

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Председатель Правления — Н.А.Майстренко,
ответственный секретарь — В.С.Довганюк, референт — Ю.В.Плотников

2304-е заседание 10.10.2007 г.

Председатель — Н.А.Майстренко

Демонстрации

1. А.А.Гостевской, С.Д.Тарбаев, А.С.Горелов (кафедра факультетской хирургии с клиникой СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова). **Опухоль ободочной кишки в послеоперационной вентральной грыже.**

Больная М., 60 лет, поступила в клинику 01.12.2005 г. с жалобами на плотное, бугристое, опухолевидное образование в области послеоперационной вентральной грыжи (ПОВГ). В 1965 г. перенесла операцию по поводу острого холецистита. Спустя год отметила формирование грыжевого выпячивания в области послеоперационного рубца. При колоноскопии и ирригографии, выполненных амбулаторно, данных за образование ободочной кишки не получено. С подозрением на саркому грыжевого мешка выполнена пункционная биопсия. Ответ — аденокарцинома. В клинике больная обследована, данных за отдаленные метастазы не получено. При повторной ирригоскопии от 08.12.2005 г. выявлена опухоль восходящей ободочной кишки. 13.12.2005 г. больная оперирована. Выполнены герниолапаротомия, резекция правой половины ободочной кишки с симультанным устранением послеоперационной вентральной грыжи и протезированием брюшной стенки сетчатым имплантатом. Послеоперационный период протекал без осложнений, 20.12.2005 г. больная выписана на амбулаторное лечение. Гистологическое заключение (от 14.12.2005 г.): высокодифференцированная аденокарцинома толстой кишки с участками слизистого рака. Прорастает до мышечного слоя. В краях резекции опухолевый рост не обнаружен. В 7 из 7 обнаруженных лимфатических узлов картина резко выраженной гиперплазии фолликулярного типа, метастазы не обнаружены. Спустя год больная осмотрена, данных за рецидив злокачественного новообразования и ПОВГ нет.

Ответы на вопросы. До операции нарушений стула не было. Грыжа была 18 лет. Бандаж после операции носила. Грыжа была невоспалительной в течение 5 лет, и это могло быть причиной развития опухоли в ободочной кишке. Жалоб, типичных для рака правой половины ободочной кишки, кроме прощупываемой опухоли, не было. Долихо- или мегаколон не диагностировался.

2. Н.В.Ананьев, Д.Б.Волков, Ю.Н.Ширяев, Р.М.Калибатов, Е.В.Буланова, Д.А.Кикнадзе, Ю.Н.Савушкин (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова СПбГПМА, Мариинская больница). **Посттравматическая**

диафрагмальная грыжа с ретроградным ущемлением ободочной кишки и ее некрозом.

Больной К., 51 года, поступил в отделение реанимации Мариинской больницы 07.04.2006 г. в экстренном порядке с диагнозом «Левосторонняя абсцедирующая плевропневмония? Тромбоз мелких ветвей легочной артерии? ДН-П». При поступлении пациента беспокоили интенсивные боли в левой половине грудной клетки, ощущение выраженной нехватки воздуха, вздутие живота, неотхождение газов и стула. Данные жалобы появились 2 сут назад и прогрессировали со временем. В анамнезе — перелом левого бедра и закрытая травма живота, полученные во время дорожно-транспортного происшествия (ДТП) два года назад. После ДТП больной периодически отмечал боли в левой половине грудной клетки, сердцебиение, одышку. При осмотре состояние больного расценено как крайне тяжелое: кожные покровы с землистым оттенком, выраженный акроцианоз, тахипноэ 32–34 в 1 мин, тахикардия 120–130, гипотония 90/50 мм рт.ст. При аускультации левой половины грудной клетки дыхание выслушивалось только над верхними ее отделами и было резко ослабленным. Кроме того, в нижней части грудной клетки слева определялся звуковой феномен по типу «падающей капли». Живот был умеренно вздут, мягкий и безболезненный во всех отделах, «шум плеска» отсутствовал. При рентгеновском исследовании грудной клетки выше левого купола диафрагмы определялся большой кишечный уровень, а средостение было смещено вправо. При обзорной рентгенографии брюшной полости в латеропозиции выявлялась повышенная пневматизация ободочной кишки. Учитывая клинко-инструментальные и анамнестические данные, пациенту поставлен диагноз ущемленной посттравматической диафрагмальной грыжи. Через 3 ч с момента поступления, после интенсивной кратковременной предоперационной подготовки, произведена экстренная операция. Последняя начата со срединной лапаротомии. При ревизии органов брюшной полости установлено, что в центре левого купола диафрагмы имеется грыжевой дефект диаметром около 8,0 см. В него внедрены две петли: дистальная часть поперечной ободочной кишки с селезеночным изгибом и петля долихоколон. Приводящие отделы ободочной кишки резко раздуты содержимым. После рассечения грыжевых ворот из плевральной полости выделилось около 700 мл серозно-геморрагической жидкости. Попытки низвести ущемленные кишечные петли в брюшную полость оказались безуспешными в связи с выраженным рубцово-спаечным процессом в плевральной полости, фиксирующим кишку. Выполнена переднебоковая торакотомия в пятом межреберье слева. Почти всю плев-

ральную полость заполняли петли ободочной кишки черного цвета, фиксированные грубыми швартами к медиастинальной, костальной и висцеральной плевре. Плевральные листки тусклые, с массивными фибринозными наложениями. После рассечения сращений кишка была низведена в брюшную полость, рана диафрагмы ушита отдельными швами, легкое расправлено, плевральная полость промыта раствором фурацилина, осушена, дренирована. Торакотомная рана ушита. При осмотре кишки выявлен некроз дистального отрезка ободочной кишки, селезеночного ее изгиба и части сигмовидной кишки. Нисходящий отдел ободочной кишки практически не пострадал. Таким образом, констатирован ретроградный характер ущемления. Произведена обструктивная резекция левой половины ободочной кишки с формированием концевой трансверзостомы. Послеоперационный период протекал достаточно гладко. Раны зажили первичным натяжением. Больной выписан в удовлетворительном состоянии на 13-е сутки после операции. В октябре 2006 г., через 6 мес после операции, больной госпитализирован повторно для восстановления непрерывности ободочной кишки. 13.10.2006 г. выполнена операция: колопластика с иссечением колостомы и формированием трансверзосигмоанастомоза. Послеоперационный период протекал без особенностей, с первичным заживлением операционных ран. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 10-е сутки после операции.

Ответы на вопросы. При ДТП травма была нанесена справа. Затруднение дыхания появилось постепенно. После травмы прошло 2 года. Хронология осмотров врачей: терапевт, реаниматолог, хирург. Ирригографию назначил и выполнил рентгенолог. Рубцовые сращения в грудной полости подтверждали, что кишка находилась там в течение долгого времени.

Доклад

В.М.Седов, А.А.Гостевской, С.Д.Тарбаев, А.Х.Хамид, А.С.Горелов (кафедра факультетской хирургии с клиникой СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова). **Пути улучшения результатов лечения послеоперационных вентральных грыж.**

Результаты хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) остаются неудовлетворительными из-за частоты рецидивов, достигающих 40–45% при аутопластике. Использование синтетических материалов для оперативного лечения ПОВГ снизило процент рецидивов менее чем до 10%, однако, некоторые из оперированных пациентов испытывают дискомфорт и чувство инородного тела в области оперативного вмешательства. Целью работы было совершенствование существующих и разработка новых методов оперативных вмешательств по поводу ПОВГ, создание «физиологического» протеза для пластики передней брюшной стенки при ПОВГ, изучение причин предрасположенности ряда больных к развитию и рецидивам ПОВГ. Исследование разделено на два этапа. Экспериментальный этап включал в себя исследование тканевого ответа на имплантацию сетчатых материалов методами гистологического и иммунологического (определение уровня экспрессии генов IL-1, IL-2) исследований и физико-механических свойств протезов в сформированной капсуле. Клинический этап заключался в разработке и внедрении в клинику нового, патогенетически обоснованного, способа протезирования передней брюшной стенки. Исследовались соотношения экспрессии в фасциальных структурах и периферической крови генов коллагена I и III типа, а также уровни экспрессии MMP-2 и MMP-13, как ключевых ферментов в процессе формирования послеоперационного рубца. Наблюдались 57 пациентов, оперированных по поводу впервые сформировавшихся, реци-

дивных ПОВГ, а также оперированных по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. С целью улучшения результатов оперативного лечения ПОВГ в клинике был разработан оригинальный способ протезирования передней брюшной стенки с расположением протеза между задней поверхностью мышечно-фасциального футляра и поперечной фасции (патент РФ № 2270614 от 27.02.2006 г.). Преимуществом способа является создание новой поперечной фасции, которая фиксируется у передней брюшной стенки интраабдоминальным давлением. Нет необходимости обширной препаровки подкожной клетчатки для создания ложа протеза, что исключает дополнительную травму кровеносных и лимфатических сосудов и уменьшает возможность развития сером в послеоперационном периоде. Фиксация протеза к поперечной фасции снижает риск интраоперационного повреждения органов брюшной полости при обязательно выполненном герниоадгезиоллизисе. Протез в этой позиции не только усиливает переднюю брюшную стенку механически, но и постепенно становится новой точкой опоры, к которой крепятся боковые мышцы живота, создавая искусственную белую линию. При проведении сравнительного анализа результатов имплантации сетчатых герниопротезов из полипропилена, политетрафторэтилена, комбинации полипропилена и рассасывающейся викриловой нити (коммерческое название Vipro и Vipro II), сверхвысокомолекулярного полиэтилена и поливинилиденфторида выявлена оптимальная тканевая совместимость последнего и отмечено формирование более эластичной соединительнотканной капсулы вокруг поливинилиденфторидного протеза. Для увеличения тканевой совместимости полипропиленового герниопротеза был разработан и экспериментально применен биологический сетчатый протез. Он представляет собой полипропиленовую сетку, покрытую коллагеновым гелем с включенными в него эмбриональными фибробластами. Доказано, что использование культуры фетальных фибробластов позволяет ускорить регенераторные процессы и нивелировать воспаление, нормализуя показатели гуморального и клеточного иммунитета. Коллагеновый гель обеспечивает жизнедеятельность клеточной культуры на синтетическом материале и стимулирует ее активность. Однако высокая стоимость получения клеточной культуры фетальных фибробластов, а также риск бластной трансформации фибробластов ограничивают применение данной технологии в клинике. Для подтверждения гипотезы о генетической предрасположенности к образованию грыж нами исследовано соотношение экспрессии генов коллагена I и III типа, а также уровней экспрессии MMP-2 и MMP-13, как ключевых ферментов в процессе формирования послеоперационного рубца. Изучены образцы фасциальных тканей у 57 больных, оперированных по поводу впервые сформировавшихся и рецидивных ПОВГ, а также тех же тканей больных, оперированных по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Выявлено снижение соотношения коллагена I/III в фасции у пациентов с послеоперационными и особенно рецидивными ПОВГ более чем в 2 раза. При этом общее количество коллагена в фасциальных тканях у больных с ПОВГ было почти вдвое больше по сравнению с нормой. Снижение соотношения коллагена I/III объясняется относительным увеличением коллагена III типа. Изменения в составе коллагена присутствуют не только в фасциальной ткани, но также и в грыжевом мешке, коже и рубцовой ткани, окружающей имплантированные протезы у пациентов с грыжами. Имеются генерализованные нарушения метаболизма коллагена. При исследовании уровня экспрессии генов MMP-2 и MMP-13 в периферической крови и образцах фасциальных структур выявлено их

качественное соответствие. Кроме того, выявлено снижение экспрессии генов металлопротеиназ почти в 2 раза по сравнению с контрольной группой. Таким образом, подтверждено существование факторов генетической предрасположенности к образованию ПОВГ, что определяет необходимость превентивного протезирования передней брюшной стенки у этой категории больных.

