

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

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

2312-е заседание 27.02.2008 г., посвященное Дню Защитника Отечества

Председатель — Н.А.Майстренко

*Повестка дня подготовлена сотрудниками кафедры
военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии
им. С.М.Кирова.*

Демонстрации

1. А.А.Завражнов, А.В.Гончаров, В.Н.Ганин, С.В.Гаврилин, П.П.Ляшедько, С.В.Недомолкин, М.А.Васильев, А.С.Самойлов. **Лечение пострадавшего с тяжелой сочетанной травмой живота, таза, конечностей с применением тактики «запрограммированного многоэтапного хирургического лечения» (damage control).**

Пострадавший О., 33 лет, доставлен в клинику военно-полевой хирургии спустя 6 ч после того, как был придавлен упавшим деревом. На месте травмы находился в ясном сознании. АД 80/40 мм рт. ст., пульс ритмичный, 110 уд/мин. При транспортировке проводилась инфузионная терапия, конечности иммобилизовались лестничными шинами. Диагноз при поступлении: тяжелая сочетанная травма живота, таза, конечностей. Закрытая травма живота с повреждением подвздошной кишки и ее отрывом от брыжейки в области илеоцекального угла, ушибом передней стенки желудка и поперечной ободочной кишки, продолжающимся внутрибрюшным кровотечением. Закрытая травма таза с множественными ротационно-нестабильными переломами правой лонной и седалищной костей, разрывом симфиза и правого крестцово-подвздошного сочленения. Множественная травма конечностей: закрытый многооскольчатый перелом правой бедренной кости в средней трети, закрытый перелом правой малоберцовой кости в нижней трети, закрытый перелом левой большеберцовой кости в средней трети. Острая массивная кровопотеря. Шок III степени. Учитывая крайне тяжелое состояние и значение индекса вероятности летального исхода по шкале «ВПХ-ХТ», равное 15 баллам (более 90%), принято решение о выполнении неотложных и срочных оперативных вмешательств в сокращенном объеме по принципу тактики «damage control». Выполнены лапаротомия, остановка кровотечения, обструктивная резекция тонкой кишки, временное закрытие брюшной полости. После проведения интенсивной терапии в ОРИТ, на фоне относительной стабилизации состояния пострадавшего (по шкале

ВПХ-СС — 65 баллов), спустя 16 ч выполнены операции: 1) программированная релапаротомия, создание энтероэнтероанастомоза (в 5 см от илеоцекального угла), интубация тонкой кишки; 2) трахеостомия. На 5-е сутки выявлена частичная несостоятельность тонкокишечного анастомоза, местный неограниченный гнойно-фибринозный перитонит. Выполнена релапаротомия. Резецирован терминальный отдел подвздошной кишки, сформированы илеостомы и цекстома, интубирована ободочная кишка, осуществлены санация и дренирование брюшной полости, лапаростомия. В послеоперационном периоде развились гнойный эндобронхит и пневмония. С 12-х суток диагностирован тяжелый сепсис. Проводилось лечение: пентаглобин, тиенам, ванкомицин, ронколейкин, респираторная терапия. После стабилизации состояния пострадавшего на 18-е сутки выполнена фиксация правого крестцово-подвздошного сочленения канюлированным винтом. Общая длительность нахождения в ОРИТ 23 дня. На 37-й день выполнено восстановление непрерывности кишечника путем правосторонней гемиколэктомии, создания илеотрансверзоанастомоза, устранения послеоперационной вентральной грыжи. На 84-й день пострадавший выписан в удовлетворительном состоянии для дальнейшего лечения в условиях реабилитационного центра. Демонтаж аппарата КСТ на бедре выполнен спустя 6 мес.

Ответы на вопросы. Нарушений функций тазовых органов не было. Температура тела в ОРИТ 35,8 °С. Расчетный объем кровопотери 3,5 л (50% ОЦК). Фиксация переломов таза более эффективна для остановки кровотечения, чем эмболизация или операция. Формирование анастомоза в 5 см от илеоцекальной заслонки считаем оправданным. Несостоятельность швов наступила в результате ишемии кишечника на фоне длительной гипотонии. Сейчас укорочения конечности не отмечено.

