ) – диффузные изменения печени и поджелудочной железы, холедох – 0,5 см, внутривенные протоки незначительно расширены, в просвете холедоха – дренаж; ФГДС – рубцовая деформация луковицы ДПК, фистулография – контраст поступает в просвет ДПК, желчные протоки не контрастируются. УЗ-доплерография нижней полой вены – патологических изменений нет. По дренажу из холедоха отделяемого нет – он удален.

Ответы на вопросы. Ранение нижней полой вены – выше почечных сосудов. Шов формировал ангиохирург. Тромбов в венах не было. Профилактика тромбообразования проводилась. Время пережатия вены – около 20 мин. Ширина общего желчного протока – 0,5 см, натяжения швов не было. Cell-saver в клинике есть, но у данного больного не применялся.

Прения

Д. Ю. Семёнов. Демонстрация заслуживает положительной оценки. Дискуссионны шов холедоха конец в конец и дренирование через папиллу из-за возможности развития стриктуры протока и панкреатита. Явно недостаточно дренирование только желудка, возможно, была показана энтеростомия.

Н. Ю. Коханенко. Тяжесть больного обусловлена ранением нижней полой вены. Хорошо, что операция начата остановкой кровотечения из неё. Проток был повреждён без диастаза, но поперек. Следует иметь в виду, что сосуды идут вдоль протока, поперечная рана нарушает кровоснабжение. Транссосочковое дренирование привело к панкреатиту и длительному (20 дней) парезу кишечника.

А. Е. Демко. Остаётся дискуссионным вопрос о шве неширокого протока, иногда лучше ограничиться наружным дренированием. Декомпрессия должна быть более эффективной, с проведением зонда за связку Трейтца.

В. И. Кулагин. Наблюдалось ранение ДПК II степени. Менее опасным было бы первичное наружное дренирование протока. Ранение нижней полой вены удобнее зашивать через рану передней стенки: сначала зашить рану задней стенки, потом – передней. Это не требует мобилизации, и уменьшается кровопотеря.

В. В. Стрижелецкий (председатель). В нештатной экстренной ситуации получен несомненный успех. Необходимо благодарить реаниматологов.

2. С. В. Семенов, О. С. Фролова, В. Д. Шестов, А. Р. Гурцев, А. А. Аванесян, Б. И. Мирошников, И. В. Мост, А. А. Мелдо, В. М. Моисеенко (ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)»). **Гигантская липома глоточно-пищеводного перехода.**

Больной И., 69 лет, поступил в онкологический центр с явлениями дисфагии. Болен в течение 3 лет. Два месяца назад

при рвоте наблюдалось выпадение опухолевидного образования в ротовую полость в течение минуты, едва не приведшее к асфиксии. При рентгеноскопии просвет пищевода в шейном, верхне- и среднегрудном отделах был расширен, складки слизистой оболочки и перистальтика на указанном уровне не прослеживались, признаков стеноза дистальной части пищевода не отмечалось. По данным компьютерной томографии, просвет пищевода был расширен вследствие внутрипросветного образования протяженностью 178 мм от уровня нижнего края перстневидного хряща до Th_{VIII}. Максимальный поперечный размер опухоли достигал 55 мм. Структура и плотность образования были неоднородными (от -70 до +23 НУ), при внутривенном болюсном контрастном усилении активного накопления контрастного вещества не отмечалось. Водорастворимый контраст, принятый перорально, обтекал образование со всех сторон практически на всем протяжении. При эзофагогастро-дуоденоскопии в просвете глотки и пищевода определялось объёмное мягко-тканное подвижное образование длиной до 18 см, исходящее из боковой и передней стенок, пролабирующее в просвет органа. По данным эндоскопической ультрасонографии, новообразование располагалось в подслизистом слое, имело неоднородную гиперэхогенную структуру. Клинический диагноз – фибролипوما глоточно-пищеводного перехода. 13.09.2016 г. произведено оперативное вмешательство. Первоначально выполнена боковая фаринготомия справа, однако удалить опухоль из указанного доступа не представлялось возможным. Разрез продлен на шейный отдел пищевода. Опухоль выведена в рану. Новообразование представляло собой мягко-эластичную двухкомпонентную опухоль в капсуле жёлтого цвета с фиброзной перетяжкой в центральной части, разделяющей её на широкий округлый и узкий вытянутый компоненты. Опухоль удалена, на рану пищевода и гортано-глотки наложен однорядный шов. Послеоперационный период протекал гладко. Гистологическое исследование удалённого препарата – липома. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Ответы на вопросы. До операции проходила только жидкая пища. Максимальный размер основания опухоли – у черпаловидного хряща. От эндоскопического удаления отказались из-за больших размеров опухоли. После операции ухудшился голос. Самочувствие больного хорошее. Прохождение пищи не нарушено.

