

## ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

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

### 2409-е заседание 27.03.2013 г.

Председатель — Б. Н. Котив

#### ДЕМОНСТРАЦИЯ

*М. А. Атюков, В. Г. Пищик, С. В. Никитин, А. Д. Оборнев, А. Р. Козак, П. К. Яблонский* (Городская многопрофильная больница № 2, клиника «АндроМеда», кафедра госпитальной хирургии Санкт-Петербургского государственного университета). **Редкая причина рецидивирующего спонтанного пневмоторакса и бесплодия.**

Цель демонстрации: показать редкую локализацию эктопированного эндометрия при экстрагенитальном эндометриозе, как причину рецидивирующего спонтанного пневмоторакса и бесплодия.

Больная Ф., 32 лет, поступила 01.10.2008 г. в ГМПБ № 2 с жалобами на боль в правой половине грудной клетки, незначительную одышку. Из гинекологического анамнеза обращало на себя внимание бесплодие. В 2003 г. при диагностической лапароскопии подтверждена проходимость маточных труб, гистологически верифицирован эндометриоз с поражением париетальной брюшины. Проведён курс терапии аналогами гонадотропин-рилизинг гормона (бусерелин) в течение 4 мес. Однако после проведённого лечения беременность не наступала. В период с 2004 по 2008 г. предпринято 16 безуспешных попыток экотранскорпорального оплодотворения. Жалобы периодически возникали во время месячных в течение двух последних лет. За медицинской помощью не обращалась. Первый эпизод правостороннего пневмоторакса в сентябре 2008 г. лечили без торакоцентеза. При диагностической торакокопии под местной анестезией, выполненной при поступлении, выявлены сквозные дефекты в сухожильном центре диафрагмы. Заподозрен экстрагенитальный эндометриоз с поражением правого купола диафрагмы. 03.10.2008 г. под наркозом в условиях однолёгочной вентиляции выполнена видеоторакокопия справа. Обнаружены сквозные дефекты в сухожильном центре диафрагмы. При подводной пробе других возможных источников поступления воздуха в правую плевральную полость не выявлено. Выполнена резекция участка сухожильного центра правого купола диафрагмы. Для индукции плевродеза произведена субтотальная костальная плеврэктомия. Послеоперационный период протекал без осложнений. На 10-е сутки послеоперационного периода больная выписана на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии. При пересмотре гистологических препаратов выявлены эндометриоидные гетеротопии

на резецированном сухожильном центре диафрагмы. После выписки больная консультирована гинекологом в клинике «АндроМеда». Подтвержден рецидив экстрагенитального эндометриоза. Проведен повторный курс гормональной терапии (фемостон). После окончания курса лечения первый же перенос оплодотворённой яйцеклетки оказался успешным. Беременность протекала без осложнений. На 40-й неделе беременности пациентка родила здоровую дочь. За время наблюдения рецидивов спонтанного пневмоторакса не наблюдалось.

*Ответы на вопросы.* Подобные приступы боли в грудной клетке повторялись несколько раз. Причина пневмоторакса — попадание воздуха из маточных труб. Плеврэктомия — наиболее надёжный способ профилактики спонтанного пневмоторакса. Среди причин бесплодия эндометриоз составляет 20%. Фактор успешного лечения бесплодия — правильный выбор медикаментов. Признаков повреждения диафрагмы не было. На фоне месячных эктопированный эндометрий отделяется. Именно правосторонний катамениальный (менструальный) пневмоторакс наблюдали у 20 больных. Буллёзных изменений, очагов эндометриоза в лёгких при КТ не обнаруживали. Исход нельзя считать излечением эндометриоза.

#### Прения

А. Л. Акопов. Спонтанный пневмоторакс лечен согласно принятому протоколу. Плеврэктомия сделана по показаниям. У мужчин рецидивы редки. Причинами пневмоторакса могут быть лимфангио-, лейомиоматоз, гистиоцитоз, саркоидоз. У женщин этой причиной нередко является катамениальный (менструальный) пневмоторакс. Появление новых очагов эндометриоза возможно.

В. Г. Пищик. До 2003 г. этого диагноза не существовало. В американской литературе мы обнаружили 35 наблюдений одной группы авторов. У нас 20 наблюдений. Это практически всегда правосторонний пневмоторакс. Возможно одновременное развитие имплантации и отторжения очага эндометриоза. Это заболевание мы называем пневмотораксом вследствие экстрагенитального эндометриоза. Торакокопическая плеврэктомия занимает 60 мин, выполняется почти бескровно. У одной больной мы наблюдали распространение пузырьков воздуха от маточных труб к диафрагме. Подобная причина может быть у половины больных женщин с правосторонним пневмотораксом.

Б. Н. Котив (председатель). Нужно согласиться с механизмом происхождения пневмоторакса, представленном

авторами. О нем надо думать при пневмотораксе, наступившем на фоне кашля, астматического приступа.

## ДОКЛАД

*Н. Ю. Коханенко, Н. Н. Артемьева, Ю. Н. Ширяев, С. В. Петрик* (кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, Городская Мариинская больница). **Особенности повторных операций при хроническом панкреатите.**

Цель доклада: показать частую неизбежность и сложности повторных операций у больных с осложнённым течением хронического панкреатита. Малоинвазивные вмешательства могут дополнять и в редких случаях заменять традиционные хирургические операции.