2. И.М.Самохвалов, А.А.Завражнов, В.Ф.Лебедев, В.Н.Ганин, С.В.Гаврилин, М.А.Васильев, Д.П.Мешаков, А.Н.Петров, Н.Г.Бобровский. **Тяжелая сочетанная травма правой боковой поверхности живота, таза, правой нижней конечности, осложнившаяся раневой полимикробной синергической (аэробно-анаэробной) инфекцией, тяжелой сепсисом.**

Больной Н., 45 лет, поступил в клинику военно-полевой хирургии 24.10.2007 г., на 3-и сутки после травмы. Находясь в воде, пострадавший попал под работающий винт моторной яхты. Квалифицированную помощь получил в ЦРБ

Ленинградской области, где был произведен туалет ран с наложением первичных швов. В клинике выставлен диагноз: открытая тяжелая сочетанная травма живота, таза, конечностей (от 21.09.2007 г.). Обширные рвано-ушибленные раны мягких тканей правой боковой поверхности живота. Множественная травма таза, разрыв правого крестцово-подвздошного сочленения, многооскольчатый перелом крыла правой подвздошной кости с переходом на дно вертлужной впадины, со смещением отломков. Обширная рвано-ушибленная рана мягких тканей правой подвздошно-паховой области. Множественная травма правой нижней конечности, обширное повреждение мягких тканей правого бедра с отслойкой кожи (площадью более 800 см²), ушиб сосудисто-нервного пучка на протяжении подвздошно-бедренного сегмента. Перелом правой большеберцовой кости в верхней трети с незначительным смещением отломков. Ушитые раны правой боковой поверхности живота и таза, правого бедра и голени (от 21.09.2007 г.). Постгеморрагическая анемия. Осложнения: острая почечная недостаточность; полимикробная синергическая (аэробно-анаэробная) инфекция раны правой боковой поверхности живота, таза, правой нижней конечности, синергический некротический миозит, фасциит и целлюлит; некроз костного фрагмента крыла подвздошной кости с формированием дефекта дна вертлужной впадины; некроз правого бедренного нерва. Тяжелый сепсис (24.10.2007 г.). Сопутствующие заболевания: сахарный диабет II типа, легкое течение. По срочным показаниям при поступлении выполнена вторичная хирургическая обработка обширных ран правой боковой поверхности живота и таза, правой нижней конечности. В дальнейшем проводилось комплексное лечение осложнений травмы, включавшее интенсивную терапию в условиях ОРИТ в течение 18 сут, с проведением ИВЛ (14 сут). Проводилась деэскалационная антибактериальная терапия имипенемом/циластатином, затем по чувствительности возбудителей (*Ps. aeruginosa*, *Stenotrophomonas malt.*) препаратами: амикацин, цефепим, метрогил, фурагин. Проведены курсы иммуноориентированной терапии пентаглобином, ронколейкином. Общий объем гемотрансфузий составил: эритроцитарная масса — 10 доз, свежезамороженная плазма — 12 доз. В дальнейшем это позволило выполнить этапные повторные вторичные хирургические обработки обширных ран правой боковой поверхности живота, таза и правой нижней конечности с проведением большеобъемных многокомпонентных противовоспалительных блокад, фиксации переломов аппаратами внеочагового остеосинтеза, дерматотензии ран живота и таза направляющими швами, аутодермопластики расщепленным лоскутом гранулирующей раны правого бедра. Проявления раневой инфекции и сепсиса купировались на 12-е сутки. На 57-е сутки больной выписан в удовлетворительном состоянии. Сформировались последствия травмы: правосторонняя боковая вентральная грыжа; сгибательная контрактура правого коленного сустава, лимфовенозная недостаточность правой нижней конечности II степени.

Ответы на вопросы. До госпитализации в ЦРБ прошло около 1,5 ч, во ВМедА им. С.М.Кирова — 3 сут. Микробный спектр не менялся. На дефекты раны была наложена поролоновая повязка. Осложнений можно было бы избежать адекватной хирургической обработкой ран. В области мышечных и кожных лоскутов сначала применялись повязки с угольно-волоконистыми сорбентами, затем с гелевином. Кожа замещена лоскутом с другого бедра. Швы применяли эпидермальные, чтобы экономить кожу. Для профилактики лимфовенозной недостаточности применяли компрессионный трикотаж.

Доклад

И.М.Самохвалов, А.А.Завражнов, В.Ф.Лебедев, В.И.Бадалов, В.В.Северин, К.П.Головки. Актуальные проблемы современной военно-полевой хирургии.