Ответы на вопросы. Консервированную мозговую оболочку, местное введение коллагеназы не применяли. Исследований коллагена у больных с дисплазией соединительной ткани еще недостаточно. Методика предусматривает укрепление поперечной фасции, а не пространства позади мышц. Рецидивы единичны, удалять сетку не приходилось. Коллаген определялся иммунологическими методами. При последующих лапаротомиях сетка не является препятствием. Синдрома повышенного внутрибрюшного давления не наблюдали.

Прения

С.Е.Митин. Доклад актуален для хирургов. Работа необычна своими патофизиологическими исследованиями. В г. Омске собирается конгресс по исследованию дисплазии соединительной ткани. У этих больных грыжи наблюдаются чаще.

П.К.Яблонский. Каждое наблюдение грыжи диафрагмы — повод к демонстрации на обществе. Опасны плевральные пункции, это приводит к эмпиемам. Важным признаком является укорочение дыхания. Больные не могут надуть живот. Живот втянут даже при кишечной непроходимости. Доступ желателен в седьмом межреберье. Наука из операционных журналов заканчивается, хирурги переходят к изучению патофизиологии и иммунологии патологических процессов.

Б.И.Мирошников. Я помню 8–10 сообщений об ущемленных диафрагмальных грыжах на собраниях общества. Все они похожи и в то же самое время различны. Все внимание сосредотачивается на исполнителе. Как правило, это человек с широким клиническим мышлением. Дежурный врач был вызван в другое отделение. Диагноз был поставлен моментально. Стоило выполнить и рентгеновское исследование желудка. Ирригоскопия, возможно, была излишней. Доступ должен быть торакоабдоминальный. В данной ситуации колостомы была оправдана.

А.А.Протасов. Без онкологического исследования оперировать пожилых больных с недавно появившимися грыжами нельзя. В докладе доказаны преимущества современных материалов в пластике грыж. Воспалительные осложнения операций при рецидивных грыжах встречаются не менее чем в 20–30%. Сетки лучше фиксировать к глубоким тканям. Шовный материал для фиксации должен состоять из того же вещества, что и сетка. Но не все грыжи надо оперировать с применением эндопротезов. Нагноения, требующие удаления сетки, бывают.

Ю.В.Плотников. Для облегчения восстановительных операций петли кишки, планируемые к восстановлению, при первичной операции желательно располагать рядом.

В.М.Седов. Не следует пытаться низводить петлю кишки, ущемленную в грудной полости, из абдоминального доступа.

Н.А.Майстренко (председатель). Наша цель — применять и улучшать новые медицинские технологии и качество жизни больных. В лечении больных важны три момента:

организация, возможности диагностики, правильные тактические решения. Лапароскопические методики устранения послеоперационных грыж пока себя не оправдали. Доклад выполнен на высоком уровне современных представлений и патофизиологических сведений.

Поступил в редакцию 02.03.2008 г.

2305-е заседание 24.10.2007 г.

Председатель — Н.А.Майстренко

Демонстрации

1. Б.И.Мирошников, Э.Л.Латария, А.В.Старченко, Г.Г.Накопия, Е.А.Путилова (СПб ГУЗ «Городская Покровская больница»). **Эпинефральный дивертикул пищевода гигантских размеров.**

Больной Д., 46 лет, в течение последних 2 лет жаловался на периодически возникающую загрудинную боль, отрыжку, срыгивание, умеренную дисфагию. При очередном эндоскопическом, а затем рентгеновском исследовании выявлен дивертикул нижней трети грудного отдела пищевода. Он исходил из переднеправой стенки, имел размеры 10×9 см, ширина устья составляла 2 см. Контрастная масса практически в полном объеме поступала в дивертикул и задерживалась в нем более суток. Дистальный отдел пищевода резко смещен влево и деформирован. Операция 14.03.2007 г. — резекция дивертикула из левостороннего торакоабдоминального доступа. Рана пищевода зашита двухрядным швом (на слизистую оболочку наложен танталовый шов, на мышечную — отдельный узловый). Дополнительно линия швов укреплена прядью сальника на ножке. Послеоперационный период гладкий.

Ответы на вопросы. До операции боли за грудиной возникали не чаще, чем раз в месяц. Диагностировался эрозивный гастрит. РН-метрия не производилась. Избран левосторонний доступ, потому что пищевод был смещен влево, планировалась пластика сальником. Блуждающие нервы не были затронуты ни патологическим процессом, ни в ходе операции. Гистологическое заключение — хроническое воспаление стенки пищевода. Мышечный слой был. Возможно, что операцию надо было бы дополнить миотомией. Для ценкеровских дивертикулов это обязательно. Выполнение фундопликации спорно. После операции жалобы полностью прошли. Сейчас больной лекарств не принимает. В последнее время появился частый жидкий стул, снизился аппетит. При ирригоскопии изменений не выявлено.

Прения

В.Г.Пищик. Основа этого состояния — нарушение моторики (типа ахалазии), поэтому миотомия и фундопликация нужны. Подобный дивертикул оперирован нами доступом справа. Укрепление швов пищевода сальником считаем избыточным.

М.И.Долгоруков. Дивертикулы можно инвагинировать. Правосторонний доступ лучше. Укрепление швов пищевода сальником или лоскутом диафрагмы себя не оправдало. Сейчас проводятся попытки применения эндопротезов (сеток из синтетических материалов).

В.И.Кулагин. Исторически при дивертикулах производились и анастомозы с дном желудка, тонкой кишкой (профессора С.В.Гейнац, А.Г.Земляной).

П.К.Яблонский. Это пульсионный дивертикул. Доказана дисфункция пищевода. Ее надо лечить. Не нужно напоминать об оставленных попытках формирования анастомозов.

Н.А.Майстренко (председатель). Лучший специалист в области хирургии пищевода поделился своими сомнениями по лечению дивертикулов пищевода, поэтому все, что он сделал — правильно. Операция может быть выполнена левосторонним доступом, на толстом желудочном зонде, доступом не выше восьмого–девятого межреберья. Удаление дивертикула обязательно дополнять миотомией, как это написано еще в атласе Накаймы. Обязательными исследованиями являются суточная манометрия и pH-метрия. Тогда же решается вопрос о фундопликации. Обязательна резекция не дивертикула, а стенки пищевода. С течением времени в дивертикулах возможно развитие аденокарциномы, изъязвлений, кровотечения, свищей.

2. А.М.Игнашов, А.Я.Бедров, А.А.Курков, В.Ф.Ли, А.А.Сперанская, А.С.Устюжанинов (кафедра госпитальной хирургии №1 СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова). **Микотические аневризмы торакоабдоминального отдела аорты и общей подвздошной артерии и аневризма терминальной части аорты.**

Больной Р., 66 лет, поступил в клинику 16.09.2004 г. с жалобами на постоянную интенсивную боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника и в низу живота, отсутствие аппетита, периодически тошноту и рвоту, запор, похудение, повышение температуры тела до 37,2–37,6 °С. В июне 2004 г. у больного наблюдалась лихорадка неясного происхождения с подъемами температуры тела до 39 °С в течение 2 нед. В августе 2004 г. появились упомянутые симптомы. Злокачественная опухоль органов брюшной полости и позвоночника была исключена. По данным УЗДС и томоангиографического исследования были обнаружены аневризма грибовидной формы торакоабдоминального отдела аорты, терминальной части аорты и левой общей подвздошной артерии. При посеве крови роста микрофлоры не обнаружено. 21.10.2004 г. из срединного лапаротомного доступа произведена операция — резекция аневризмы терминальной части аорты с внутримешковым протезированием и выключение микотической аневризмы левой общей подвздошной артерии из кровотока. Дистальные анастомозы сформированы между общей и наружной подвздошной артериями соответственно. Проводилась антибиотикотерапия. Выписан на 19-й день в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано повторное вмешательство через 1 мес. Однако через 10 дней после выписки внезапно появилась интенсивная боль в левой половине грудной клетки. Острый инфаркт миокарда был исключен. 15.11.2004 г. госпитализирован в клинику. По данным УЗДС, отмечено увеличение диаметра на 1,5 см ранее выявленной аневризмы аорты на уровне диафрагмы и чревного ствола. Протез проходим. В связи с предразрывным состоянием 20.11.2004 г. из левостороннего торакофренотроперитонеального доступа произведены резекция микотической аневризмы торакоабдоминального отдела (IV тип) аорты и шунтирование синтетическим протезом от нижнегрудного до инфраренального сегмента аорты. На 5-е сутки после этой операции было зашито перфоративное отверстие острой язвы двенадцатиперстной кишки. Наступило выздоровление. По данным УЗДС и мультиспиральной томоангиографии, рецидива аневризмы нет, оба протеза проходимы.

Ответы на вопросы. Сахарным диабетом больной не страдал, гормональных препаратов не принимал. Название «микотическая аневризма» — не потому, что высеваются грибки, а из-за ее своеобразной формы, в виде гриба. Лихорадка и воспалительные изменения в анализе крови были. Язвы до

операции при гастроскопии не было найдено, она была стрессовой.

Прения

А.М.Игнашов. У больного было септическое состояние, лихорадка, затем он был госпитализирован с диагнозом «Острый инфаркт миокарда». Антибиотикотерапия помогла, а стенка аневризмы была воспаленной. Причина микотической аневризмы — целевидная деструкция стенки аорты. Протезирование должно быть out-line — вне инфекционного очага. Термин предложен в 1888 г., и грибковая инфекция к аневризме не имеет никакого отношения, она выглядит на ангиограммах в форме гриба. Современное название — инфекционная аневризма. Инфекция — в стенке измененной аорты. Грибковая инфекция бывает очень редко — при иммуносупрессии. Септического эндокардита не было. Больной получал антибактериальную терапию в течение 8 мес — ципринол, сульпиразол.

Д.А.Гранов. Уникальная операция, с хорошим исходом. Термин неудачный.

Н.А.Майстренко (председатель). Замечательный результат. Грибковый сепсис лечится в клинике микозов, лечение очень дорогостоящее и малоэффективное.