Осложнённое течение хронического панкреатита наблюдается у  $\frac{2}{3}$  больных, а летальность у данной категории пациентов достигает 50,0%. Повышение хирургической активности при хронических панкреатитах сопровождается увеличением числа пациентов с поздними послеоперационными осложнениями, рецидивами симптомов заболевания в отдалённые сроки после хирургического вмешательства, что приводит к необходимости повторных операций. Частота неудовлетворительных результатов и рецидивов заболевания после операций на поджелудочной железе и смежных органах может достигать 30%. За последние 20 лет (с 1991 по 2011 г.) оперированы 662 больных с хроническим панкреатитом. В 60% наблюдений хронический панкреатит имел алкогольную этиологию, только в 8% — билиарную. Иные причины составили 32%. У большинства больных наблюдали кальциноз паренхимы и калькулёз протоков поджелудочной железы, а также самые различные осложнения в смежных органах. Самым частым осложнением (60%) было формирование внутри- и внепанкреатических псевдокист, которые сами по себе способствовали возникновению иных осложнений. Используемые в настоящее время малоинвазивные вмешательства на кистах поджелудочной железы, как правило, не избавляют от прогрессирования панкреатита и развития осложнений, что вынуждает прибегать к повторным операциям. Из 662 больных ранее были оперированы 196 (33,8%). У них было выполнено 413 вмешательств, у 25 из них либо лапароскопические санация и дренирования псевдокист, либо их дренирование под УЗ-контролем. Некоторые пациенты перенесли 8–13 операций. У 6 больных ранее был сформирован панкреатикоюноанастомоз, у 2 — выполнена каудальная, у 1 — срединная резекция поджелудочной железы. В остальных случаях операция выполнялась на смежных органах. Показанием для повторного вмешательства, как правило, являлся выраженный болевой синдром, потеря массы тела, появление или прогрессирование панкреатической гипертензии, псевдокисты, септические очаги и др. Как при первичных, так и при повторных операциях основной задачей являлось устранение панкреатической гипертензии, санация гнойных очагов, дренирование псевдокист. В отличие от первичных вмешательств, резекционные методы удавалось осуществить далеко не всегда (только в 20 наблюдениях — 3%). Из-за выраженного фиброза, а иногда и текущего воспалительного процесса даже такие операции, как формирование панкреатикоюноанастомоза или просто поиск протока поджелудочной железы, оказывались невозможными. В связи с этим у 37 больных операция была выполнена двухмоментно. Вначале после санации гнойных

очагов проток поджелудочной железы дренировали наружу. Создавали условия для реинфузии панкреатического сока, а если позволяли условия, подготавливали для анастомоза петлю тощей кишки. В дальнейшем, после интенсивного лечения воспалительного процесса, у некоторых больных проходимость протока восстанавливалась. У 22 пациентов вторым этапом, через 1,5–2 мес, был сформирован панкреатикоюноанастомоз. При повторном вмешательстве обычно отмечали улучшение состояния поджелудочной железы. Послеоперационный период протекал, как правило, без осложнений. Следует отметить, что повторные операции всегда более травматичны, продолжительны и нередко сопровождаются кровопотерей, требующей возмещения. Операции часто носят вынужденный характер, бывают направлены лишь на устранение жизненно опасных осложнений. Умерли после повторных операций 3 (1,5%) больных.

*Ответы на вопросы.* Повторные операции вызывались рецидивированием патологического процесса, прогрессированием панкреатита, новыми осложнениями. В год выполняется до 200 пункционных вмешательств под контролем УЗИ. После таких дренирований 70–80% больных в последующем требуются операции. Максимальный срок безрецидивного лечения — 10 лет. Операцию билиопанкреатической диссоциации не выполняли. К торакоскопической симпатэктомии положительно относимся при раке, отрицательно — при хроническом панкреатите. Панкреатэктомия не продлевает жизнь, требует дорогой алиментарной или медикаментозной поддержки. Неэффективных операций до 70%, но это не говорит о непрофессионализме хирургов, а связывается с особыми условиями их проведения.

## Прения

*Н. Н. Артемьева.* Я занимаюсь хроническим панкреатитом 40 лет. Здесь материал 10 лет — в различных больницах (2-я городская, 3-, 4-, 26-, 31-я и др.) — 238 больных, 450 операций. Это чрезвычайно трудоёмкие вмешательства, нередко требующие гемотрансфузий, выхаживания, повторных операций. Например, больной 38 лет, оперирован по поводу сдавления двенадцатиперстной кишки, сформирован гастроэнтероанастомоз. Образуется и перфорирует пептическая язва. Выполняется резекция желудка. Появляется несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки, сделана резекция культи, создан панкреатико- и гепатикоюноанастомоз. В последующем развиваются пилефлебит, абсцессы печени, наступает смерть. При хроническом панкреатите предложено около 10 операций — на нервах, резекции, продольный и поперечный панкреатикоюноанастомозы. Наиболее надёжен продольный панкреатикоюноанастомоз. Нынешнее увлечение резекцией головки поджелудочной железы пройдёт, как и пломбировка протоковой системы. Ее можно сделать лишь у 20% больных. Возможность декомпрессии при первичных операциях — 70%, при повторных — 30%. Создаётся рубцовый процесс, окруженный расширенными венами. 90% больных с кальцифицирующим панкреатитом злоупотребляют алкоголем. Эти больные не могут обеспечить себя лекарствами, кровью. Эндоскопические операции, стентирование, пункционные методики, удаление камней эффективны при расширении протока более 1 см. Все это дорогостоящие операции, что делает проблему социальной.

*Б. Н. Котив (председатель).* При хроническом панкреатите за последние годы значительно выросли диагностические возможности, позволяющие точнее планировать операции. Создан значительный арсенал малоинвазивных, декомпрес-

сивных и резекционных методов операций. Но проблема остаётся актуальной.