Прения

А. Ф. Романчишен. Образование можно было удалить эндоскопически. Основание опухоли находилось у места входа возвратного нерва, надо было мониторировать работу нерва.

М. Д. Ханевич. У таких больных всегда встает вопрос, кто должен оперировать: ЛОР-специалист или торакальный хирург. Тем не менее, тактика выбрана правильно.

В. В. Стрижелецкий (председатель). Лечение подобных больных должно проводиться в специализированных клиниках.

ДОКЛАД

А. Ф. Романчишен, А. С. Кузьмичёв, А. Л. Акинчев, К. В. Вабалайте, И. В. Зайцева, Д. В. Махроблишвили (кафедра госпитальной хирургии ФГБОУВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», Санкт-Петербургский центр эндокринной хирургии и онкологии). **Относительность операбельности больных и резектабельности опухолей при «запущенных» карциномах щитовидной железы.**

При недостаточном хирургическом профессионализме перспектива выполнения непрестижных высокочувствительных и тяжёлых операций при запущенном раке щитовидной железы (РЩЖ) создаёт для больных реальную вероятность попасть в разряд неоперабельных. В Санкт-Петербургском центре эндокринной хирургии и онкологии в период с 1974 по 2015 г. оперированы 4353 больных папиллярным (П), фолликулярным (Ф) и медулярным (М) РЩЖ. Анализировано 155 наблюдений РЩЖ, где больным было отказано в хирургическом лечении в других стационарах в связи с распространённостью первичных и рецидивных карцином. Среди них было 32 (20,6 %) мужчины и 123 (79 %) женщин. Соотношение 1:4. В общей группе – 1:7,4. Средний возраст больных – (57,7±2,0) года, что значительно ($p>0,05$) превысило аналогичный показатель – (51,6±0,17) – в общей группе. Всем 145 пациентам нами выполнены комбинированные операции (КО). Стернотомический доступ понадобился при 12 (8,1 %) вмешательствах. У 19 (13,1 %) больных операции оказались паллиативными. Гистологическая структура опухолей: П РЩЖ выявлен в 75,5 %, Ф – в 9,4 %, М – в 15,1 %. Карциномы распространялись на мышцы шеи в 67,2 %, гортани – в 6,6 %; возвратный гортанный нерв (ВГН) – в 37,9 %, трахею – в 35,2 %, в гортань – в 13,7 %, глотку и пищевод – в 23,8 %, крупные сосуды – в 21,9 % наблюдениях. Расстройство голоса отмечено в 20,9 %. Рецидив РЩЖ, при наблюдении более 10 лет, отмечен в 7,0 %, где ВГН выделялся из опухоли, а не резецировался. Если карцинома врастала до подслизистой оболочки, выполнены бреющие резекции, боковые резекции трахеи, гортани, глотки и пищевода. При более глубокой инвазии половины и более окружности органов предпринимались их циркулярные резекции. Неожиданные специфические осложнения отмечены у 6,2 %, летальность – 1,6 %. Отдалённые результаты лечения прослежены у 84,6 % больных, в среднем – (9,7±1,9) года. После КО средняя продолжительность жизни больных составила (9,6±0,8) года; 5-летний рубеж пережили 81,9 %, 10-летний – 71,1 % пациентов. После органосохраняющих операций 80,5 % больных пережили 5 лет и 71,2 % – 10 лет, а после циркулярных резекций – 35 и 7 % соответственно. Продлению жизни части больных (25,7 %) служили курсы лечения радиоактивным йодом.