Хирургический опыт локальных войн и вооруженных конфликтов последних десятилетий (война в Афганистане, 1979–1989 гг.; контртеррористические операции на Северном Кавказе, 1994–1996, 1999–2002 гг.; война в Ираке с 2003 г. по настоящее время) показал необходимость внесения значительных изменений в лечебно-эвакуационное обеспечение войск. В условиях современных войн решающее влияние на организацию медицинской помощи раненым оказывает возможность ранней эвакуации вертолетами непосредственно в многопрофильные военные госпитали 1-го эшелона. Стремление к двухэтапной системе оказания медицинской помощи раненым ставит повышенные требования к «догоспитальному» этапу, условно состоящему из первой, доврачебной и первой врачебной помощи. Организация оказания квалифицированной хирургической помощи раненым в сложившемся виде (тяжеловесная для мобильного дивизионного тыла структура; стремление к проведению ненужных первичных хирургических обработок ран мягких тканей; обреченные на неудачу попытки выполнения неопытными хирургами сложных полостных операций) — нуждается в совершенствовании. К новым обстоятельствам, изменяющим традиционные представления о первой врачебной и квалифицированной хирургической помощи, относятся: введение в штаты медицинских рот хирургов и анестезиологов-реаниматологов, развитие тактики «запрограммированного многоэтапного хирургического лечения» (damage control surgery), разработка мобильных комплексов для развертывания этапов медицинской эвакуации, в ближайшей перспективе — использование возможностей военной телемедицины. Показан видеофильм.

Н.А.Майстренко (председатель). Представлены принципиальные подходы, выстраданные многими поколениями хирургов. Развиваются технологии. Но роль хирурга не стала менее значимой.

Поступил в редакцию 14.07.2008 г.

2313-е заседание 12.03.2008 г.

Председатель — Н.А.Майстренко

Демонстрации

Б.И.Мирошников, А.П.Иванов, Э.Л.Латария, А.С.Ремизов, Г.Н.Горбунов, Н.В.Галкина, Г.Г.Накопия (Городская Покровская и Дорожная клиническая больницы). **Выбор пластического материала для тотальной эзофагопластики и рационального способа проведения трансплантата при отягощенных условиях.**

1. Больной Л., 43 лет, поступил в клинику 30.08.2004 г. для эзофагопластики. 24.04.2004 г. госпитализирован в одну из больниц города с тяжелой степенью желудочного кровотечения (синдром Маллори—Вейсса). В стационаре развились панкреатит и ферментативный холецистит. Выполнены лапароскопическая холецистостомия и дренирование сальниковой сумки. На 11-е сутки от поступления возник спонтанный разрыв наддиафрагмального сегмента пищевода. Произведены гастростомия, двустольная эзофагостомия, дренирование правой плевральной полости. Спустя 2 сут последовали торакотомия справа, резекция пищевода, дрени-

рование средостения и плевральной полости. Следствием был крайне тяжелый послеоперационный период, обусловленный медиастинитом, эмпиемой плевры и флегмоной грудной клетки. При исследовании в клинике констатированы высокая шейная эзофагостома и гастростома. Средостение не расширено, пневматизация легких удовлетворительная, правая плевральная полость облитерирована. Принимая во внимание необходимость формирования анастомоза практически с глоткой, акцент в вопросе выбора характера пластического материала был сделан на ободочную кишку. Однако при лапаротомии (03.09.2004 г.) выяснилось, что использовать ее для этой цели не представлялось возможным: селезеночный изгиб кишки резко деформирован и вовлечен в рубцовый процесс вследствие произведенной гастростомии. Сигмовидная кишка была короткой и носила сугубо прямолинейный, «без изгибов», характер. Учитывая это, решено прибегнуть к формированию трансплантата из тонкой кишки. Для достижения надлежащей его длины были перевязаны четыре радиальных артериовенозных тонкокишечных сосудистых ствола (со второго по пятый). Однако длина мобилизованной кишки все же оставалась короткой и с трудом достигала грудинной вырезки при ее антеторакальном размещении. Сформирован загрудинный тоннель. При таком размещении трансплантата величина его оказалась достаточной. Высоко на шею наложен однорядный пищеводно-кишечный анастомоз по типу «конец в конец». Послеоперационный период гладкий. Спустя 3 года чувствует себя хорошо, работает по специальности.