Доклад

М.П.Королев, Л.Е.Федотов, М.В.Антипова, О.В.Орёл, А.Л.Филонов (кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии ГОУВПО СПбГПМА, Мариинская больница). **Неудачные исходы эндоскопических исследований.**

В докладе, на основании тридцатилетнего опыта эндоскопических исследований верхних отделов пищеварения, проведен анализ неудачных исходов эндоскопических исследований, т.е. различных ошибок и осложнений. Анализируются различные факторы, приводящие к диагностическим ошибкам. Подробно разобраны возможные осложнения, которые встречаются при эндоскопии. Это, прежде всего, перфорации и разрывы пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, а также различные виды кровотечений. В докладе изложен диагностический алгоритм при возникновении различных осложнений. Подробно разбирается хирургическая тактика при лечении осложнений эндоскопических исследований. Учитывая, что во многих случаях осложнения при эндоскопии являются ятрогениями, своевременная диагностика и правильная хирургическая тактика весьма актуальны.

Ответы на вопросы. В Санкт-Петербурге ежегодно наблюдаются 3–7 перфораций пищевода. В клинике лечены 11 больных. Кровотечение отмечено в 0,1% исследований. Эндоскопия — это отдельная специальность. Показания к эндоскопии ставят и хирург, и эндоскопист. Если произошла перфорация, оперировал больного хирург, и больной умер, виноват будет хирург. Без информированного согласия эндоскопию производить нельзя.

Прения

Л.В.Поташов. Разделение хирургии на секции привело к разным взглядам на один и тот же патологический процесс. Нельзя, чтобы дежурный эндоскопист отказывал хирургу в эндоскопии в связи с тем, что нет показаний. Нельзя превращаться в сектантов.

А.М.Игнашов. Эндоскопия показана и больным без каких-либо жалоб. У пожилых и стариков может быть латентное течение язв, рака, эрозий. Больной должен получать методические указания, как себя вести до, во время и после исследования, куда обратиться после исследования.

Больной должен подписаться, что он не только прочитал, но и понял.

Б.И.Мирошников. Хирурги опускаются в своем профессиональном уровне. Особенно это связано с созданием ассоциации хирургов. Ответственность всегда несет тот, кто оперировал. Не обязательно владеть всем, что делают специалисты, нужно быть в курсе того, что они делают. Рядом с хирургом они должны быть: ангиохирурги, лапароскопические хирурги, специалисты по лучевой диагностике. Главные врачи в основном справились с задачей оснащения больниц оборудованием и созданием кадров специалистов.

Н.А.Майстренко (председатель). Доклад затронул много вопросов организации, коммерциализации, специализации врачей. В каждой клинике хирург может овладеть хотя бы азами других специальностей.

Поступил в редакцию 02.03.2008 г.

2306-е заседание 14.11.2007 г.

Председатель — Н.А.Майстренко

Демонстрации

1. П.Н.Зубарев, С.Я.Ивануса, О.А.Литвинов, И.А.Соловьев, С.А.Алентьев, И.Г.Игнатович, М.В.Лазуткин (кафедра общей хирургии ВМедА им. С.М.Кирова). **Новый вариант комбинированного лечения рака прямой кишки.**

Больной Ш., 41 года, поступил 16.02.2005 г. в клинику общей хирургии ВМедА с жалобами на запоры, выделение крови из прямой кишки во время дефекации, боль в области заднего прохода в течение месяца. При фиброколоноскопии и ирригоскопии в нижнеампулярном отделе прямой кишки (4 см от анокутанной складки) выявлена циркулярная опухоль, стенозирующая просвет кишки. При эндоректальной сонографии и компьютерной томографии в нижнеампулярном отделе прямой кишки выявлена циркулярная опухоль размером 4,5×4,0 см, прорастающая все слои кишечной стенки. В параректальной клетчатке выявлены 4 лимфатических узла, от 0,6 до 1,0 см в диаметре. По результатам дооперационного стадирования установлен диагноз: рак нижнеампулярного отдела прямой кишки Т3Nx+M0 (гистологическое исследование — умеренно-дифференцированная аденокарцинома). С 14.03.2005 г. по 18.03.2005 г. проведен курс предоперационной лучевой терапии на область малого таза: РОД 5 Гр, СОД 25 Гр, перенес удовлетворительно. 22.03.2005 г. выполнена суперселективная масляная химиоэмболизация верхней прямокишечной артерии, введено 10 мл липиодола, 100 мг фарморубина, окклюзия верхней прямокишечной артерии спиралью Джантурко. 23.03.2005 г. выполнена операция: брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, формирование «Э-образного» толстокишечного резервуара, низведение сигмовидной кишки и глутеопластика в области промежностной сигмостомы. Длина резервуара — 10,0 см, размеры лоскутов больших ягодичных мышц — 10,0×4,0 см. Окончательный диагноз: рак нижнеампулярного отдела прямой кишки Т2N0M0. Больной проходил обследование в клинике общей хирургии ВМедА через 3, 6, 9, 12, 15, 18, 24 мес после операции: онкомаркеры, УЗИ органов брюшной полости, эндоректальная сонография, КТ органов малого таза, грудной и брюшной полости, импедансометрия замыкательного аппарата. Состояние удовлетворительное, данных за прогрессирование опухолевого процесса, отдаленные метастазы не выявлено. В настоящее время у больного стул в среднем 2 раза в день, оформленный, имеются предвестники стула, удерживает газы.

Ответы на вопросы. Больной пользуется прокладками. Дефекация 1–2 раза в сутки. Диету не соблюдает, избегает свежие овощи (помидоры, огурцы). Водитель «Газели», работу менять не собирается. Запоров не возникало. Исследованы 5 лимфатических узлов. Применение фарморубина связано с экономическими причинами. Произведена 21 подобная операция, 19 — одномоментно, 2 (после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки) — двухмоментно. Среди осложнений отмечались стриктуры. Опыт химиоэмболизации и лучевой терапии — пока у 11 больных. Режим проведения лечения: 5 дней — лучевая терапия, затем химиоэмболизация, через 3 дня — операция. Некроз кишки, болевого синдрома не отмечено. Сигморектальный угол формируется частично. Эмболизация производится для противорецидивного эффекта. Время операции — 4,5 ч — на 1,5–2 ч дольше, чем при брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки. О результатах говорить еще рано. Функция запирающего аппарата измерялась специальным аппаратом. Ряд пациентов страдают запорами, некоторые спринцуются, имеется выделение слизи. Показание к операции — рак средне- и нижнеампулярного отделов прямой кишки Т2–Т3, NX.

Прения

Д.А.Гранов. Регионарная химиотерапия — не новость для рака печени, поджелудочной железы. Липиодол позволяет видеть узлы на КТ, их можно пунктировать. Рандомизация пока не проведена. Будем ждать результатов.

О.Г.Мельников. Новые лечебные программы химиолучевого лечения — по типу скандинавских схем. Только лучевая терапия пока себя не оправдала.

С.В.Васильев. Видим хороший функциональный результат. Больному лучше, чем с колостомой. Резервуар высок, лучше делать его ниже.

Н.А.Майстренко (председатель). Показан хороший функциональный результат. Комбинированное лечение оправдано. При среднеампулярном раке лучше выполнять другие методики, в частности, резекцию прямой кишки. Убедительных обоснований химиоэмболизации пока нет.

2. И.А.Соловьев, О.А.Литвинов, С.Я.Ивануса (кафедра общей хирургии ВМедА им. С.М.Кирова). **Успешное консервативное лечение перфорации дивертикула в области сигморектального анастомоза.**

Больной Л., 64 года, находился на лечении в клинике общей хирургии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова с 01.12.2006 г. по 25.12.2006 г. с диагнозом «Рак среднеампулярного отдела прямой кишки (расстояние до нижнего края опухоли 8 см)». По результатам дооперационного стадирования установлен диагноз: рак среднеампулярного отдела прямой кишки Т3NXM0 (гистологическое заключение: умеренно-дифференцированная аденокарцинома). Проведено комбинированное лечение. 04–08.12.2006 г. выполнен курс предоперационной гамма-терапии (СОД 22 Гр). 11.12.2006 г. произведена суперселективная масляная химиоэмболизация верхней прямокишечной артерии. 14.12.2006 г. выполнена операция: низкая передняя аппаратная резекция прямой кишки, дренирование пресакрального пространства и полости малого таза из отдельных разрезов в перитонеальной области слева и правой подвздошной области соответственно. Дренажи удалены на 3-и сутки после операции. На 5-е сутки послеоперационного периода развился синдром «низкой передней резекции», частота стула составила до 12 раз в сутки. На фоне проведения консервативных мероприятий (диета, эубиотики) данные проявления купированы, больной выписан на 12-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Окончательный диагноз: рак среднеампулярного

отдела прямой кишки T2N0M0. С 01.01.2007 г. по 03.01.2007 г. отметил повышение температуры тела до 37,5 °С, других жалоб не было. 04.01.2007 г. — температура тела составила 38,9 °С. Больной отметил выделение жидкого кала и газов через дренажное отверстие в перианальной области. Госпитализирован 05.01.2007 г. с подозрением на несостоятельность сигморектального анастомоза. При обследовании диагностирована перфорация дивертикула сигмовидной кишки в области сигморектоанастомоза. Под местной анестезией выполнено дренирование свищевого хода полихлорвиниловой трубкой диаметром 8 мм, проводилось промывание дренажа 2–3 раза в сутки раствором лавасепта 0,2%, борной кислоты 2%. С момента поступления назначена комплексная антибактериальная (метрогил, цефтриаксон), инфузионная терапия в сочетании с эндолимфатической антибактериальной (гентамицин) терапией. Санация ампулы прямой кишки выполнялась с помощью микроклизм с настойкой ромашки 3 раза в сутки. Энтеральное питание осуществлялось приемом нутризон 3 раза в сутки. Контроль заживления гнойной полости производился многократными фистулографиями с коррекцией дренажной трубки. На фоне проводимой терапии 12.02.2007 г. отмечено полное закрытие свищевого хода. Больной обследован через 2 мес после выписки. Жалоб не предъявляет, состояние удовлетворительное, температура тела нормальная, стул — 1–2 раза в сутки, оформленный.

Ответы на вопросы. Резекция левой половины ободочной кишки не планировалась. Анастомоз находится на 5 см выше анокутанной линии. Дивертикулитов в анамнезе не было. В заключении патоморфологов сведений о дивертикулах не было. Связи с химиозмбозацией не отмечаем, скорее это связано с синдромом низкой передней резекции. Резервуары при этой локализации опухолей не формируем. Превентивная трансверзостомия не планировалась. При несостоятельности анастомоза выполняем релапаротомию и колостомию. У больного была внебрюшинная перфорация дивертикула, поэтому лечение было другим. При опухолях на высоте 7 см и более выполняем низкую переднюю аппаратную резекцию. При опухоли до 3 см в диаметре от нее можно отступить 1,5–2 см.

Прения

Б.И.Мирошников. Здесь налицо клиника несостоятельности анастомоза. Это не перфорация дивертикула. Лучше было произвести трансверзостомию, и все бы зажило лучше.