Ответы на вопросы. Бреющие резекции – удаление тканей поражённых органов до слизистой оболочки. Другие виды лечения, кроме хирургического, больные получали в полном объёме. Удача при восстановлении нервов – около 35–36 %, максимальная частота, по данным мировой литературы, – 60 %.

Прения

Б. И. Мирошников. Прекрасный доклад показал, что неоперабельных больных нет. Резектабельность – почти 100 %.

Д. Ю. Семёнов. Результаты хорошие. Но почему эти больные не были оперированы в других учреждениях? Циторедуктивные операции при РЩЖ возможны всегда. Недостаточность доклада – в том, что говорилось только о хирургическом лечении. Важна оценка качества жизни больных. Длительность и качество жизни этих больных необходимо сравнивать с теми же показателями у неоперированных.

Н. Ю. Коханенко. Результаты ошеломляют – 70–80 % больных живут 5–7 лет и более.

В. В. Стрижелецкий (председатель). Доклад показал, что этой группой больных должны заниматься учреждения, имеющие опыт их лечения. Необходимо определять пути их обращения и направления.

Поступил в редакцию 10.11.2017 г.

2495-е заседание 27.09.2017 г. – «Профессор Н. В. Рухляда – к 70-летию со дня рождения»

Председатели: Б. Н. Котив, П. Н. Зубарев, Н. В. Рухляда

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А. Е. Демко, Д. А. Суров, С. А. Шляпников, Г. И. Синенченко, И. В. Сорока, К. М. Батыришин, А. Ю. Каськов, Г. А. Пичугина (ГБУ СПбНИИСП им. И. И. Джанелидзе, кафедры военно-морской хирургии и № 2 (усовершенствования врачей) ФГБВОУ ВМА им. С. М. Кирова). **Многостадийное лечение посттравматического внутреннего тонкокишечно-мочепузырного свища при раке шейки матки.**

Пациентка Т., 45 лет, поступила в СПбНИИ СП им. И. И. Джанелидзе 19.08.2015 г. с клиникой острой кишечной непроходимости: многократная рвота в течение последних двух суток, схваткообразные боли во всех отделах живота, нарастающая слабость. При обзорной рентгенографии живота обнаружены множественные тонкокишечные уровни жидкости. Больная получала комбинированную химиолучевую терапию по поводу рака шейки матки СТ3N0M0 с октября 2013 г. по февраль 2014 г. После короткой предоперационной подготовки выполнена лапаротомия. В малом тазу выявлен инфильтрат, состоящий из петель подвздошной кишки, матки и правых придатков, мочевого пузыря. Учитывая анамнез, ситуация расценена как прогрессирование онкологического процесса с вовлечением петель тонкой кишки. Инфильтрат плотный, разделению не поддается, проксимально кишка раздута до 5 см в диаметре, дистальнее – у илеоцекального угла – спаиваясь. Решено сформировать обходной илеотрансверзоанастомоз, произвести назогастроинтестинальную интубацию. Рана зажила первичным натяжением. 25.08.2015 г. пациентка выписана на амбулаторное лечение с рекомендацией обследоваться в условиях онкологического стационара. Повторная госпитализация 04.09.2015 г. Жалобы на учащенное, болезненное мочеиспускание с частичками недавно съеденной пищи, лихорадку до 38 °С, общую слабость. Пациентка обследована. Произведены МРТ малого таза, СКТ грудной и брюшной полости, фистулография, цистоскопия. При биопсии из зоны тонкокишечно-мочепузырного свища во время цистоскопии данных за прогрессирование онкологического процесса не получено. Диагноз: лучевые энтерит и цистит с формированием внутреннего низкого тонкокишечно-мочепузырного свища. 14.09.2015 г. произведена плановая операция – резекция петли тонкой кишки, несущий свищ, ушивание мочевого пузыря. Послеоперационный период осложнился нагноением послеоперационной раны на фоне посттравматического целлюлита передней брюшной стенки. Рана зажила вторичным натяжением, пациентка выписана 23.10.2015 г. на амбулаторное лечение.

Ответы на вопросы. Больная получала лучевую терапию в госпитале инвалидов и ветеранов войн, а также в онкодиспансере.