2. Больной В., 37 лет, поступил в клинику 15.12.2006 г. Рост 178 см. Массе тела 60 кг (дефицит массы тела 18 кг). В октябре 2004 г. выпил жидкость «Крот» и получил ожог пищевода и желудка. Спустя месяц развился стеноз выходного отдела желудка. Произведена резекция последнего по Бильрот-I. Еще спустя 4 мес сформировалась рубцовая стриктура пищевода, создана гастростома. Подтверждена выраженная рубцовая трансформация среднегрудного отдела пищевода и почти полная его непроходимость на уровне дуги аорты. По характеру поражения больному были показаны резекция грудного отдела пищевода и тотальная эзофагопластика. Однако истощенность больного вынуждала искать более щадящее хирургическое вмешательство. Прежде всего, мы сочли возможным ограничиться удалением только верхнегрудного отдела пищевода из шейно-медиастинального доступа, не прибегая к торакотомии. Далее решено отказаться от желудочной эзофагопластики как крайне рискованной и нерациональной в данной ситуации. Предпочтение отдано тонкой кишке. Однако ревизия брыжеечных сосудов во время лапаротомии показала, что использование тонкой кишки в пластических целях в любом из возможных вариантов было невозможно. Поэтому трансплантат для эзофагопластики был сформирован из ободочной кишки и включал в себя восходящий, поперечный и нисходящий её отделы. В качестве питающего сосуда использована левая ободочная артерия. Трансплантат проведен на шею ретростернально в ортоградном его расположении. Из шейно-медиастинального доступа удален верхнегрудной отдел пищевода и сформирован пищеводно-толстокишечный анастомоз. Спустя год пациент чувствует себя хорошо, проходимость искусственного пищевода удовлетворительная.

Ответы на вопросы. Больные в массе прибавили, диету не соблюдают, анастомозы формировались «конец в конец».

Прения

М.И.Долгоруков. Оставление части пищевода может привести к его малигнизации.

Б.И.Мирошников. С этим нужно согласиться. Но анатомические условия не позволили полностью удалить пищевод.

Н.А.Майстренко (председатель). Достигнуты блестящие результаты в преодолении трудностей, создавшихся во время предыдущих операций. Основной метод лечения стриктур пищевода — бужирование. Мы наблюдаем больного, который проглотил щелочь в четырехлетнем возрасте, прошел бужирование. Сейчас ему 64 года и он чувствует себя хорошо. Я участвовал в операции с проф. Б.И.Мирошниковым по поводу первично-множественного рака желудка и пищевода. Операция прошла без осложнений. Больной жил 3,5 года.

Доклад

Г.И.Синенченко, С.И.Перегулов, А.В.Пирогов (2-я кафедра хирургии усовершенствования врачей Военно-медицинской академии). **Диастатические разрывы ободочной кишки: опыт хирургического лечения.**

В докладе обобщены сведения о 58 больных, оперированных по поводу опухолевой толстокишечной непроходимости с диастатическими разрывами. У 23 больных констатирована IV стадия опухолевого процесса (отдаленные метастазы), у остальных 35 — III стадия. Летальность составила 63,8%. Симптоматические операции при диастатических разрывах ободочной кишки на фоне опухолевой толстокишечной непроходимости почти всегда неуспешны. Поэтому опухоль необходимо удалять во всех случаях, когда технически это выполнимо, за исключением ситуаций, когда диагностируются канцероматоз брюшины, терминальная фаза перитонита или инфекционно-токсический шок. При правосторонней локализации опухоли и диастатического разрыва показана гемиколэктомия с удалением опухоли и области диастатического разрыва и созданием илеотрансверзоанастомоза. При левосторонней локализации опухоли и диастатического разрыва целесообразна обструктивная резекция. При этом диастатические разрывы следует ушить или экстраперитонизировать с формированием цекстомы. В случае левосторонней локализации опухоли и диастатических разрывов правой половины ободочной кишки допустимо выполнение расширенных операций, вплоть до субтотальной колэктомии.

Ответы на вопросы. Срок от появления признаков непроходимости до операции — от 2 до 8 сут. Время предоперационной подготовки — 2 ч. Основная причина смерти — полиорганная недостаточность. Лапаростомию не применяли. В клинике характерно уменьшение боли и количества уровней жидкости на рентгенограмме. Трансназальная декомпрессия применялась во всех наблюдениях, не только ортоградная трансназальная, но и ретроградная. Пневмония была у 7 больных, связать ее с интубацией кишечника нельзя, она была и до операции.