О.А.Литвинов. При таком количестве дивертикулов, наверное, нужно было сформировать превентивную трансверзостому.

Н.А.Майстренко (председатель). Наблюдение показывает, что принципиальной позиции в отношении лечения подобных больных пока нет.

Доклад

С.В.Васильев, Д.Е.Попов, В.В.Григорян, А.Н.Клименко, С.Н.Соболева, М.В.Оношко, С.П.Эрдниева, А.В.Семенов (кафедра хирургических болезней с курсом колопроктологии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, СПбГУЗ «Городская больница № 9», Городской колопроктологический центр). **Опыт лечения больных раком прямой кишки в условиях Городского колопроктологического центра.**

За последние годы существенно изменились подходы к лечению больных раком прямой кишки. Однако, несмотря на известные достижения в лекарственной и лучевой терапии этой категории пациентов, основным по-прежнему остается хирургическое удаление опухоли. В докладе приведен анализ результатов хирургического лечения более

чем 1000 больных раком прямой кишки. Поскольку любое оперативное вмешательство имеет определенный риск возникновения осложнений, которые существенным образом могут повлиять на исход лечения и качество жизни, важное место в докладе уделено вопросам предупреждения и борьбы с интра- и послеоперационными осложнениями. Анализ каждого из них позволил нам выработать активные меры профилактики и способы их купирования. К таким мерам мы отнесли: периоперационную антибиотикопрофилактику, обязательную пробу на герметичность анастомоза при передних резекциях, интраоперационную ирригацию толстой кишки при кишечной непроходимости, формирование протективных кишечных стом, тампонирование промежностной раны после экстирпации прямой кишки и т.д. Активная тактика (раннее ренизведение или реколостомия) в отношении некроза низведенной или стомированной кишки позволили избежать развития клинически более тяжелых осложнений. Использование титановых кнопок дало возможность эффективно справляться с трудно останавливаемыми кровотечениями из крестцового сосудистого сплетения. Применение аккуратной, порой предельно прецизионной, техники оперирования позволило избежать непредвиденных травм мочевыделительных органов и сосудов малого таза. С открытием специализированного онкологического отделения в центре появились возможности для более широкого использования методик комбинированного и комплексного лечения больных ректальным раком. Этот опыт также освещен в докладе.

Ответы на вопросы. Онкомаркеры полезны для мониторинга опухолевого процесса. Измененный карциноэмбриональный тест — показание к химиотерапии. Его анализируем через 3 мес после операции, затем 1 раз в полгода. Брюшно-анальную резекцию прямой кишки выполняем по методике Паркса — сразу формируем анастомоз в области анокутанной линии. Если появляются какие-то сомнения в надежности кровоснабжений кишки, формируем превентивную колостому. Для диагностики несостоятельности швов лучше проктография, а не колоноскопия. Пируват-киназный тест положителен при диагностированном раке, как диагностический тест — себя не проявил.

Прения

Э.Г.Топузов. Мало внимания сейчас уделяется брюшно-анальной резекции прямой кишки. Отступить 2 см достаточно для высокодифференцированного рака. Превентивные колостомы мы, как правило, не производим. Более полезен алгоритм действий хирурга в послеоперационном периоде, включающий формирование коло- или илеостомии. Лучший метод профилактики и лечения — полное отключение кишки. В разные сроки наступления несостоятельности должна быть различная тактика. Нужно отказываться от укрепления швов, пластики сальником или брюшиной, выведения анастомоза на брюшную стенку. Если несостоятельность диагностируется в 1-е сутки, не нужна релапаротомия. Достаточно сделать колостомию через небольшой разрез, но с полным отключением кишки.

М.Х.Фридман. Уже доказано, что лучевая терапия не сопровождается увеличением длительности жизни. После низведения поперечной кишки колостому сформировать нельзя, нужна илеостомия.

Л.В.Поташов. Доклад — дань памяти А.М.Ганичкину. Эта область хирургии развивается. Ушло в прошлое забрюшинное расположение анастомоза, как мера профилактики несостоятельности анастомоза. Появились новые методики надежного шва.

Н.А.Майстренко (председатель). Замечательный доклад отразил прогресс в колопроктологии. Современные тенденции заключаются в строгом, дифференцированном выборе метода диагностики и лечения для каждого больного. Пока имеется отставание в применении эндовидеохирургии в этой области.

Поступил в редакцию 02.03.2008 г.

2307-е заседание 28.11.2007 г. ,

посвященное десятилетию кафедры хирургической гепатологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова

Председатель — Н.А.Майстренко

Демонстрации

1. Д.А.Гранов, А.В.Павловский, А.К.Рассказов, В.В.Боровик. **Отдаленные результаты расширенной правосторонней гемигепатэктомии по поводу злокачественной гемангиоэндотелиомы печени.**

Пациентка Б., 40 лет, поступила в хирургическое отделение РНЦ РХТ 21.11.2002 г. с предварительным диагнозом «Опухоль правой доли печени. Сопутствующее заболевание: рассеянный склероз». На фоне нарастающих болевых ощущений в области правого подреберья у больной появились эпизоды перемежающейся механической желтухи. По данным ЯМР брюшной полости, в правой доле печени имелось очаговое образование 7,5×5,0×4,7 см, резко расширенные внутripеченочные желчные протоки. В предоперационном периоде 25.11.2002 г. пациентке произведена верхняя мезентерикография, эмболизация правой печеночной артерии. В связи с резким расширением внутripеченочных желчных протоков, с целью профилактики развития механической желтухи 02.12.2002 г. выполнено наружновнутреннее холангиодренирование. 18.12.2002 г. операция: расширенная правосторонняя гемигепатэктомия с резекцией общего печеночного протока, левосторонняя гепатикоеюностомия по Ру. В послеоперационном периоде развившиеся явления печеночной недостаточности, проявившиеся гипопроотеинемией, асцитом, плевритом, купированы консервативными мероприятиями. Гистологическое заключение — злокачественная гемангиоэндотелиома. Выписана в удовлетворительном состоянии 17.01.2003 г. Химиотерапевтическое лечение в дальнейшем не проводилось.

2. В.Н.Полысалов, Д.А.Гранов, Н.Н.Верясова, В.В.Боровик, В.В.Оссовских, В.И.Юферов. **Отдаленный результат расширенной правосторонней гемигепатэктомии у пациентки с метастазами колоректального рака в печень.**

Пациентка Г., 53 лет, впервые поступила в ЦНИРРИ в феврале 2004 г. после резекции прямой кишки в марте 2003 г. и лучевой терапии на область малого таза в августе 2003 г. по поводу рака прямой кишки T4N1M0. Поводом для госпитализации явилось обширное поражение правой доли печени метастазами колоректального рака, подтвержденное данными КТ. В связи с небольшим объемом левой доли печени расширенная правосторонняя гемигепатэктомия имела высокий риск развития острой печеночной недостаточности. Лечение начато с регионарной химиотерапии: химиоэмболизации печеночной артерии в неоадьювантном режиме и механической эмболизации правой ветви воротной вены для перераспределения воротного кровотока и достижения ком-

пенсаторной гипертрофии левой доли печени. Через 6 нед после механической эмболизации воротной вены достигнуто увеличение объема остающейся левой доли печени. 30.05.2004 г. была выполнена расширенная правосторонняя гемигепатэктомия. В послеоперационном периоде осложнений не отмечено. Выписана в удовлетворительном состоянии. Впоследствии пациентка получила 5 курсов химиоэмболизации печеночной артерии с липиодолом и доксорубицином в адьювантном режиме. Общий срок наблюдения после операции 3,5 года. В течение последних двух лет противоопухолевого лечения не получает. Признаков рецидива заболевания нет.

3. В.Н.Полысалов, В.В.Боровик, Д.Н.Майстренко, И.О.Руткин, О.А.Кротова, В.И.Юферов, Д.А.Гранов. **Расширенная правосторонняя гемигепатэктомия с резекцией и пластикой ствола воротной вены по поводу альвеококкоза печени.**

Пациентка К., 27 лет, 28.02.2007 г. поступила в клинику с диагнозом «Гигантская опухоль печени с внутриопухолевыми кровоизлияниями». На момент поступления основными жалобами были тяжесть в правом подреберье и эпигастрии, чувство распирания после приема пищи, слабость и повышенная утомляемость. Первые признаки заболевания появились летом 2006 г., когда больная заметила дискомфорт в правом подреберье, усиливающийся после еды. В связи с этим пациентка стала ограничивать себя в приеме пищи. В январе 2007 г. при УЗИ органов брюшной полости выявлено новообразование правой доли печени. В феврале 2007 г. выполнена КТ, по данным которой в увеличенной правой доле печени определялось кистозно-солидное новообразование 15×20×13 см, с обширными зонами деструкции. В области чревного ствола и параортально визуализировались увеличенные лимфатические узлы. 06.03.2007 г. выполнена операция — лапаротомия по Starzl, ревизия органов брюшной полости, расширенная правосторонняя гемигепатэктомия с резекцией бифуркации желчных протоков, лимфодиссекция гепатодуоденальной связки и малого сальника, резекция и пластика ствола воротной вены, формирование билиодигестивного анастомоза по Voelker с протоками II и III сегментов. Время пережатия гепатодуоденальной связки — 17 мин. Кровопотеря — 1000 мл. Гистологическое заключение — многокамерные паразитарные кисты печени с хитиновой оболочкой — альвеококкоз печени. Длительность пребывания в ОРИТ 5 дней. Выписана 28.03.2007 г. в удовлетворительном состоянии. Длительность пребывания в стационаре после операции 22 дня. В дальнейшем проведена терапия альбендазолом.

Доклад

Д.А.Гранов. **Основные итоги десятилетней деятельности.**

Кафедра базируется в Российском научном центре радиологии и хирургических технологий — одном из передовых медицинских учреждений. Сотрудничество позволяет в клинических условиях продемонстрировать курсантам возможности современных технологий в диагностике и лечении хирургических заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны. Сотрудники кафедры интегрированы в лечебную и научную деятельность РНЦРХТ, принимают в ней активное участие. Результатом совместных усилий явилось успешное развитие программы трансплантации и обширных хирургических резекций печени, разработка комбинированного лечения рака

поджелудочной железы с использованием неoadъювантной масляной химиоэмболизации.

Н.А.Майстренко (председатель). Представленные демонстрации и доклад отразили тот вклад в хирургию, который внесла кафедра за столь короткий срок. Показаны возможности хирургического лечения местно-распространенных злокачественных опухолей и паразитарных заболеваний печени, значение предоперационной механической эмболизации ветвей воротной вены. Кафедра находится на вершине применения современных технологий в диагностике и лечении хирургических заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны. Сотрудники кафедры успешно развивают программу трансплантации и обширных хирургических резекций печени, разрабатывают проблемы комбинированного лечения рака поджелудочной железы.

Поступил в редакцию 02.03.2008 г.

2308-е заседание 12.12.2007 г.