Б. Н. Котив (председатель). Представлено успешное лечение трудной больной.

2. Н. В. Рухляда, И. А. Соловьёв, А. П. Уточкин, И. А. Хомчук, А. В. Колунов, Д. К. Савченков (кафедра военно-морской хирургии ВМА им. С. М. Кирова» МО РФ). **Успешное лечение желудочно-кишечного кровотечения при трудностях диагностического поиска его источника.**

Больной Е., 48 лет, с 01.06.2004 г. по 11.06.2004 г. находился на обследовании в 1-м хирургическом отделении 1-го Военно-морского клинического госпиталя. Впервые выявлено образование поджелудочной железы. 11.06.2004 г. переведён в клини-

ку военно-морской и общей хирургии ВМедА для дальнейшего лечения. 15.06.04 г. выполнена операция: цистоеюноанастомоз с межкишечным Брауновским соустьем по поводу ложной (постнекротической), гигантской кисты поджелудочной железы. 11.07.2004 г. больной переведён в отделение ОАРИТ в связи с желудочно-кишечным кровотечением (ЖКК). 12.07.2004 г. выполнена гастродуоденотомия. Источник кровотечения не выявлен. 26.07.2004 г. и 05.08.2004 г. появились повторные эпизоды ЖКК. При ФГДС обнаружена язва луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК), ulcerогенная деформация луковицы ДПК I степени. Источник кровотечения не установлен. 13.08.2004 г. и 20.08.2004 г. эпизоды ЖКК повторились, состояние больного стало тяжёлым. ФГДС 20.08.2004 г.: состоявшееся кровотечение из зоны цистоеюноанастомоза, рубцующаяся язва луковицы ДПК. Несмотря на проводимую противоязвенную и гемостатическую терапию, у больного 20.08.2004 г. и 26.08.2004 г. имели место эпизоды повторного кровотечения, предположительно из зоны анастомоза. Выполнение ФГДС было невозможным в связи с тяжёлым состоянием больного. Проводилась интенсивная терапия. 05.09.2004 г. возник обильный жидкий стул с примесью свежей крови. ФГДС: состояние после формирования цистоеюноанастомоза, рубцующаяся язва луковицы ДПК, состоявшееся кровотечение из нижележащих (за Брауновским соустьем) отделов тонкой кишки. 09.09.2004 г. и 14.09.2004 г. в клинике сердечно-сосудистой хирургии ВМедА, в связи с повторными ЖКК, пациенту выполнена селективная ангиография чревного ствола на предмет выяснения источника кровотечений и возможности выполнения селективной эмболизации одной из артериальных ветвей. В ходе исследования выявлен сброс артериальной крови в полостное образование (кишка?). Источник не локализован. Проведённые исследования (ФГДС, ангиография, КТ, доплерография) выявили у него продолжающиеся кровотечения (8 эпизодов) из артериальных ветвей в области поджелудочной железы, но не позволяли точно определить его источник. В связи с этим 23.09.2004 г. выполнена операция: энтеротомия, остановка кровотечения. Послеоперационный диагноз: киста поджелудочной железы, кровотечение из зоны цистоеюноанастомоза. 12.10.2004 г. – очередной эпизод ЖКК. 13.10.2004 г. в отделении рентгенохирургии выполнена целиакография с возвратной портографией, артериогастроэнтерография, ангиография гастродуоденальной артерии. Установлено, что источником кровотечения является ложная аневризма *a. gastroduodenalis*. Произведена эмболизация артерии металлическими спиралями и гемостатической губкой, гемостаз достигнут. Для надлежащего лечения пациента потребовалось более 25 л препаратов крови. Выписан 18.11.2004 г. на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии. В настоящее время больной чувствует себя удовлетворительно. Социально адаптирован.

Ответы на вопросы. Гемоглобин снижался до 30 г/л. В настоящее время самочувствие больного хорошее. Повторных эпизодов кровотечения не было. У больного сахарный диабет II типа. Занимается физическими упражнениями. Ежегодно производит КТ. За это время образовалась гемангиома печени.