Прения

Ю.В.Плотников. Удачно выбрана проблема, до сих пор остающаяся одной из самых трудных в абдоминальной хирургии. Правильно подчеркнута необходимость одномоментного устранения опухоли и явлений непроходимости. Нужно согласиться с необходимостью резекции правой половины ободочной кишки с илеотрансверзоанастомозом при локализации опухоли и разрыва в правой половине ободочной кишки. При локализации опухоли в левой половине, а разрыва в правой следует оставить всякие ушивания, цекстомии и

прочее. Только субтотальная колэктомия должна становиться операцией выбора. Обширный объем операции — кажущийся. При общей летальности 63,8% у авторов доклада после этой операции умерли 2 из 6 (33%) больных, а по материалам клиники хирургических болезней с курсом детской хирургии СПбГМА — 4 из 20 (20%). Декомпрессия обязательна, но не столько трансназальная, сколько через удаляемый препарат. Дискуссионным вопросом остается формирование первичного анастомоза после этой операции.

С.В.Васильев. Опухоль надо стараться убрать. При правосторонней локализации опухолей типовая операция — резекция правой половины ободочной кишки. Интубацию тонкой кишки нельзя делать всем. При хорошей декомпрессии тонкой кишки ушивание разрывов возможно. При локализации опухоли слева субтотальная колэктомия имеет свои недостатки. Мы имеем опыт 40 таких операций. Стандартная операция — типа Гартмана.

Г.И.Синенченко. Положительный эффект мы видим от интубации и дренирования тонкой кишки. Показания к любому анастомозу в этих условиях надо ставить осторожно.

Н.А.Майстренко (председатель). Рассмотрена актуальная проблема. Онкологи с ней не сталкиваются. Больные геронтологического профиля. Нужны критерии — когда нужна субтотальная колэктомия; когда можно формировать анастомоз, когда нельзя, когда нужно интубировать и дренировать тонкую кишку, когда нельзя. У всех этих больных еще до перфорации имеется перитонит вследствие транслокации микробов. Порочный метод — цекостомия. Если при правосторонней локализации опухолей допустимо создание анастомоза, то при левосторонней — надо задумываться. При множественных разрывах, перитоните возможна лапаростомия. Тактика похожа на тактику при брюшнотифозных перфорациях, где мысли о резекции кишки редко приходят в голову.

Поступил в редакцию 14.07.2008 г.

2314-е заседание 27.03.2008 г.

Председатель — П.К.Яблонский

Демонстрации

1. К.В.Павелец, Н.Ю.Коханенко, Ю.Н.Ширяев, С.Б.Кондаков (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова СПбГПМА, Мариинская больница). **Вариант симультанного хирургического лечения рака грудного отдела пищевода, язвенного стеноза двенадцатиперстной кишки и желчнокаменной болезни.**

Больной Р., 78 лет, поступил в клинику 27.11.2006 г. с жалобами на затруднение глотания (с трудом проходила жидкость), резкую слабость, похудение. В анамнезе — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ДПК), хронический бронхит. При обследовании выявлен рак нижней и средней третей грудного отдела пищевода. При ультразвуковом исследовании обнаружены холестероз стенки желчного пузыря и камень диаметром 18 мм в его просвете. После двухнедельной подготовки, заключавшейся в инфузионной терапии и частичном парентеральном питании, пациент был оперирован. После лапаротомии выявлен значительный рубцовый язвенный стеноз (сужение около 0,5 см) луковицы ДПК. Желчный пузырь рубцово изменен, в просвете — камень около 15 мм в диаметре, общий желчный проток расширен до 11 мм. Выполнена холецистэктомия с ревизией и глухим швом общего