Председатель — П.К.Яблонский

Демонстрации

1. К.В.Павелец, М.З.Цховребов, С.Б.Кондаков (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова СПбГПМА, Мариинская больница). **Правосторонняя гемиколэктомия по поводу рака слепой кишки, осложненного толстокишечным свищом, с аллопластикой гигантского дефекта передней брюшной стенки.**

Больная Е., 68 лет, поступила в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы в urgentном порядке в феврале 2005 г. с клинической картиной острого аппендицита 4-суточной давности. Из анамнеза жизни стало известно, что в детстве пациентку оперировали с подозрением на острый аппендицит. Однако изменений в червеобразном отростке не было выявлено, аппендэктомия не производилась. 04.02.2005 г. доступом Волковича–Дьяконова вскрыта брюшная полость. Обнаружено плотное, малоподвижное образование, с участками размягчения. Червеобразный отросток увидеть не удалось. В связи с отсутствием убежденности в опухолевой природе инфильтрата, из срединного доступа сформирован илеотрансверзоанастомоз, и выполнена биопсия инфильтрата. Правая подвздошная область дренирована тампоном и трубками. При гистологическом исследовании биопсийного материала опухолевых клеток не обнаружено. Послеоперационный период осложнился нагноением срединной раны и подкожной эвентрацией, сформировался толстокишечный свищ в правой подвздошной области по типу цекостомы. На 49-е сутки после вмешательства пациентка выписана из клиники. Больная лечилась амбулаторно по поводу лигатурных свищей и абсцессов послеоперационных рубцов. В течение 9 мес она была вынуждена пользоваться калоприемником. В последующем по свищу сохранялось скудное выделение кишечного содержимого. Через 20 мес, в сентябре 2006 г., больная госпитализирована для обследования и лечения. Общее состояние расценено как удовлетворительное. Имелись гигантская послеоперационная вентральная грыжа и свищевой ход в правой подвздошной области в зоне послеоперационного рубца. По данным предоперационной фистулографии, сохранялась его связь с толстой кишкой. При ирригоскопии и фиброколоноскопии обнаружен рак слепой кишки, подтвержденный гистологическим исследованием (аденокарцинома). Кроме того, у больной был впервые выявлен сахарный диабет II

типа. Операция 02.10.2006 г.: правосторонняя гемиколэктомия с резекцией брюшной стенки в зоне прорастания опухоли и ненатяжной пластикой гигантской послеоперационной вентральной грыжи с использованием сетчатого имплантата. Послеоперационный период без особенностей, заживление раны первичным натяжением. Больная выписана на 14-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Через 10 мес больная госпитализирована и обследована в клинике. Прибавила в массе тела 8 кг, жалоб не предъявляет, брюшная стенка состоятельна, признаков рецидива опухоли нет.

Ответы на вопросы. После первой операции больная наблюдалась хирургом поликлиники. В клинику обратилась в связи с рецидивирующими лигатурными свищами. Свищ исходил из слепой кишки. Опухоль проросла переднюю брюшную стенку. Размер опухоли 15×18 см. Объем операции был расширен за счет удаления 60 см подвздошной кишки. Созданный при первой операции илеотрансверзоанастомоз остался. Сетка фиксирована на 3–4 см дистальнее краев апоневроза непрерывным швом. Дренажи удалены на 5-е сутки. Гистологическое заключение: умеренно-дифференцированная аденокарцинома. Червеобразный отросток так и не был обнаружен. Метастазов в лимфатических узлах не обнаружено. Стадия T4N0M0. Бандаж больная не носит. Адьювантной терапии больная не получала.

Прения

А.А.Протасов. Называть использование сетки из синтетического материала аллопластикой неверно. Это использование эксплантата. Рекомендовать использование сетки при подобных операциях сомнительно, так как имеется высокий риск осложнений. Лучше было грыжу устранить вторым этапом.

Н.А.Майстренко. Резекцию правой половины ободочной кишки можно было бы выполнить во время первой операции. Показаний к созданию илеотрансверзоанастомоза не было. Ограниченные резекции, типа резекции илеоцекального угла, недопустимы.

П.К.Яблонский (председатель). При первой операции допущена непоследовательность. Опухолевый инфильтрат можно было прощупать до операции. Илеотрансверзоанастомоз был сформирован неоправданно. Биопсия повлекла за собой образование кишечного свища. При второй операции сохранение грыжевого мешка помогло избежать отторжения эксплантата.

2. С.Б.Шейко, В.В.Стукалов, С.Ф.Басос (кафедра факультетской хирургии им. С.П.Федорова ВМедА им. С.М.Кирова). **Пластика гепатикохоледох в комбинации с временным длительным стентированием при лечении синдрома Мирицци III типа.**

Больная Т., 53 года, поступила в клинику 21.01.2005 г. в плановом порядке с жалобами на боли в правой подреберной области, желтуху, потемнение мочи, осветление стула. При УЗИ была выявлена желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, признаки желчной гипертензии с расширением внутривенных протоков. При магнитно-резонансной холангиопанкреатографии высказано предположение, что желчного пузыря нет, имеется кистообразное расширение гепатикохоледох с имеющимися в нем конкрементами. Операция 02.02.2005 г. — лапароскопическая холецистэктомия с последующей конверсией вследствие выраженного воспалительно-инфильтративного процесса в области гепатодуоденальной связки. Интраоперационно диагностирован синдром Мирицци (СМ). Во время удаления

желчного пузыря произошло тангенциальное повреждение передней стенки гепатикохоледоха (тип В по Амстердамской классификации 1996 г.) на протяжении 2 см. Выполнена пластика гепатикохоледоха стенкой желчного пузыря на сходящихся временных стентах. Послеоперационное течение гладкое. Длительность стентирования составила 6 мес. Отдаленные сроки наблюдения после удаления стентов составили 2 года. Результаты расценены как хорошие.

Ответы на вопросы. Конверсия выполнена во время выделения желчного пузыря. Травма протока произошла во время лапаротомического этапа. Осталась только задняя стенка желчного пузыря. Дренирование Т-образным дренажем обсуждалось, но сочтено недостаточным. Стентирование осуществляет каркасную функцию. Дренажи меняли через 20–30 дней.

Доклад

С.Б.Шейко, В.В.Стукалов, С.Ф.Басос, А.С.Прядко, В.А.Ратников (кафедра факультетской хирургии им. С.П.Федорова ВМедА им. С.М.Кирова). **Особенности диагностики и лечения синдрома Мирицци на современном этапе развития хирургии.**

Синдром Мирицци (СМ) — редкая форма осложненного течения желчнокаменной болезни, с частотой обнаружения от 0,05 до 2,7%. Он до настоящего времени остается одной из сложных проблем в диагностике и лечении особых форм холедохолитиаза. Это обусловлено, прежде всего, тяжестью страдания пациентов, отсутствием абсолютных диагностических критериев его распознавания и неудовлетворительными результатами лечения. В основу доклада положены результаты клинко-диагностических исследований 29 больных с СМ. Частота СМ составила 0,4%. Диагностика СМ крайне сложна в силу отсутствия характерной клинической картины и выраженных специфических изменений. Наиболее эффективным методом дооперационного распознавания всех типов СМ является МРХПГ, во время операции — интраоперационная холангиография. Хирургические вмешательства при лечении таких больных должны быть строго индивидуализированы. Выбор метода хирургической коррекции СМ зависит от его формы. Эндовидеохирургические операции возможны при I–II типе СМ. При СМ III–IV типа показано выполнение открытых операций. При выявлении холецистобилиарного свища (II–IV тип синдрома) необходимо выполнять пластику гепатикохоледоха на временных стентах. Необходимость временного стентирования обуславливается тем, что в патогенезе формирования холецистобилиарного свища имеются длительные воспалительные изменения в области гепатодуоденальной связки, которые позволяют рассматривать синдром как естественную модель повреждения желчных протоков. Накопленный опыт, а также проведенный научный анализ позволили отработать лечебно-диагностический алгоритм у этой сложной категории больных.

Ответы на вопросы. Диагноз до операции был заподозрен у 13 из 29 больных, реально поставлен у 6. Срок наблюдения — с 1995 по 2007 г. Интенсивность и выраженность желтухи влияли на выбор операции. Резидуальный холедохолитиаз в основном лечился чресфистульным удалением камней. УЗИ не всегда информативно. Диагноз СМ I и II типа не был поставлен при МРХПГ у 3 больных. При небольшом дефекте протока (СМ I и II типа) можно оперировать лапароскопически. Анастомозы стремимся не делать.

Прения

С.Е.Митин. Среди 5000 холецистэктомий, среди которых были осложненные желтухой 12%, мы ни разу не встретили СМ, но частота его составляет не менее 2%. Ни С.П.Федоров, ни Т.Кер о нем не писали. В Интернете на эту тему имеется очень много сообщений. Классификаций, типов, стадий СМ описано очень много.

В.И.Кулагин. СМ встречается достаточно часто. Это исход желчнокаменной болезни — свищи, желчнокаменная непроходимость. Ежегодно выполняем 600–700 холецистэктомий, среди которых через традиционный лапаротомический доступ производится не менее 100. Диагноз СМ важен потому, что при нем достаточно часто пересекаются протоки. Особенно это важно при экстренных операциях по поводу желчного перитонита. Особенности выполнения холецистэктомии при СМ — холецистэктомия от дна, надо раскрывать пузырь над камнем. При дооперационном диагнозе СМ желательно привлекать к операции более опытных хирургов.

Б.И.Мирошников. СМ — причина травм желчных протоков, особенно во время лапароскопии. Профилактикой должна быть щепетильность до нюансов. Стентирование вызывает опасения — протоки всегда рубцуются. Дренирование должно выполняться как можно реже и носить кратковременный характер.

С.Б.Шейко. Длительное дренирование позволяет избежать формирования рубцовых стриктур.

Н.А.Майстренко. Опируем 600–700 больных в год, каждый пятый больной — с осложнениями. Большинство из них — из других учреждений. Главный смысл доклада — трудности дооперационной диагностики и возможность устранять СМ во время операции. Мы убедились в плохой работе анастомозов, стремимся от них отказываться. Стенты помогают в наиболее тяжелых условиях.

П.К.Яблонский (председатель). СМ — редкое осложнение желчнокаменной болезни, которое нужно своевременно диагностировать и правильно лечить. Это хорошо описано в монографии А.Е.Борисова и др. Возможно, гипертрофирован акцент на открытую хирургию, холецистэктомия от дна может быть завершена лапароскопически. Но пока лучше эти операции выполнять открытым способом.

Поступил в редакцию 02.03.2008 г.

2309-е заседание 26.12.2007 г.