Поступил в редакцию 19.05.2013 г.

## 2410-е заседание 10.04.2013 г.

*Председатель* — К. В. Павелец

### ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *Е. В. Левченко, А. М. Карачун, С. Ю. Дворецкий, И. В. Комаров, Ю. В. Пелитась, А. Е. Карелов* (НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова). **Видеоассистированное оперативное лечение гигантской гемангиомы пищевода.**

Цель демонстрации: продемонстрировать редкое наблюдение осложнённого течения гемангиомы пищевода значительных размеров и возможность выполнения комбинированного доступа (лапароскопического с торакотомическим) при операции Ivor—Lewis.

Больная Г., 29 лет, обратилась в Научно-исследовательский институт онкологии им. Н. Н. Петрова в апреле 2012 г. с жалобами на дисфагию, периодическую рвоту после еды, снижение массы тела на 6 кг в течение предшествующих 2 мес. Первые признаки заболевания появились летом 2010 г. В феврале 2012 г., на фоне нарастающих явлений дисфагии, возник эпизод пищеводного кровотечения. Больная была госпитализирована в городскую больницу, где в ходе обследования была выявлена опухоль пищевода. Для дальнейшего лечения больная направлена в НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова. При поступлении состояние больной удовлетворительное. Индекс массы тела снижен до 17,91. После инструментального обследования выявлено экзофитное бугристое мягкотканное образование верхне- и среднегрудного отдела пищевода протяжённостью 10 см. В биопсийном материале данных за злокачественную опухоль не обнаружено. После предоперационной подготовки 11.04.2012 г. выполнено оперативное вмешательство — лапароскопическая мобилизация желудка, правосторонняя торакотомия, субтотальная резекция пищевода с пластикой широким желудочным стеблем (Ivor—Lewis). Послеоперационный период протекал без осложнений, энтеральное питание начато на 7-е сутки. Результат гистологического исследования — гемангиома пищевода. Больная выписана на 15-е сутки.

*Ответы на вопросы.* До операции плохо проходила даже вода. Питание наладилось после операции постепенно, рентгенологически некоторое время проявлялся гастростаз. Через 1 год выполнена баллонная дилатация привратника. Изжога не беспокоит. Эндоскопический этап выполнен в течение 1 ч (А. М. Карачун). Грудной проток клипирован за ножкой диафрагмы.

### Прения

Б. Н. Котив. Нам удалось выполнить эндоскопическое удаление лейомиомы пищевода. Надо стремиться к сохранению органа, даже такого, как пищевод, при доброкачественных опухолях. Вряд ли можно ожидать рецидив.

К. В. Павелец (председатель). Прогрессивно внедрение лапароскопических методик в хирургию пищевода. Причина гастростаза — невмешательство на пилорическом жоме. Узкий или широкий желудочный стебель — выбор хирурга, дело в возможности сохранить кровоснабжение.

2. *М. П. Королёв, Л. Е. Федотов, Р. Г. Аванесян* (кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии СПбГПМУ, Городская Мариинская больница). **Восстановление общего печёчного протока при его ятрогенном повреждении с применением оригинальных малоинвазивных методов.**

Цель демонстрации: показать оригинальную методику формирования каркасного дренирования высокой стриктуры общего печеночного протока как альтернативу формированию традиционного бигепатикоюноанастомоза.

Больной Б., поступил в 5-е хирургическое отделение Городской Мариинской больницы 11.08.2011 г. с диагнозом «Механическая желтуха, состояние после лапароскопической холецистэктомии». 2 нед назад больной перенес лапароскопическую холецистэктомию в одной из больниц города. Через 3 дня у пациента появилась желтуха. В результате обследования установлено, что внутривеночные желчевыводящие протоки расширены, внепеченочные протоки не визуализируются. 12.08.2011 г. выполнена операция — попытка восстановления проходимости общего печеночного протока с помощью эндоскопически ретроградно проведённого проводника. После эндоскопической папилло-сфинктеротомии и проведения проводника ретроградно в воротах печени определялось непреодолимое препятствие. В связи с нарастающей желтухой выполнена антеградная чрескожная чреспеченочная холангиостомия, при этом провести проводник антеградно также не удалось. При контрольном ультразвуковом исследовании в правом поддиафрагмальном пространстве выявлена гематома. Выполнено дренирование полости гематомы под ультразвуковым контролем. После сильного приступа кашля и последующей рвоты 31.08.2011 г. по дренажу из поддиафрагмального пространства отмечено поступление крови. Консервативными мероприятиями кровотечение удалось остановить. Однако на следующий день кровотечение рецидивировало, что потребовало выполнения экстренного оперативного вмешательства — лапаротомии, шва раны печени, дренирования брюшной полости. После стабилизации состояния больного 22.09.2011 г. выполнена операция — комбинированное восстановление непрерывности общего печеночного протока под ультразвуковым и эндоскопическим контролем. Проток восстановлен на каркасном наружновнутреннем дренаже диаметром 12F. Через 1 день дренаж смнен на дренаж меньшего диаметра ввиду развившегося обструктивного панкреатита. Больной выписан в удовлетворительном состоянии. Повторно больной госпитализирован 14.12.2011 г. для смены дренажа. Операция выполнена 27.12.2011 г., установлен каркасный дренаж собственной конструкции общим диаметром 22F.