Прения

М. Ю. Кабанов. Это одно из самых длительных наблюдений панкреонекроза, осложнённого кровотечением.

Б. Н. Котив (председатель). Представлено успешно леченное редкое наблюдение множества рецидивов кровотечения из псевдокисты поджелудочной железы и аневризмы гастродуоденальной артерии.

ДОКЛАД

И. А. Соловьёв, Д. А. Суков, А. П. Уточкин, В. Ф. Озеров, И. П. Миннуллин, Р. В. Титов, В. А. Логинов, А. В. Колунов (кафедра военно-морской хирургии ВМА им. С. М. Кирова» МО РФ). **Профессор Н. В. Рухляда и его вклад в развитие отечественной военно-морской хирургии (к 70-летию со дня рождения).**

Заслуженный врач РФ, заслуженный деятель науки РФ, ветеран подразделений особого риска, доктор медицинских наук, профессор, начальник кафедры военно-морской и госпитальной хирургии ВМедА им. С. М. Кирова с 1992 г. по 2007 г., полковник медицинской службы в отставке Рухляда Николай Васильевич 22 августа 2017 г. отметил 70-летие.

За 15 лет руководства кафедрой особо следует дать оценку его научному вкладу в решение вопросов боевой хирургической травмы в специфических условиях действия Сил ВМФ (минно-взрывные поражения и др.). В основанной им научно-библиографической серии «Военно-морская хирургия», предназначенной в основном для корабельного звена военно-морских врачей, вышли в свет такие монографии, как «Огнестрельные ранения из морского стрелкового оружия» (2000), «Взрывные поражения на флоте» (2001), «Лечение огнестрельных и взрывных ранений» (2001), «Комбинированные поражения хирургического профиля и их компоненты» (2003), «Специфические особенности ран на Военно-Морском Флоте» (2003), «Повреждения, наносимые боевыми морскими животными» (2007). Профессор Н. В. Рухляда является автором и соавтором более 200 научных работ, в том числе 19 монографий, 14 учебников и руководств. Он плодотворно занимается общественно-научной деятельностью, является участником многих международных, всесоюзных, всероссийских и республиканских медицинских съездов и конференций. Под его руководством защищено 5 докторских и 18 кандидатских диссертаций. Известный учёный, клиницист, прекрасный хирург и педагог, профессор Н. В. Рухляда – признанный авторитет в научных и лечебных коллективах страны. В 1994 г. ему присвоено почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации», а в 2002 г. – «Заслуженный деятель науки Российской Федерации». Николай Васильевич является почётным членом правления Хирургического общества Пирогова, а также членом Ассоциации хирургов Санкт-Петербурга, Международной ассоциации хирургов, диссертационного совета ВМА и Учёного совета НИИ СП им. И. И. Джанелидзе. Родина по заслугам оценила ратный труд Николая Васильевича. Он награждён орденом «За военные заслуги перед Отечеством» и многими медалями. О нём написано в книге «Знаменитые люди Санкт-Петербурга».

В канун 70-летнего юбилея профессор Рухляда Николай Васильевич получил сердечные поздравления и пожелания крепкого здоровья, счастья и новых творческих успехов в связи с этим знаменательным событием в жизни от Хирургического общества Пирогова, учеников и товарищей.

Юбиляр сердечно поблагодарил Хирургическое общество Пирогова за высокую оценку своих трудов.

Поступил в редакцию 05.12.2017 г.

2496-е заседание 11.10.2017 г.

Председатель – А. Л. Акопов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *А. А. Найдёнов, А. В. Красиков, И. З. Валеев, Д. В. Клецуков* (СПб ГБУЗ «Городская больница № 26»). **Хирургическое**

лечение разрыва дуги аорты у пациентки с политравмой, полученной в дорожно-транспортном происшествии.