Председатель — Н.Ю.Коханенко

Демонстрации

1. *Б.И.Мирошников, Э.Л.Латария, Г.Г.Накопия, Е.А.Путилова* (СПбГУЗ «Городская Покровская больница»). **Редкий вариант первично-множественного рака: аденокарцинома большого дуоденального сосочка и поперечной ободочной кишки.**

Больной К., 75 лет, оперирован в одной из больниц города по поводу желтухи, обусловленной опухолью большого дуоденального сосочка (БДС). Сформирован холецистоэнтероанастомоз (25.09.2006 г.). Спустя 3 нед больной госпитализирован в клинику. После дообследования и подтверждения диагноза пациент оперирован 24.10.2006 г. При лапаротомии, помимо опухоли БДС, пальпаторно выявлено новообразование поперечной ободочной

кишки 3×2 см, прорастающее все ее слои. Произведены гастропанкреатодуоденальная резекция и удаление части поперечной ободочной кишки в сочетании с лимфодиссекцией. Гистологическое исследование препаратов констатировало опухоли различного строения. Одна из них — экзофитная высокодифференцированная аденокарцинома БДС папиллярно-тубулярного строения, с очаговой инвазией в мышечный слой. Другая опухоль — высокодифференцированная аденокарцинома толстой кишки, преимущественно папиллярного строения, прорастающая все слои стенки. В лимфатических узлах и краях резецированных препаратов опухолевого роста нет. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Ответы на вопросы. Пройдимость кишки не была нарушена. Все анастомозы сформированы без дренажей. Больной диету не соблюдает, никаких лекарственных препаратов не получает, масса тела не изменяется. Стул — 1–2 раза в сутки. При раке БДС гастро- и колоноскопию в настоящее время считаем обязательными. Радикальную операцию можно было выполнить при первом вмешательстве.

Прения

Д.А.Гранов. Во время второй операции больному удалили желчный пузырь. Это не принципиально, но способствует более тщательной лимфодиссекции. При опухолях БДС показана панкреатодуоденальная резекция, где выживаемость достигает 50%. Гастростазы при гастропанкреатодуоденальной резекции наблюдаются реже, чем при панкреатодуоденальной, но на отдаленных результатах это не сказывается. Вместо первой операции можно было ограничиться чрескожным чреспеченочным дренированием или холецистостомой. У больных с желтухой радикальные операции делают поздно. Это ухудшает результаты.

Н.Ю.Коханенко (председатель). Злокачественные первично-множественные опухоли описаны с 1893 г. Их признаки: разная локализация, разное гистологическое строение, разная степень дифференцировки. Большинство этих опухолей — в толстой кишке. Сочетание рака БДС и ободочной кишки встречается нечасто. По данным Н.Н.Артемовой, на 300 панкреатодуоденальных резекций встретилось лишь одно подобное наблюдение. Но настороженность должна быть. В Санкт-Петербурге за год отмечено всего лишь около 20 больных раком БДС. Все эти больные могут быть оперированы в одном из лечебных учреждений, где есть опыт подобных операций.

2. И.В.Слепцов, Н.И.Тимофеева, Р.А.Черников, В.В.Дмитриченко, А.Н.Бубнов, Ю.Н.Федотов (ФГУ «Северо-Западный окружной медицинский центр Росздрава»; кафедры оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией СПбМАПО и хирургии медицинского факультета СПбГУ). **Результат клинического применения радиочастотной абляции автономно функционирующего узла щитовидной железы.**

У больного П., 70 лет, был выявлен автономно функционирующий узел щитовидной железы размером до 4 см, тиреотоксикоз. Перед проведением радиочастотной абляции (РЧА) больному выполнена тиреостатическая терапия в дозе 10 мг/сут. В результате к моменту РЧА тиреоидный статус был нормализован. Процедура проводилась под местной анестезией 1% раствором лидокаина. Пациент удовлетворительно перенес процедуру, но предъявлял жалобы на выраженное ощущение «жара в голове». После РЧА прове-

дена терапия тирозолом в дозе 10 мг/сут в течение 2 нед. В настоящее время больной находится в состоянии эутиреоза. Уровень тиреоидных гормонов — в пределах нормы.

Ответы на вопросы. Мировой опыт РЧА насчитывает около 3 лет. Методика впервые применена в одной из клиник Милана. Длительность процедуры — 3 мин. Температура 105 °С регистрируется термопарой, но в ткани она — 90–95 °С из-за хорошего кровоснабжения ткани щитовидной железы. По той же причине не наступает карбонизация электродов. Наблюдали 38 больных. Среди осложнений наблюдали один транзиторный парез возвратного нерва. Узлы не исчезают, нефункционирующие узлы уменьшаются больше, функционирующие — меньше. Полного некроза узлов не наступает. Более изучена этаноловая деструкция кистозных узлов, которая применяется более 20 лет. Показания аналогичны показаниям к операции, но вмешательство менее травматично. Стоимость лечения — 10,5 тыс. руб., сейчас оно оплачивается квотами Администрации Губернатора. Длительность заболевания больного — 3 года. Первыми жалобами были нарушения ритма сердца. В результате лечения самочувствие улучшилось, лекарств не принимает. Цитологическое исследование проведено до и через год после манипуляции — заключение не изменилось.

Прения

А.Ф.Романчишен. Непонятно, что вырабатывает токсическая аденома. Она заполнена коллоидом, а по краям имеется немного клеток. Гистологи клетки не всегда видят. Рак в коллоидных зобах отмечен в 6% случаев, причем он был не в аденоме, а рядом. Поэтому методики склерозирования нельзя назвать адекватными. Может быть этому больному было достаточно одной таблетки мерказолила. Оставив какие-то клетки, мы рискуем получить рецидив. После инъекционного лечения образуется выраженный спаечный процесс. За рубежом этим занимаются не хирурги, а эндокринологи. Против этих методик высказывался еще в 1901 г. J.Веггу.

Н.Ю.Коханенко (председатель). РЧА применяется около 20 лет — сначала для блокирования проводящих пучков сердца, затем опухолей печени и метастазов колоректального рака. За рубежом в хирургии щитовидной железы методика применяется редко.

Доклад

В.М.Седов, А.С.Немков, Б.В.Афанасьев, С.А.Белый, О.Г.Зверев, А.О.Нестерко, Е.А.Шлойд, Д.В.Рыжкова, Е.Е.Зуева, Е.В.Бабенко, Н.В.Петров, О.Ф.Стовнюк, С.Н.Бурнос, В.А.Крейль, Ю.А.Нестерук (СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, ГМПБ № 2, ЦНИРРИ). **Применение клеточной терапии в виде аутологичных мононуклеаров костного мозга в лечении больных с заболеваниями сердца.**

Целью нашего исследования явилась оценка безопасности эффективности применения аутологичных мононуклеаров костного мозга (АМКМ) у больных с хроническими заболеваниями сердца — ишемической болезнью сердца (ИБС) и дилатационной кардиомиопатией (ДКМП). Основным критерием отбора больных с ИБС для исследования явилась невозможность выполнения традиционной операции реваскуляризации миокарда. С 2003 г. АМКМ применены у 110 больных с ИБС (100 больных) и ДКМП (10 больных). Из 100 больных с ИБС у 12 интрамиокардиальное введение АМКМ выполнено во время аортокоронарного шунтирова-

ния (АКШ), у трех больных катетерное интракоронарное введение АМКМ проведено сразу после эндоваскулярной операции — баллонной коронарной ангиопластики и стентирования коронарной артерии. Остальным больным (85) стволовые клетки в виде АМКМ вводили через катетер во время коронарографии. Больным с ДКМП (10 больных) проводили только консервативную терапию и катетерное введение АМКМ. Выделение моноклеарной фракции костного мозга осуществляли по способу, разработанному в клинике гематологии, гемотрансфузиологии и трансплантологии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова. Всем больным проводили суточное ЭКГ-мониторирование, нагрузочный тест, эхокардиографию, коронарографию, однофотонную эмиссионную компьютерную томографию с технетрилом (ОФЭКТ) или позитронную эмиссионную компьютерную томографию (ПЭТ). Улучшение самочувствия в течение первого года и больше отмечено у 72% больных. При эхокардиографии в среднем глобальная фракция изгнания левого желудочка увеличилась на $(8,0 \pm 0,6)\%$. ОФЭКТ и ПЭТ подтвердили отчетливое уменьшение зон гипоперфузии миокарда. Выявленная возможность применения аутологических стволовых клеток в виде АМКМ и доказательства улучшения перфузии миокарда и метаболизма дают основание использовать данный метод лечения не только в целях коррекции сердечной недостаточности, но и лечения коронарной недостаточности у больных с дистальным поражением коронарного русла, в том числе и нарушения микроциркуляции (как это имеет место при ДКМП).

Ответы на вопросы. Создается хорошее впечатление об интрамиокардиальном введении стволовых клеток совместно с проведением АКШ в плохо кровоснабжаемых отделах. После проведения методики назначали плавикс или тромбасс. Для стабилизации костного мозга использовали гепарин. В костном мозге содержится 12–13% моноклеаров, из них 2–2,5% — стволовые клетки. Механизм фиксации неизвестен. Опыты с клетками, меченными изотопами, показали, что после интракоронарного введения оседает 2–3%. Стабилизация состояния после совместного применения с АКШ наступает намного дольше, чем после только АКШ. Улучшается сократимость миокарда. Это не альтернатива, а скорее дополнение к АКШ, особенно если есть места, где реваскуляризация невозможна.

Прения

С.М.Лазарев. АКШ помогает не всем больным с ишемической болезнью сердца. Эти люди составляют 8–10%. Не все вопросы теории решены, но практика говорит за применение метода. Наш опыт прямого интрамиокардиального введения стволовых клеток также показал значительное улучшение состояния больных.

Б.А.Гонопиев. Клеточная терапия — новое направление лечения, в большей степени терапевтическое. Нельзя ждать теоретического обоснования. Уже есть положительные практические результаты в сосудистой хирургии, при асептических некрозах бедренной кости у гематологических больных.

Н.Ю.Коханенко (председатель). Введение стволовой клетки в больное место позволяет ей дифференцироваться в клетки местного происхождения. С возрастом количество стволовых клеток уменьшается. Не каждый участок миокарда можно реваскуляризировать. Система «НОГА» при эпикардиальном введении позволяет фиксироваться большому числу клеток.

Поступил в редакцию 02.03.2008 г.

2310-е заседание 23.01.2008 г.,

посвященное 60-летию председателя Правления общества, начальника кафедры факультетской хирургии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, члена-корреспондента РАМН, профессора Николая Анатольевича Майстренко

Председатель — Н.Ю.Коханенко

Повестка дня подготовлена сотрудниками кафедры факультетской хирургии ВМедА им. С.М.Кирова

Демонстрация

Н.А.Майстренко, П.Н.Ромащенко, В.С.Довганюк, М.В.Лысанюк. Варианты исходов хирургического лечения первичного гиперальдостеронизма.