*Ответы на вопросы.* Температура тела — все время в пределах нормы. Ограничений в пище, кроме исключения острой, нет. После операции приступы панкреатита не повторялись. Ранее, до первой операции, был приступ панкреатита, обнаруживался «песок» в желчном пузыре. Пункция и дренирование проводились через IV сегмент печени. Трещина капсулы печени, вызвавшая кровотечение, была далеко от места пункции. Протяжённость поврежденного участка (ожоговой стриктуры) — около 3 см. После травмы протоков наблюдаем 93 больных.

### Прения

К. В. Павелец (председатель). Показания к лапароскопической операции были, по-видимому, превышены. Больной 27 лет стал инвалидом. Малоинвазивные вмешательства пока ещё сопровождаются возможными осложнениями.

**ДОКЛАД**

А. В. Светликов, А. В. Карев, М. В. Мельников, В. К. Рыжков, Ю. М. Борохов, С. В. Литвиновский, П. А. Галкин, А. С. Шаповалов, Т. Х. Гамзатов (клиническая больница № 122 им. Л. Г. Соколова, кафедра общей хирургии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова, Ленинградская областная клиническая больница). **Эндоваскулярное протезирование аневризм грудного и брюшного отделов аорты как метод выбора у пациентов с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями.**

Цель работы: оценка результатов эндоваскулярного лечения аневризм грудного и брюшного отделов аорты у пациентов с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями.

За период с марта 2008 г. по ноябрь 2012 г. в центре сосудистой хирургии выполнено 38 эндоваскулярных вмешательств у пациентов с аневризмами грудного и брюшного отделов аорты, из них 36 мужчин и 2 женщины. Средний возраст больных составил 68,9 года, средний диаметр аневризмы — 57,3 мм. Все пациенты имели значимые сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца — у 19, постинфарктный кардиосклероз — у 7, гипертоническая болезнь — у 23, хроническая обструктивная болезнь лёгких — у 13, желудочковая экстрасистолия — у 3, цирроз печени — у 1, сахарный диабет 2-го типа — у 4, онкологическое заболевание — у 4. Эндопротезирование выполнялось: двухкомпонентными бифуркационными стент-графтами «ELLA» — у 27 пациентов, четырехкомпонентным протезом «ELLA» — у 1, однокомпонентным линейным стент-графтом «ELLA» — у 2, четырехкомпонентным стент-графтом «ANACONDA» (Vascutek) — у 2, трехкомпонентным бифуркационным стент-графтом «ANACONDA» (Vascutek) — у 3, трехкомпонентным бифуркационным стент-графтом «Excluder» — у 1, двухкомпонентным протезом «VALIANT stent graft Captiva» — у 1 и двухкомпонентным протезом «Endurant» (Medtronic) — у 1 пациента. Средняя продолжительность операции составила 147,5 мин. Интраоперационная системная гепаринизация осуществлялась в дозе 7500 ЕД (5000–10 000 ЕД). Средняя кровопотеря составила не более 200 мл. Длительность пребывания в стационаре после операции — от 2 до 11 сут. Летальных исходов в послеоперационном периоде не наблюдалось. В отдаленном периоде двум пациентам потребовалось повторное вмешательство: бедренно-бедренное шунтирование по поводу тромбоза бранши протеза через 3 и 6 мес соответственно. У одного пациента через 2 мес после операции имел место постишемический инфильтрат большой поясничной мышцы слева с выраженным болевым синдромом, связанный, по-видимому, с эмболизацией левой внутренней подвздошной артерии, что потребовало повторной госпитализации. Двое пациентов умерли через 1 и 2 года после операции от причин, не связанных с эндопротезированием. На основании полученных данных, можно предположить, что эндоваскулярное лечение аневризм аорты будет эффективно и безопасно применяться у больных с тяжёлыми соматическими заболеваниями. При этом эндопротезирование аневризм аорты может приводить к осложнениям гемодинамического характера.

*Ответы на вопросы.* В лучших клиниках низкая летальность после операций по поводу аневризм аорты — 5%, у авторов — 0%. Средний срок наблюдения — 60 мес. Миелопатий не наблюдалось. Тромбопрофилактика — кроме аспирина, ничего не назначалось.

**Прения**

Е. В. Левченко. Раньше аневризмы аорты обергивали вощеной бумагой, сейчас перешли к эндопротезированию.

К. В. Павелец (председатель). Одну из подобных операций мы выполнили при раке пищевода. Метод прогрессивен и должен войти в клиническую практику.

Поступил в редакцию 19.06.2013 г.

**2411-е заседание 24.04.2013 г.**

*Председатель* — О. Н. Эргашев

**ДЕМОНСТРАЦИИ**

1. А. Л. Андреев, С. Г. Чуйко (ООО «АВА-ПЕТЕР», клиника «Скандинавия»). **Лапароскопическая резекция тощей кишки по поводу стромальной опухоли, имитировавшей фибромиому матки.**

Цель демонстрации: показать сложность диагностики стромальной опухоли тощей кишки и возможности лапароскопической хирургии в лечении этой категории больных.

Пациентке С., 39 лет, в одной из гинекологических клиник с предположением о миоме матки было предпринято лапароскопическое вмешательство. Данных за гинекологическое заболевание не было обнаружено, выявлена опухоль тонкой кишки. Опухоль 8×12 см, располагалась в тощей кишке на расстоянии 10 см от связки Трейтца. Представленная видеозапись диагностической лапароскопии и предоперационное обследование позволили заподозрить стромальную опухоль тонкой кишки. 02.12.2011 г. выполнена лапароскопическая резекция тощей кишки с аппаратным межкишечным интракорпоральным анастомозом «бок в бок». Длительность операции составила 2 ч 45 мин, кровопотери не было. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная активизирована на 1-е сутки, выписана из стационара на 3-и сутки после операции. Иммуногистохимическое исследование операционного материала: гастроинтестинальная стромальная опухоль тощей кишки, умеренный потенциал злокачественности. В программу комплексного лечения включена таргетная терапия иматинибом («Гливек»). В настоящее время данных за рецидив заболевания нет.