Пациентка Ш., 65 лет, была доставлена в отделение СМП Городской больницы № 26 03.02.2017 г. через 56 мин после травмы, полученной в результате столкновения маршрутки с легковым автомобилем. При поступлении состояние тяжёлое, сознание ясное, гемодинамика стабильная (ЧСС 88 уд./мин, АД 120/70 мм рт. ст.). Обследована в условиях противошоковой операционной. При УЗИ по протоколу FAST жидкости в плевральной и брюшной полости не обнаружено. При рентгеновском исследовании выявлен закрытый перелом правой малоберцовой кости со смещением, закрытый перелом медиальной лодыжки. При КТ головы, груди, живота и таза выявлена инфильтрация клетчатки средостения на уровне дуги аорты и аортопульмонального окна. При контрастировании аорты диагностирован её краевой разрыв дистальнее отхождения левой подпочечной артерии и жидкость (кровь) в плевральной полости слева. Диагноз: тяжёлая сочетанная травма головы, груди, конечностей; закрытая черепно-мозговая травма. Сотрясение головного мозга. Закрытая травма груди. Ушиб лёгких. Разрыв дуги аорты. Левосторонний гемоторакс. Закрытый перелом правой малоберцовой кости со смещением отломков, закрытый перелом медиальной лодыжки правой большеберцовой кости. При перекладывании пациентки на каталку в кабинете КТ отмечались эпизоды гипотонии (снижение АД до 70/40 мм рт. ст.), обусловленные кровотечением из дефекта дуги аорты. Пациентка была доставлена в кардиохирургическую операционную, где по экстренным показаниям кардиохирургической бригадой была выполнена левосторонняя переднебоковая торакотомия в четвёртом межреберье. Из плевральной полости одномоментно было эвакуировано около 1 л жидкой крови (реинфузирована с помощью аппарата Cell saver) и 500 мл сгустков. Дефект аорты 1,5×2 см, с рваными краями, располагался на внутренней части дуги аорты дистальнее места отхождения левой подпочечной артерии. На аорту, проксимальнее и дистальнее разрыва, наложены сосудистые зажимы, выполнена пластика дефекта аорты заплатой из синтетического протеза. Время пережатия аорты – 65 мин. Объём реинфузии крови из плевральной полости составил 1500 мл. Максимальное снижение уровня гемоглобина в течение операции – до 55 г/л. Гемотрансфузия составила 2494 мл СЗП и 1190 мл эритроцитарной взвеси. Перелом костей правой голени иммобилизован гипсовой повязкой. Послеоперационный период осложнился развитием респираторного дистресс-синдрома взрослых (РДСВ) на фоне ушиба лёгких, пневмонитом и внутрибольничной пневмонией, нагноением торакотомной раны. В связи с необходимостью проведения продлённой ИВЛ, 09.02.2017 г. была выполнена трахеостомия. На 11-е сутки после травмы пациентка стала предъявлять жалобы на слабость в ногах, отсутствие чувствительности ниже пояса, нарушение функции тазовых органов. При МРТ позвоночника выявлены структурные изменения спинного мозга, на уровне Th5–L1, как проявление посттравматической миелопатии в области конуса спинного мозга. Период нахождения в отделении реанимации составил 24 койко-дня. Дальнейшее лечение проводилось в отделении сосудистой хирургии. На 42-е сутки после травмы пациентка была переведена в отделение реабилитации, где проводилось восстановительное лечение. Выписана из стационара на 84-е сутки в удовлетворительном состоянии. Представлен видеofilm беседы с больной, которая сейчас является инвалидом I группы, занимается ЛФК, массажем.

Ответы на вопросы. Оперировали больную через 3 ч 40 мин после поступления. Стернотомию не производили. Повреждение спинного мозга – сосудистого происхождения. Общий объем кровопотери – 4,5 л, объем аутоотрансфузии – 1,3 л.

Прения

А. А. Найденов. Одновременно было доставлено 8 больных, 4 – на носилках, 1 из них с разрывом селезенки. Всем носилочным больным выполнялась КТ с контрастированием.

А. Л. Акопов (председатель). Успешное наблюдение лечения больной с политравмой, большим объемом кровопотери. Операция произведена в рабочее время и количество персонала, объем лечебных и диагностических средств оказались достаточными. Неясно, было ли сквозным ранение аорты, дефект мог прикрыться сгустком крови.