Больная Щ., 60 лет, до поступления в клинику в течение 9 лет предъявляла жалобы на периодические подъемы артериального давления (АД) до 200/100 мм рт.ст. За последние годы гипертонические кризы участились и АД стало достигать 230/110 мм рт.ст., сопровождалось головной болью, умеренной мышечной слабостью, полиурией, никтурией. При обследовании определено повышение уровня альдостерона плазмы в 3 раза, снижение активности ренина плазмы и уровня калия крови до нижней границы нормы. При КТ обнаружена опухоль левого надпочечника размером 1,0×1,5 см. Установлен дооперационный диагноз: альдостерома левого надпочечника, симптоматическая артериальная гипертензия. После предоперационной подготовки 03.12.1997 г. выполнена лапароскопическая левосторонняя адреналэктомия. В послеоперационном периоде АД стабилизировалось на уровне 140/75 мм рт.ст., дисурические расстройства регрессировали, пациентка выписана из стационара в удовлетворительном состоянии. При гистологическом исследовании препарата выявлена макроузловая и диффузная гиперплазия светлых клеток пучковой зоны с незначительным ядерным и клеточным полиморфизмом. Дальнейшее наблюдение за больной показало, что через год после операции АД вновь стало подниматься до 220/95 мм рт.ст., появились полиурия, никтурия, повышение альдостерона плазмы. При КТ установлена диффузная гиперплазия правого надпочечника. Возобновленная гипотензивная терапия верошпирином, коринфаром, эднитом привела к нормализации АД и гормональных нарушений.

Больная М., 44 года, страдала артериальной гипертензией около 10 лет. На фоне нормального АД 1 раз в месяц отмечались его подъемы до 220/120 мм рт.ст., сопровождающиеся головной болью, выраженной мышечной слабостью, парестезиями, судорогами, никтурией. При обследовании пациентки установлено снижение калия крови ниже 1,9 ммоль/л, повышение альдостерона крови в 3 раза и снижение активности ренина плазмы. При КТ и МРТ обнаружена опухоль левого надпочечника диаметром 1,5 см с плотностью 11 НУ, нормальные размеры правого надпочечника. После внутривенного введения омнипака отмечено увеличение плотности опухоли в отличие от плотности ткани коры обоих надпочечников, что исключало их гиперплазию. При проведении маршевой пробы отмечено снижение уровня альдостерона крови как свидетельство автономной функциональной активности опухоли левого надпочечника. Диагноз: первичный гиперальдостеронизм, альдостерома левого надпочечника, симптоматическая артериальная гипертензия. Предоперационная подготовка проведена верошпирином и эналаприлом. Операция 07.02.2005 г. — ретроперитонеоскопическая левосторонняя адреналэктомия. В послеоперационном периоде АД стабилизировалось на уровне 120/80 мм рт.ст. Жалобы регрессировали. Калий крови нормализовался. Пациентка

выписана из стационара в удовлетворительном состоянии. Гистологическое исследование: альдостерома с выраженным клеточно-ядерным полиморфизмом из клеток клубочковой и пучковой зон; вне опухоли признаков гиперплазии нет. При наблюдении за больной около 3 лет АД остается нормальным, электролитных и гормональных нарушений нет.

Ответы на вопросы. Первая больная, кроме верошпирина, принимает другие гипотензивные и седативные препараты. При отмене верошпирина начинаются резкие колебания АД. Вторая больная в настоящее время не принимает никаких препаратов. Заболеваемость альдостеронизмом (в том числе синдромом Кона) составляет 120–150 на 100 тыс. населения. При идиопатической альдостероме показана медикаментозная терапия, при ее неэффективности — оперативное лечение. Это позволяет легче корректировать имеющиеся нарушения. Селективный забор крови у этих больных не выполняли. Чувствительность КТ и МРТ существенно не различается. МРТ дешевле, во время нее можно провести контрастную венографию.

Доклад

П.Н.Ромашенко, В.С.Довганюк, М.В.Лысанюк. Первичный гиперальдостеронизм как проблемный вопрос эндокринной хирургии.

На современном этапе развития эндокринной хирургии недостаточно решенными остаются вопросы обоснования показаний и вариантов оперативных вмешательств при первичном гиперальдостеронизме на основе позиций доказательной медицины. В докладе представлены результаты фундаментальных и прикладных исследований, проведенных сотрудниками клиники и другими авторами. Анализ опубликованных, в том числе собственных данных, способствовал выделению достоверных критериев, определяющих современные диагностические и лечебные подходы при первичном гиперальдостеронизме. Особое место в докладе отведено обоснованию использования эндовидеохирургических технологий, рационально сочетающихся с традиционными операциями. Критический анализ собственных отдаленных результатов лечения больных с первичным гиперальдостеронизмом, представленный в докладе, подтвердил концептуальные положения клиники.

Ответы на вопросы. За 35 лет наблюдали 122 больных. С первичным альдостеронизмом было 36 человек, с аденомой — 26 (72%), у остальных 10 больных опухоль не обнаружили. Селективный забор крови проведен у 11 человек, у 3 — справа не удалось попасть в вену надпочечника. Наблюдали осложнения. У одной больной после этого исследования развился тромбоз глубоких вен конечности. Возможны аллергические реакции, забрюшинные гематомы, тромбозы. Лапароскопическая операция — «золотой» стандарт. Конверсия доступа на лапаротомию выполнена в 6,7%. Противопоказания бывают, но у наших больных мы их не обнаруживали. Разрабатывается ангиографическая абляция. Предпочтительный доступ при опухолях правого надпочечника лапароскопический, левого — ретроперитонеоскопический. Имели место осложнения операции. Наблюдали кровотечение при операции слева лапароскопическим способом (3,6%). У 3 больных отмечено нагноение троакарной раны. В одном наблюдении был пневмоторакс. Для профилактики перед операцией производим специальную разметку положения синуса.

Прения

А.А.Протасов. Кафедра общей хирургии разрабатывала проблему артериальной гипертензии с позиций реноваскуляр-

ной гипертензии и нефроптоза. Из 1000 больных альдостерому обнаружили только у 2. Для них характерна проба с фуросемидом или гипотиазидом, которая сопровождается быстрым снижением калия крови. Типичен эффект верошпирина. Разрешающая способность УЗИ слишком низка по сравнению с КТ или МРТ. Эндовидеохирургический доступ является «золотым» стандартом, но лапаротомия не является противопоказанием. Любая гипертензия сопровождается изменениями в надпочечниках и почках. Рецидив альдостеронизма у первой больной — результат высокой артериальной гипертензии.

Н.Ю.Коханенко (председатель). Представлен один из наибольших клинических материалов первичного альдостеронизма. Синдром Конна описан им в 1954 г. Больной сделали лапаротомию, нашли и удалили аденому надпочечника. Больной стало лучше. За 10 лет в этой клинике наблюдали 145 больных. Сейчас в литературе описаны более 500 наблюдений. У 30% больных артериальная гипертензия симптоматическая. Из них 25% больных должны лечиться у хирургов. За последние 10 лет практически не описаны лапаротомические операции. В России операцию при синдроме Конна впервые выполнил Н.А.Майстренко. Лечение желательно проводить в специализированных учреждениях. Имеются стандарты обследования, утвержденные Министерством здравоохранения РФ.

Поступил в редакцию 02.03.2008 г.

2311-е заседание 13.02.2008 г.

Председатель — Н.А.Майстренко

Демонстрации

1. В.Г.Пищик, А.Р.Козак, М.А.Атюков, С.С.Черный, А.В.Левченко, Ю.А.Шулев, П.К.Яблонский (кафедра госпитальной хирургии медицинского факультета СПбГУ, Городская многопрофильная больница № 2). **Недиагностированная правосторонняя посттравматическая диафрагмальная грыжа, имитировавшая релаксацию диафрагмы.**

Больная Б., 52 года, поступила 10.08.2007 г. с жалобами на тупые боли в правой половине грудной клетки по ходу IV–V ребер, болезненность при пальпации в правой надключичной области, в проекции сосудистого пучка, одышку. Со слов больной, заболевание возникло несколько месяцев назад, началось с болей в области шеи. Обратилась в поликлинику, где на рентгенограммах грудной клетки было описано высокое стояние правого купола диафрагмы. По данным УЗИ брахиоцефальных сосудов, патологических изменений не выявлено. При МРТ шейного и грудного отделов позвоночника визуализировано патологическое образование по ходу правого диафрагмального нерва в области верхней апертуры. После госпитализации в ГМПБ № 2 больная оперирована нейрохирургами с подозрением на опухоль диафрагмального нерва. В ходе ревизии шейной части диафрагмального нерва опухоли не выявлено. Патологическое образование оказалось лимфатическим узлом. Лечение больной продолжено в торакальном отделении. Поскольку больная категорически отрицала травму грудной клетки, диагностирована релаксация правого купола диафрагмы. Ввиду клинически значимой одышки, было решено выполнить операцию пликаций диафрагмы. 14.08.2007 г. произведена боковая торакотомия справа. При ревизии вся нижняя часть плевральной полости оказалась занята печенью, частью сальника и поперечной ободочной кишки. В правом куполе диафрагмы имеется дефект, частично фиксированный к печени спайками. Есть свободный ход в брюшную полость в проекции переднего

синуса, до 10 см в диаметре, с разрушением отверстия нижней полой вены. После выделения краев дефекта удалось сохранить остатки мышечного прикрепления диафрагмы. После вправления грыжевого содержимого произведена реконструкция правого купола диафрагмы полипропиленовой сеткой. Послеоперационный период протекал без осложнений. При опросе родственников выяснилось, что больная перенесла автотравму за 4 года до госпитализации в клинику, однако, по непонятным причинам, скрыла этот факт от врачей. Пациентка выписана 24.08.2007 г. в удовлетворительном состоянии.

Ответы на вопросы. После автотравмы находилась в стационаре около недели. Трясая езда, толчки не вызывали никаких неприятных ощущений. Признаков кишечного или желудочного дискомфорта, нарушений со стороны печени или внепеченочных желчных путей не было. До операции функция внешнего дыхания 50%. Сцинтиграфию для поиска невриномы не делали. Грыжевого мешка не обнаруживалось. Дефект в диафрагме был около 10 см, поэтому обойтись без сетки было нельзя. Для релаксации диафрагмы, в отличие от грыжи, характерна одышка, более практически не бывает.

Прения

В.С.Баринов. Диафрагмальная грыжа чаще диагностируется во время операции или на аутопсии. Операция на шее была ошибочной. Использование эндопротеза было оправдано.

Б.И.Мирошников. Грыжи чаще бывают слева. Диагностика сложна, но допущены ошибки. Диагностика опухоли диафрагмального нерва была преувеличением. Диафрагмальную грыжу устранять можно, расслаивая диафрагму, поэтому использование сеток не всегда нужно.

В.М.Седов. Это не грыжа, а разрыв диафрагмы. Для релаксации диафрагмы ее купол располагался слишком высоко. Толстая кишка может контрастироваться в грудной полости только при грыже. Положение печени при релаксации не изменяется. Пластика диафрагмы без эндопротеза возможна путем расслоения диафрагмы.

П.К.Яблонский. Из 20 оперированных нами больных с грыжами диафрагмы мы ошиблись в диагнозе у половины. Единственный точный метод — КТ. Основная причина ошибки — недостаточное исследование анамнеза. Мы не увидели изменения положения печени, отрыв диафрагмы. Именно грыжи правого купола вызывают наибольшие трудности диагностики.