*Ответы на вопросы.* До операции никаких жалоб больная не предъявляла. Явлений нарушения кишечной проходимости не было: ни клинических, ни интраоперационных. От края опухоли проксимально отступили 2–3 см, дистально — 5–7 см. Длина разреза для эвакуации опухоли — 6–7 см (в пупочной области). Стул был на 6-е сутки. Гистологического заключения морфологи не дали, предложили иммуногистохимическое исследование. План иммунотерапии согласован с сотрудниками НИИ онкологии им. проф. Н. Н. Петрова. Гливек больная принимала в течение 1 года. Было осложнение в виде сыпи. Исследования (МРТ, гидроинтестинография) больная сначала проходила 1 раз в полгода, теперь 1 раз в год. Последнее исследование больная проходила 1,5 мес назад.

**Прения**

А. С. Лапшин. Мы наблюдали больную с предварительным диагнозом «Опухоль забрюшинного пространства (лейомиосаркома?)». Опухоль представляла собой несколько шаров в единой капсуле, исходящих из большой

кривизны желудка, масса 4,5 кг. Произвели субтотальную резекцию желудка, спленэктомию. Начато лечение гливеком по 600 мг/сут, но, в связи с кожными осложнениями, дозу уменьшили до 100 мг. Через полгода наступил рецидив. Упаковка гливека стоит около 80 тыс. руб. Тем не менее, его надо принимать пожизненно.

В. В. Стрижелецкий. Правильно поступили гинекологи и вовремя остановили операцию. Отступать от опухоли желательнее больше. Мы наблюдали двух подобных больных, но опухоли располагались более дистально.

К. В. Павелец. Мы наблюдали больных с GIST-опухолями пищевода, желудка, толстой кишки. Без медикаментозного лечения наступали рецидивы. Минимальный срок лечения — 3 года.

Э. Э. Топузов. Глибек нужно принимать всю жизнь, лечение нужно начинать ещё до операции. Желательно проводить исследование опухоли в нескольких учреждениях. При рецидивах заболевания нужно менять иммунопрепарат.

О. Н. Эргашев (председатель). Предварительный диагноз можно поставить макроскопически. Для выбора иммунопрепарата появились классификации опухолей даже по полу и возрасту больных. Больных должны лечить онкологи. Важно, что существует программа оплаты столь дорогостоящего лечения.

2. Н. Ю. Коханенко, К. В. Павелец, М. А. Протченков, С. В. Петрик, К. В. Медведев (кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова СПбГПМУ, Городская Мариинская больница). **Двухэтапное лечение больного с хроническим панкреатитом с использованием малоинвазивного вмешательства.**

Цель демонстрации: показать возможность двухэтапного хирургического лечения больного с хроническим панкреатитом с протоковой панкреатической гипертензией, осложнённого инфицированной парапанкреатической кистой, с использованием малоинвазивного вмешательства на первом этапе.

Больной Ш., 58 лет, впервые находился на лечении в клинике факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова с ноября по декабрь 2008 г. с диагнозом «Острый деструктивный панкреатит в фазе гнойных осложнений. Гнойный оментобурсит, разлитой гнойно-фибринозный перитонит». Через 2 сут после поступления у пациента резко усилились боли в животе, клиника перитонита не вызывала сомнений. В экстренном порядке выполнена операция: лапаротомия, некрсеквестрэктомия, дренирование и тампонада сальниковой сумки, санация и дренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал относительно удовлетворительно. Больной выписан с дренажем сальниковой сумки на 31-е сутки. Длительно сохранялся наружный панкреатический свищ, который закрылся через 4 мес. В декабре 2010 г. выполнено устранение грыжи с наднапневротической фиксацией сетчатого трансплантата. В апреле 2012 г. госпитализирован повторно по экстренным показаниям с клиникой обострения хронического панкреатита. Беспокоили боли и лихорадка до 38 °С в течение 2 нед. При обследовании выявлено увеличение головки поджелудочной железы до 38 мм и расположенное рядом двухкамерное жидкостное образование 8×9 см. Проток поджелудочной железы (ПЖ) расширен неравномерно до 5 мм. При МРХПГ выявлена парапанкреатическая двухкамерная киста 5,5×4,2×3,2 и 8,9×5,5×4,2 см, исходящая из головки поджелудочной железы, неравномерное расширение протока ПЖ до 6 мм с

полным его блоком в области головки. Под УЗ-контролем обе кисты дренированы, получено около 300 мл гноя, уровень амилазы в нем составил 20 000 ЕД. Больной выписан с дренажами, отделяемое по ним через 10 дней прекратилось. Сохранялась панкреатическая гипертензия. Учитывая развившиеся дважды осложнения хронического панкреатита, которые угрожали жизни больного, решено его оперировать в плановом порядке. В мае 2012 г. выполнена операция — формирование продольного панкреатоеюноанастомоза на дренажах по Фелькеру, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости. Послеоперационный период протекал без осложнений. На 14-е сутки пациент выписан на амбулаторное лечение с дренажами панкреатического протока.