2. К. А. Анисимова, Д. И. Василевский, Д. Ю. Семёнов, А. С. Лапшин, С. Г. Баландов, И. И. Фадеева (кафедра факультетской хирургии с курсами лапароскопической и сердечно-сосудистой хирургии ПСПбГМУ им. И. П. Павлова). **Хирургическое лечение ожирения при синдроме Прадера–Вилли–Лабхарта.**

Синдром Прадера–Вилли–Лабхарта (Prader–Willi–Labhart syndrome, PWS) – мультисистемное наследственное заболевание, впервые описанное в 1956 г., причиной которого является отсутствие отцовской копии участка хромосомы 15q11–13 – самая частая генетическая причина ожирения у детей. В ноябре 2016 г. в центр хирургического лечения ожирения и метаболических нарушений ПСПбГМУ им. И. П. Павлова поступила пациентка 23 лет (1993 г. р.), страдающая ожирением III степени на фоне PWS. Индекс массы тела составлял 70,7 кг/м², рост – 150 см, масса тела – 159 кг. Имелись характерные для PWS фенотипические особенности: низкий рост, узкая височная часть черепа, долихоцефалия, акромикрия, а также задержка психомоторного развития, гипогонадизм. С 2014 г. пациентка не работает в связи с невозможностью переносить минимальные физические нагрузки из-за возникающей выраженной одышки. С 2015 г. отмечается прогрессирование дыхательной недостаточности. В ходе обследования в клинике был диагностирован метаболический синдром: выраженное абдоминальное ожирение, нарушение углеводного и липидного обмена, артериальная гипертензия, а также частично контролируемая бронхиальная астма, начальные явления гонартроза. Таким образом, обусловленное синдромом PWS ожирение III степени, осложнённое развитием ассоциированных заболеваний, неэффективность консервативной терапии в течение 20 лет (диетотерапия, терапия Сибутрамином) определили показания к хирургическому лечению. 06.12.2016 г. пациентке была выполнена лапароскопическая продольная резекция желудка. Послеоперационный период протекал без осложнений. Проведенное лечение позволило добиться снижения массы тела через 6 мес до 110 кг (ИМТ 48,8 кг/м²), улучшения метаболического профиля – коррекции липидного и углеводного обменов. После операции отмечено снижение и стабилизация артериального давления, значительное улучшение дыхательной функции: уменьшение одышки, частоты приступов бронхиальной астмы.

Ответы на вопросы. Больная питается 6 раз в день – до 100 г, масса тела не повышается. Изжога, отрыжка не беспокоят. Продольная резекция желудка переносится легче. Оплата лечения производилась родителями и самой больной. Рефлюкс – у 25–30 % больных, лечится прокинетиками, ИПП в течение не менее 1 мес. У больной этого нет. Нб – 146 г/л, уровень витамина В₁₂ и фолиевой кислоты в пределах нормы. Давление в лёгочной артерии нормальное.

Прения

В. И. Кулагин. Правильно установлены показания к операции и получен хороший результат. Это функциональная хирургия. Нет рефлюкса, хотя оперировано дно желудка. Возможно, сохранен «воротник Гельвеция» – косые мышечные волокна, идущие от пищевода, не пересекаются.

К. А. Анисимова. До операции больная даже не могла передвигаться по квартире. При продольной резекции мышцы, идущие от пищевода, не пересекаются.

А. Л. Акопов (председатель). Знание механизмов происхождения ожирения, безусловно, помогло. Ближайший результат хороший, но желательно будет узнать отдалённый.

ДОКЛАД

К. В. Павелец, Д. В. Гацко, Д. С. Русанов (кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова СПбГПМУ, СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Глухой шов общего желчного протока при сложных формах холедохолитиаза.**