Н.А.Майстренко (председатель). Наблюдение поучительно. Мы сейчас достаточно оснащены, чтобы реже ошибаться. Дискуссионными являются вопросы выбора уровня торакотомии, необходимости применения эндопротеза, его положения относительно брюшины или плевры.

2. В.Г.Пищик, М.А.Атюков, А.Р.Козак, А.В.Левченко, А.В.Нефедов, П.К.Яблонский (кафедра госпитальной хирургии медицинского факультета СПбГУ). **Перикардэктомия по поводу констриктивного перикардита, развившегося на фоне длительного бессимптомного кальциноза перикарда.**

Больной З., 18 лет, поступил в отделение 10.05.2007 г. с жалобами на плохую переносимость физических нагрузок, слабость, отеки на голенях. В 1998 г., в возрасте 11 лет, пациент начал наблюдаться фтизиатром в связи с выражением туберкулиновой пробы. Контакт с больными туберкулезом отрицал. Больному был проведен курс профилактической противотуберкулезной терапии двумя препаратами. В дальнейшем проба Манту не превышала 5–8 мм. В 2003 г., при обследовании по направлению военкомата, были найдены изменения ЭКГ по типу дистрофии миокарда задней стенки

левого желудочка. Вследствие того, что больной не предъявлял никаких жалоб, он дополнительно не обследовался. В 2006 г. на рентгенограммах грудной клетки у больного выявлен кальциноз перикарда. В НИИ фтизиопульмонологии был исключен активный туберкулезный процесс. Первая госпитализация в ГМПБ № 2 состоялась в октябре 2006 г. по направлению НИИ кардиологии им. В.А.Алмазова для решения вопроса о перикардэктомии. После обследования в клинике от оперативного лечения решено было воздержаться в связи с тем, что не было признаков сердечной недостаточности. Ситуация расценена как бессимптомный кальциноз перикарда, рекомендовано наблюдение кардиологов. Однако пациент стал отмечать снижение толерантности к физическим нагрузкам. При дальнейшем наблюдении в НИИ кардиологии в апреле 2007 г. констатировано появление отеков на голенях, асцита. Больной повторно госпитализирован в торакальное отделение ГМПБ № 2. При обследовании у пациента выявлены признаки диастолической дисфункции и недостаточности кровообращения вследствие констриктивного перикардита. Больному выполнена операция: тотальная перикардэктомия из двусторонней поперечной торакостернотомии (разрез типа «моллюск»). В ходе операции удалены кальцинированный и фиброзированный перикард в стандартном порядке и кальцинированные фрагменты эпикарда. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренажи удалены на 3-и и 4-е сутки. Раны зажили первичным натяжением. Отмечено исчезновение асцита и отеков, уменьшение одышки. Гистологическое исследование препарата не позволило подтвердить туберкулезный процесс. В удовлетворительном состоянии пациент выписан на амбулаторное лечение 31.05.2007 г.

Ответы на вопросы. Больной ежегодно болел ангиной. Занимается физкультурой, совершает пробежки до 2 км. Изменения тени сердца были отмечены на флюорограмме еще во время учебы в школе. Перед операцией больной отметил увеличение живота, одышку, отеки на голенях. Асцит доказан УЗИ. Разницы АД на руках и ногах не отмечено. Признаков ревмокардита не было. Миндалины не удаляли. Толщина кальцинированных листков за время наблюдения не изменилась. За последние годы число этих больных стало незначительным. Авторы не наблюдали бессимптомного кальциноза у больных. Нарушений ритма сердца не было, но во время операции имело место расширение эпикарда.

Прения

С.М.Лазарев. Хирургия сердца начиналась с хирургии слипчивого перикардита. Операция показана, если есть признаки констриктивного перикардита и нарушения диастолической функции желудочков, даже без признаков сердечной недостаточности. Диастолическое расширение сердца может привести к смерти, если производить тотальную перикардэктомию, особенно при длительной констрикции сердца.

В.С.Баринов. Самое большое число больных с перикардитом (325 человек) наблюдала А.Т.Гребенникова. Наиболее частые причины — туберкулез и травма. У больного в анамнезе — излеченный туберкулез, исходом которого и явилось кальцинирование перикарда. Для профилактики диастолического расширения сердца есть ряд специальных приемов, в том числе поэтапные операции. Оперировать нужно до появления признаков сердечной недостаточности.

Н.А.Майстренко. Санкт-Петербургская школа кардиохирургов может гордиться развитием этой проблемы. Заболеваемость изменяется, специалистов становится меньше, но помощь мы должны оказывать в полном объеме. Двухплевральный доступ — не единственный. Больного желательно демонстрировать на обществе терапевтов.

Доклад

М.О.Мясникова, В.М.Седов (кафедра факультетской хирургии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова). **Постмастэктомическая лимфедема верхней конечности. Прогнозирование, диагностика, лечение.**

Постмастэктомический отек конечности (ПМОК) является составной частью так называемого постмастэктомического синдрома, комплекса функциональных и косметических нарушений, возникающих в результате радикального противоопухолевого лечения рака молочной железы (РМЖ). Его частота составляет, по разным статистикам, от 10 до 60% и не зависит от выбранных методов лечения. Причины возникновения ПМОК связаны с особенностью всех радикальных операций на молочной железе, выполняющихся с обязательной подмышечной лимфаденэктомией. При этом неизбежно пересекаются коллекторные лимфатические сосуды, осуществляющие лимфатический отток от верхней конечности. Появлению ПМОК способствует также лучевая терапия, вызывающая фиброзные дегенеративные изменения в мягких тканях конечности, приводящие к сдавлению как лимфатических структур, так, в ряде случаев, и *v.subclavia*, вызывая ее гемодинамически значимые стенозы. Длительный застой лимфы, являющейся благоприятной питательной средой для бактериальных агентов, создает условия для развития рожистого воспаления. Прогрессирование заболевания приводит к обезображиванию конечности и развитию слоновости. Дополнительными факторами, влияющими на частоту развития ПМОК, являются индивидуальные особенности больных с РМЖ. При этом важнейшей из них следует считать индивидуальную вариантную характеристику лимфотока конечности. По нашим данным, примерно 20% людей обладают врожденными анатомическими компенсаторными механизмами, позволяющими сохранить достаточный лимфатический дренаж конечности даже после пересечения коллекторных лимфатических сосудов. Этому способствуют так называемые «вставочные» лимфатические узлы, не функционирующие в норме. У остальных пациентов развитие ПМОК прогнозируемо. У 20% больных процесс развивается особенно быстро и носит выраженный фиброзный характер. Важнейшими методами диагностики ПМОК являются динамическая лимфосцинтиграфия, позволяющая получить прижизненное контрастирование функционально полноценных лимфатических сосудов и узлов, флеботонометрия (измерение интравенозного давления в поверхностных венах конечности), а также флебография, ультразвуковое исследование мягких тканей конечности и в ряде случаев компьютерная томография. В течение 25 лет мы пользуемся в клинике собственной классификацией ПМОК, позволяющей определить индивидуальную тактику лечения в каждом конкретном случае. Мы выделили стадию доклинических изменений (0), стадию проходящих отеков (I), мягких (II), плотных (III) и деформирующих отеков (IV). Многолетние наблюдения подтвердили выявленное нами отсутствие корреляционной зависимости между длительностью существования отека верхней конечности и его стадией. Лечение ПМОК следует начинать с момента его диагностики. Как правило, ПМОК в 0 и III стадии лечится консервативно. Комплексная терапия на этом этапе предусматривает правильную организацию жизненного пространства (режим труда, отдыха и т.д.), обязательное применение компрессионного трикотажа (специальные рукава или эластические бинты), широкое использование лечебной физкультуры и физиотерапевтических процедур, включая дозированную чередующуюся пневмокомпрессию, плавание, курсовое применение лимфотоников и препаратов, улучшающих микроциркуляцию. II стадия, наряду с продолжающейся консервативной терапией, нередко требует хирургического

вмешательства. Операцией выбора следует считать формирование лимфовенозных анастомозов (ЛВА) со стандартной микрохирургической техникой. В течение 20 лет в клинике выполнены более 300 операций подобного типа с отдаленными удовлетворительными результатами (10 лет и более) в 60% случаев. III стадия ПМОК характеризуется развитием достаточно выраженных фиброзных изменений в мягких тканях конечности. В этих случаях добиться хорошего функционального и косметического результата путем создания только ЛВА практически невозможно. Для этих пациентов в клинике разработаны и в течение 20 лет с успехом применяются варианты сочетанного хирургического лечения, предусматривающие последовательное выполнение нескольких оперативных вмешательств. IV стадия, как правило, сопровождается обезображиванием конечности. В ряде случаев формируются так называемые «псевдоопухолевые» формы ПМОК, представляющие собой разрастания фиброзных тканей в виде ограниченных участков массой от 2 до 12 кг. Операцией выбора в этих случаях являются операции резекционного типа. Следует отметить, что, несмотря на травматичность, операции этого типа не позволяют получить устойчивого хорошего результата в отдаленные сроки и могут рассматриваться как способ временного уменьшения объема конечности с целью улучшения ее функционального состояния. При противопоказаниях к оперативному вмешательству у этой группы больных следует проводить комплексную консервативную терапию, целью которой является стабилизация объема конечности. Таким образом, в настоящее время имеется реальная возможность прогнозирования и успешного лечения ПМОК. Благоприятному результату способствуют раннее обращение пациента в специализированное отделение, проведение комплексного обследования с обязательным выполнением динамической лимфосцинтиграфии, а также диспансерное наблюдение и определение индивидуальной программы лечения в каждом конкретном случае.

Ответы на вопросы. Основа лечения 0 и I стадии — компрессионная и фармакологическая коррекция. В Санкт-Петербурге ежегодно производится 4 тыс. мастэктомий. Стоимость лимфодинамического исследования — 1,5 тыс. руб. Диффузная форма лимфотока — проявление гипоплазии лимфатической системы. 80% отеков появляются в течение первого года. Стенозы подключичной вены — следствие лимфодиссекции. После операции Холстеда отеки развиваются у 80% больных, операции Мадена — у 10%. Отеки бывают и после удаления сторожевых узлов. Корреляции между типами лимфооттока и метастазированием не отмечено. Дополнительные факторы риска — лимфорея, ожирение, сахарный диабет, недостаточные занятия лечебной физкультурой.

Прения

Н.А.Бубнова. На съезде онкологов в г. Шанхае сообщалось о значительном росте заболеваемости РМЖ в Китае вследствие ограничения рождаемости. Это породило увеличение числа больных с ПМОК. Лечение и профилактикой отеков надо заниматься всю жизнь. Лимфосцинтиграфия является стандартным исследованием в Японии и Италии. Лимфовенозные анастомозы сейчас практически оставлены. Основное лечение — пневмокомпрессия. Доказанным эффектом из фармакопрепаратов обладает только группа кумаринов.

Н.А.Майстренко (председатель). В этой проблеме важно все: организация лечения, адекватная диагностика, прогнозирование, объем операции, ведение раннего и позднего послеоперационного периода.

Поступил в редакцию 02.03.2008 г.