*Ответы на вопросы.* Самочувствие больного значительно улучшилось. Пациент полностью не отказался от алкоголя, после его приема обострений не было. Нарушения стула, вздутия живота, снижения массы тела не отмечал. Никаких лекарств не принимает. Показание к повторному вмешательству — расширение главного панкреатического протока. Контролируется динамика расширения общего желчного протока. Вмешательство на большом дуоденальном сосочке или дренирующая операция на главном панкреатическом протоке пока не планируется.

#### Прения

С. Я. Ивануса. У больного следует контролировать нарастающую желчную и панкреатическую гипертензию. Возможно озлокачествление поджелудочной железы.

Н. Ю. Коханенко. Больной оперирован 3 раза. Конечно, возможно нарастание желчной и панкреатической гипертензии. Изолированное вмешательство на большом дуоденальном сосочке не будет эффективным при развитии продлённой стриктуры. Стент стоит 30–40 тыс. руб. и при отсутствии квоты больной не сможет его оплатить.

О. Н. Эргашев (председатель). В настоящее время имеется хороший результат. Панкреатит у больного течёт долго, волнообразно, возможно, понадобятся новые вмешательства (типа операций Бергера или Фрея).

#### ДОКЛАД

С. Ф. Багненко, А. Е. Скворцов, И. В. Логинов, А. Н. Ананьев, И. В. Ульянкина, К. Ю. Сенчик, А. П. Тутин, А. О. Резник, О. Н. Резник (СПбНИИ СП им. И. И. Джанелидзе, Центральный научно-исследовательский институт робототехники и технической кибернетики). **«Неконтролируемые» асистолические доноры с длительным временем тепловой ишемии: годовые результаты применения нормотермической гемоперфузии «in situ».**

Цель доклада: показать перспективность и эффективность применения нормотермической экстракорпоральной аппаратной гемоперфузии в теле донора («in situ»), как единственного способа восстановления и сохранения жизнеспособности органов у доноров с внезапной необратимой остановкой кровообращения (неконтролируемых асистолических доноров) до начала операции трансплантации.

Одним из способов решения проблемы дефицита донорских органов является использование доноров с внезапной необратимой остановкой кровообращения, которые ранее не использовались. Получение донорских органов от данной группы доноров возможно только за счёт применения экстракорпоральной нормотермической аппаратной гемоперфузии «in situ». Внедрение разработанной методики в повседневную

практику отделений анестезиологии и реанимации может существенно увеличить количество пригодных для трансплантации донорских органов. В докладе приводится анализ результатов применения нормотермической экстракорпоральной изолированной абдоминальной гемоперфузии «in situ» за период 2009–2011 гг. у 20 асистолических доноров почек с внезапной необратимой остановкой сердечной деятельности и данных 40 реципиентов таких трансплантатов в сравнении с результатами пересадок 20 реципиентов почек от 20 доноров со смертью мозга. Несмотря на изначально более высокий процент (57,5) отсроченных функций и большее количество сеансов гемодиализа, уровень сывроточного креатинина в исследуемой группе уже к 3-му месяцу был  $(0,134 \pm 0,009)$  ммоль/л, а к первому году наблюдения —  $(0,116 \pm 0,008)$  ммоль/л, что статистически незначимо различалось с послеоперационными показателями в группе сравнения ( $p > 0,05$ ).

*Ответы на вопросы.* Самое трудное в трансплантации — сокращение времени от момента наступления смерти до прибытия трансплантологов. Это время составляет от 1 до 6 ч, в среднем 2 ч. Гипотермия применяется. Обязательно присутствие судебного эксперта. Ещё недостаточно разработана законодательная база. Кроме почки, используется печень, что делает процедуру ещё более дорогой. Реципиент почки ищет качество жизни, печени — самой жизни.

О. Н. Эргашев (председатель). Методика, представленная авторами, и ближайшие результаты внушают надежды на дальнейшее развитие трансплантологии в Санкт-Петербурге, даже принимая во внимание имеющиеся трудности.

Поступил в редакцию 19.06.2013 г.

## 2412-е заседание 08.05.2013 г.

*Председатели* — М. Ю. Кабанов, И. М. Самохвалов

### ДЕМОНСТРАЦИИ

1. И. М. Самохвалов, А. Н. Петров, А. А. Ерофеев, А. Н. Шишкевич, Н. Г. Бобровский, С. В. Недомолкин, В. А. Рева, К. Н. Алексеев [кафедра военно-полевой хирургии, первая кафедра и клиника хирургии (усовершенствования врачей) ВМедА им. С. М. Кирова]. **Имплантация стент-графта крайне тяжёлому пострадавшему с разрывом грудной аорты.**

Подробное описание представленного наблюдения с рисунками см. в текущем номере на с. 101–107.

*Ответы на вопросы.* Больше всего больного беспокоит невозможность согнуть правую ногу в коленном суставе. Возвращаться в мотоспорт не собирается. Лечение по программе ОМС бесплатно. Стоимость лечения — более 1 млн руб., стент-графта — 380 тыс. За год было 4 подобных пострадавших, умер 1. Такие вмешательства допустимо выполнять только в травмоцентрах 1-го уровня.

#### Прения

И. М. Самохвалов (председатель). Это безусловный успех. Согласно балльной оценке, у пострадавшего была абсолютно смертельная травма.