С 2000 по 2017 г. в VI хирургическом отделении СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница» проведено лечение 125 пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью со сложными формами холедохолитиаза. Среди них 78 (62,4 %) женщин и 47 (37,6 %) мужчин, средний возраст пациентов составил 68,8 года. Диагноз установлен на основании совокупности клинической картины, данных предоперационного обследования (биохимические анализы, УЗИ, КТ живота, МРТ-холангиопанкреатография). Открытое оперативное вмешательство с холецистэктомией (95 пациентов) или без неё (30 пациентов) выполнено с последующей ревизией желчных протоков и литоэкстракцией. Всем пациентам проводили контроль проходимости желчных путей с помощью гидродинамической пробы и интраоперационной фиброхоледохоскопии. Операция завершалась наложением глухого шва общего желчного протока по разработанной оригинальной методике (приоритетная справка № 2015106471). Средняя длительность операции составила 116 мин. Существенного подтекания желчи по дренажу из подпечёночного пространства не отмечалось. Дренаж удаляли на 2–3-и сутки. Средний срок госпитализации пациентов составил 8,87 койко-дня. В послеоперационном периоде у 6 (4,8 %) больных отмечено повышение уровня активности амилазы от 174 до 1121 Ед/л. Однако не было отмечено развития деструктивного панкреатита, и при последующем консервативном лечении активность амилазы нормализовалась. Повторное оперативное вмешательство потребовалось 2 (1,6 %) пациентам по поводу кровотечения из зоны оперативного вмешательства. Летальный исход наступил у 1 (0,8 %) больного в результате развития острого инфаркта миокарда на 8-е сутки послеоперационного периода. Проведено контрольное обследование 67 пациентов от 6 мес до 3 лет послеоперационного периода. Метод контрольного обследования – МРХПГ. Стриктур зоны оперативного вмешательства, рецидивного холедохолитиаза не обнаружено.

Выводы. 1. Использование предлагаемой методики лечения желчнокаменной болезни, осложнённой сложными формами холедохолитиаза, позволяет осуществить одноэтапное патогенетическое оперативное вмешательство. 2. Снизить риск послеоперационных осложнений. 3. Уменьшить сроки госпитализации больных.

Ответы на вопросы. Желчеистечение до 200 мл наблюдалось в течение менее 2 сут. Дренаж удалялся на 3–4-е сутки. К трудным формам относили синдром Мирицци, холангит,

трудноудаляемые конкременты. Шов ОЖП – узловой, рассасывающейся мононитью, сначала однорядный, затем он прикрывался брюшиной. При камнях более 2 см лечение начинали с папиллотомии.

Прения

А. Е. Демко. «Трудные формы» – термин эндоскопистов. К ним относятся камни более 1,5 см, более 10 конкрементов в ОЖП, S-образный ОЖП, стриктуры, недоступность эндоскопического вмешательства. Результаты применения T-образного дренажа и глухого шва, процент резидуально-го холедохолитиаза примерно одинаковы, но при глухом шве длительность госпитализации короче и экономический эффект лучше. Стентирование имеет больше осложнений. Чаще надо применять гибридные операции. Синдром Мирицци эндоскопически излечить не всегда удаётся.

С. Я. Ивануса. Старое правило хирургии – всякое отверстие надо зашивать. Но мы должны быть уверены в проходимости дистального отдела ОЖП. Водная проба недостаточно информативна. Нельзя отказываться от холангиографии.

А. В. Лодыгин. При выборе метода лечения надо учитывать степень желтухи по Шаповальянцу (I–III), её стадию (А, В, С),

наличие парапапиллярных дивертикулов. Необходимо шире использовать возможности эндоскопии – корзинки Dormia, зонды Фогарти.

В. И. Кулагин. В клинике А. Г. Земляного выполняли до 450 холецистэктомий в год. Предлагаемая методика применялась ещё в восьмидесятые годы. Шагом вперёд является применение лапароскопии и минилапаротомии. Глухой шов ОЖП не всегда возможен. Нужно учитывать толщину его стенки, мы шьём нитью ПДС шесть нулей.

К. В. Павелец. Классификация Шаповальянца создана не для хирургов, а для больных. Водная проба достаточна для доказательства проходимости ОЖП. Использование фиброхоледохоскопии и хорошего шовного материала позволяет наложить два ряда швов. Из 27 больных с синдромом Мирицци дренированием ОЖП не воспользовались ни у одного. Дренирование требует большей длительности лечения. Из 67 больных в отделении реоперированы 3 (рак головки поджелудочной железы, аденомиоз).

А. Л. Акопов (председатель). Показан высокий уровень владения техникой, выбора показаний и достигнуты хорошие результаты.

Поступил в редакцию 05.12.2017 г.