2. И. М. Самохвалов, А. Н. Петров, В. А. Рева (кафедра и клиника военно-полевой хирургии ВМедА им. С. М. Киро-

ва). **Стентирование бедренной артерии при ножевом ранении.**

Раненая Н., 50 лет, была доставлена в клинику военно-полевой хирургии спустя 2 ч после ножевого ранения правого бедра. До прибытия скорой помощи имела место массивная кровопотеря. По прибытии бригады скорой помощи продолжающегося кровотечения не наблюдалось, но отмечено снижение артериального давления до 70/40 мм рт. ст. Наложена давящая повязка. При поступлении в клинику артериальное давление 100/70 мм рт. ст., сознание на уровне оглушения. Кожные покровы бледные. На внутренней поверхности нижней трети правого бедра имела колото-резаная рана 4,0×1,0 см без признаков кровотечения, гематомы. Отёка голени не было. Пульсация артерий стопы сохранена. Лодыжечно-плечевой индекс с обеих сторон 1,0. В общем анализе крови отмечено снижение гемоглобина до 63 г/л. Так как имелись относительные признаки повреждения магистральных сосудов, выполнена одномоментная пункционная трансфemorальная ангиография (катетер 20G). Выявлено краевое повреждение поверхностной бедренной артерии с локальным вдавлением стенки внутрь на треть диаметра без экстравазации контраста. Диагностировано колото-резаное слепое ранение нижней трети правого бедра с повреждением поверхностной бедренной артерии. Острая массивная кровопотеря. Шок II степени. Для предотвращения возможного вторичного кровотечения, тромбоза артерии, формирования псевдоаневризмы после антеградной пункции бедренной артерии под ультразвуковым наведением выполнена ангиопластика повреждённого участка баллонами 5,0×20,0 мм и 6,0×20,0 мм без эффекта. Сохранялась локальная диссекция. Для прижатия поврежденного участка выполнено стентирование поверхностной бедренной артерии (баллон-расширяемый стент «Cordis Palmaz Genesis», 6,0×20,0 мм). Достигнут хороший ангиографический результат. Пульсация артерий стопы сохранена. Послеоперационный период без осложнений, проводилась инфузионно-трансфузионная терапия. Контроль проходимость артерии осуществлялся с помощью триплексного ангиосканирования. Целость бедренной вены, качество стояния стента проверялись при компьютерной томографии с ангиоконтрастированием (в артериальном и венозном режиме): вена интактна, стеноз артерии полностью устранён. Рана бедра зажила первичным натяжением, швы сняты. Пациентка выписана на 7-е сутки с рекомендациями приёма аспирина и клопидогреля.

*Ответы на вопросы.* Стенты в клинике имеются. Показания к ангиографии были вызваны необъяснимой гипотонией.

#### Прения

И. М. Самохвалов (председатель). Боковое повреждение артерии без ишемии конечности в будущем повлекло бы за собой вторичное кровотечение, острую ишемию, стеноз. Ни одного из этих осложнений не последовало.

### ДОКЛАД

И. М. Самохвалов, В. И. Бадалов, А. Н. Петров, К. П. Головкин, В. В. Суворов, А. В. Гончаров, М. В. Сохранов, В. А. Рева, А. Р. Гребнев, А. В. Жабин, М. В. Казначеев, А. И. Розов (кафедра военно-полевой хирургии ВМедА им. С. М. Кирова). **Проблемы организации и перспективные технологии оказания хирургической помощи раненым в современной войне.**

Отечественная военная медицина ещё со времён Н. И. Пирогова обладает приоритетом во многих направлениях военно-полевой хирургии. Однако, чтобы и дальше соответствовать вызовам времени, необходимо учитывать современные тенденции мировой военно-полевой хирургии и новые возможности, порождаемые использованием технологий хирургии повреждений. Улучшение оказания помощи раненым в значительной степени связано с догоспитальным этапом: внедрением высокотехнологичных средств индивидуального медицинского оснащения, специальных одноразовых устройств для устранения жизнеугрожающих последствий ранений и травм при оказании доврачебной и первой врачебной помощи. При несомненном увеличении значимости специализированной хирургической помощи раненым основным нововведением в военно-полевой хирургии последнего десятилетия является тактика многоэтапного хирургического лечения («damage control surgery»). Широкое внедрение сокращённых оперативных вмешательств (первой фазы тактики МХЛ) делает более реальным создание роботизированных устройств для дистанционной хирургии. Увеличение эффективности обучения кадров военных хирургов основано на применении всех возможных достижений педагогических и информационных технологий. Обратная связь при оказании хирургической помощи раненым обеспечивается анализом её результатов в медицинском Регистре раненых военнослужащих.

М. Ю. Кабанов (председатель). Благодарим авторов за предоставление новейшей информации по лечению раненых. Помощь им должна быть адекватной, высокотехнологичной. Лечиться раненые должны в хорошо оборудованных травмоцентрах.

Поступил в редакцию 19.06.2013 г.

## 2413-е заседание 22.05.2013 г.

Председатель — М. Д. Ханевич

### ДЕМОНСТРАЦИИ

1. М. Ю. Кабанов, В. А. Тарасов, И. А. Соловьёв, К. В. Семенцов, А. Б. Лычёв, С. В. Амбарцумян, М. В. Васильченко, С. А. Алентьев (кафедры военно-морской и госпитальной хирургии, общей хирургии ВМедА им. С. М. Кирова). **Результат лечения нейроэндокринной опухоли тела и хвоста поджелудочной железы с билобарными метастазами в печень.**

Пациентка Б., 54 лет, поступила в клинику в удовлетворительном состоянии 18.01.2013 г. с жалобами на периодические боли в левом подреберье, приливы пота, общую слабость. С июля 2012 г. получала лечение в химиотерапевтическом отделении Республиканского онкологического диспансера в г. Саранске по поводу рака тела и хвоста поджелудочной железы с билобарным метастатическим поражением печени. По данным спиральной компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии, в декабре 2012 г. у пациентки диагностирована опухоль тела и хвоста поджелудочной железы размером 12,0×10,0 см, с множественными разнокалиберными метастазами в обе доли печени. Общий объем поражения печени составил 20%. По результатам пункционной биопсии образования печени, выставлен диагноз «Нейроэндокринная опухоль тела и хвоста поджелудочной

железы». Последовательно выполнены химиэмболизация правой печеночной артерии и опухоли поджелудочной железы. 23.01.2013 г. выполнена операция — корпорокаудальная резекция поджелудочной железы, спленэктомия, энуклеация 7 метастазов печени. Послеоперационный период протекал без особенностей. Больная выписана на 14-е сутки послеоперационного периода.

*Ответы на вопросы.* Перед операцией ощущала «приливы», тяжесть в подреберьях. В настоящее время проходит курсы химиотерапии, имеется стабилизация процесса.

### Прения

Н. Ю. Коханенко. Больная живёт полгода, имеется стабилизация процесса. Это особая форма злокачественной опухоли (карциноид), которая имеет необычное, более доброкачественное и длительное течение.

М. Д. Ханевич (председатель). Представлен первичный результат. Оценку давать рано, но каждый год жизни для больной ценен. При операциях желательнее шире пользоваться радиочастотной аблацией, аргоно-плазменной коагуляцией, а не вылушивать метастазы пальцем.

2. М. Ю. Кабанов, И. А. Соловьёв, А. Б. Лычёв, К. В. Семенцов, С. В. Амбарцумян (кафедра военно-морской и госпитальной хирургии ВМедА им. С. М. Кирова). **Опыт хирургического лечения осложнённой истинной кисты селезёнки.**

Пациентка К., 19 лет, жительница Санкт-Петербурга, поступила в клинику военно-морской и госпитальной хирургии в плановом порядке 11.03.2013 г. с диагнозом направления «Киста селезёнки». Киста селезёнки выявлена случайно при стационарном обследовании по поводу обострения хронического холецистита в одном из лечебных учреждений Санкт-Петербурга в феврале 2013 г. С диагнозом: «Лимфома селезёнки?» выписана с рекомендациями проведения компьютерной томографии брюшной полости амбулаторно. Начало заболевания связывала с внешним воздействием (удар ногой в левое подреберье при занятиях в бассейне около 2 лет назад). Жалоб на момент поступления не предъявляла. При обследовании, по данным УЗИ органов брюшной полости: всю селезёнку замещает образование размером 12,8×10,5 см неоднородной гиперэхогенной структуры. По данным КТ органов брюшной полости: селезёнка увеличена в размерах — 130×110×112 мм (за счёт кисты), с чёткими, ровными контурами, нормальной денситометрической плотности +52 ед. НУ. В паренхиме выявляется объёмное образование жидкостной плотности +15 НУ, не накапливающее контрастное вещество, размером 128×100×102 мм. ИФА крови на антитела к эхинококку не выявлены. Лабораторные показатели в пределах нормы. Пациентка оперирована в плановом порядке 13.03.2013 г. Выполнены лапароскопическая спленэктомия, дренирование брюшной полости. Учитывая размеры кисты, которая практически полностью замещала паренхиму селезёнки, после обработки сосудистой ножки и отсечения органа выполнена пункция селезёнки с эвакуацией содержимого, которым являлась лизированная кровь. Препарат извлечён из поперечного мини-доступа размером 4,0 см в надлобковой области. Послеоперационный диагноз: «Посттравматическая киста селезёнки». Гистологическое заключение: истинная киста селезёнки. Дренаж из ложа селезёнки удалён на следующий день после операции. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выпи-

сана из клиники на 5-е сутки после операции, швы сняты на 10-е сутки. Осмотрена через 1 мес, жалоб не предъявляет.

*Ответы на вопросы.* Киста врожденная, так как имелась эндотелиальная выстилка. Клипсы накладывали отдельно, на артерию и вену. Показания к операции: большие размеры кисты, опасность разрыва. Решение о спленэктомии приняли до операции. Травма была причиной увеличения кисты. Вопрос об аутоотрансплантации ткани селезёнки не рассматривался.

#### Прения

М. Д. Ханевич (председатель). Показания к операции спорны. После спленэктомии высок риск септических осложнений. До 20–30 лет, особенно у женщин детородного возраста, надо стремиться к сохранению ткани селезёнки. Возможно, что киста не истинная, а посттравматическая. Можно было пунктировать и эвакуировать содержимое, затем наблюдать. Нельзя назвать гигантским размер кисты 11 см.

#### ДОКЛАД

*М. Ю. Кабанов, И. А. Соловьёв, Н. В. Рухляда, А. П. Уточкин, В. Ф. Озеров, С. И. Смирнов, А. Н. Минченко, А. В. Черныш* (кафедра военно-морской и госпитальной хирургии ВМедА им. С. М. Кирова). **Профессору Александру Дмитриевичу Слобожанкину 85 лет.** (см. Вестн. хир. 2013. № 5. С. 129–130)

Коллектив кафедры военно-морской и госпитальной хирургии ВМедА им. С. М. Кирова сердечно поздравил своего ветерана-профессора со славным юбилеем и пожелал ему многих лет плодотворной творческой, научной, педагогической и клинической деятельности на благо родной кафедры и хирургии.

Состоялось чествование юбиляра.

М. Д. Ханевич (председатель). Поздравляем замечательного хирурга и человека, во всем являющегося для нас примером.

Поступил в редакцию 19.05.2013 г.