желчного протока. Конкрементов не обнаружено, проходимость его терминального отдела удовлетворительная. ДПК мобилизована по Кохеру. Сформирован желудочный трансплантат с сохранением интраорганного кровоснабжения, затем — поперечный гастродуоденоанастомоз (ГДА). Внутривисцеральная лимфодиссекция в объеме D2. Правосторонняя торакотомия в пятом межреберье. Пищевод с опухолью и регионарными лимфатическими узлами резецирован. Перевязан грудной лимфатический проток на уровне пищеводного отверстия диафрагмы и непарной вены. Сформирован пищеводно-желудочный анастомоз по К.Н.Цацаниди в куполе плевральной полости. Длительность операции составила 4 ч 35 мин. В послеоперационном периоде в течение нескольких дней отмечалось выделение небольшого количества желчи по дренажу. Выписан на 16-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Гистологическое заключение: плоскоклеточный ороговевающий рак пищевода, прорастающий все слои его стенки, без метастазов в регионарные лимфатические узлы (T3N0M0); хронический холецистит. Осмотрен в клинике через год. Жалоб практически не предъявляет. Диету не соблюдает. Чувствует себя хорошо. Рентгенологически: пищеводно-желудочный анастомоз и ГДА свободно проходимы, перистальтика трансплантата активная, эвакуация свободная. Признаков рецидива опухоли нет.

Ответы на вопросы. Клинических признаков язвенной или желчнокаменной болезни в анамнезе не было. До операции болел около 6 мес. УЗИ до операции выявило расширение общего желчного протока. Операцию начали с лапаротомии и формирования желудочного трансплантата на левой желудочно-сальниковой артерии. Желудок не был увеличен в размерах. Интраоперационную холангиографию не делали из-за положения больного на операционном столе на левом боку. От опухоли в проксимальном направлении отступили 6 см. Гистологически исследованы 8 лимфатических узлов. Больной прибавил в массе тела 10 кг. После операции МРТ не производилась. Химиотерапия не предлагалась.

Прения

Д.А.Гранов. Первичный глухой шов общего желчного протока мы также делаем, но рекомендовать его молодым хирургам пока не можем.

Н.А.Майстренко. Нужно обратить внимание на необходимость достаточного объема выполняемых до операции исследований.

П.К.Яблонский (председатель). Возможность хирургов возросла. Здесь реализован принцип оптимальной последовательности операции, предложенный Б.И.Мирошниковым — начинать сразу с лапаротомии. Симультанность операции рискованна. Она допустима лишь опытными руками.

2. Н.И.Глушков, Г.М.Горбунов, А.В.Скородумов, С.В.Опенченко (кафедра общей хирургии СПбМАПО). **Оперативное лечение гигантской забрюшинной гемангиоэндотелиомы.**

Пациент Г., 62 лет, поступил в Госпиталь для ветеранов войн 22.10.2007 г. в плановом порядке с жалобами на увеличение живота, появление одышки, изжогу. Отмечал постепенное увеличение размеров живота в течение 10 лет. Работает электриком. Проходил профилактические осмотры, на которых описанные выше изменения связывали с ожирением. В течение последнего года стала нарастать

одышка, появились изжога и дискомфорт в мезогастрии. Удовлетворительного питания, кожные покровы физиологической окраски, со стороны кардиореспираторной системы без особенностей. Живот резко увеличен в размерах, мягкий, безболезненный, над всей поверхностью отмечается притупление перкуторного тона. Лабораторные показатели в пределах нормы. По данным УЗИ и спиральной компьютерной томографии брюшной полости, выявлена гигантская многокамерная киста, выполняющая всю брюшную полость, не имеющая четкой органной принадлежности. Под контролем УЗИ 25.10.2007 г. выполнена пункция образования, получено до 5 л светло-желтой, прозрачной жидкости. При цитологическом исследовании атипичных клеток не выявлено, по биохимическому составу жидкость соответствовала плазме. 10.12.2007 г. выполнена лапаротомия. Брыжейка поперечной ободочной кишки и задняя стенка тела желудка распластаны на кисте. После выделения кисты установлено, что питающим её сосудом является средняя толстокишечная артерия. Последняя перевязана и это потребовало произвести частичную резекцию поперечной ободочной кишки. Произведены удаление гигантской кисты и резекция участка поперечной ободочной кишки. Гладкое послеоперационное течение. Препарат: стенка кисты толщиной до 2 см, малинового цвета, содержит большое количество сосудов. В просвете серозная жидкость в объеме 3 л и небольшое количество слизи. Гистологическое заключение: забрюшинная гемангиоэндотелиома (препарат консультирован проф. Э.Л.Нейштадтом). Послеоперационный период протекал без осложнений.

Ответы на вопросы. Травм живота не было. Эхинококк был исключен. Состав жидкости соответствовал плазме.

П.К.Яблонский (председатель). Заболевание редкое. Тактическое решение верное. Жидкость была исследована до операции и паразитарная природа исключена. К сожалению, ни макро-, ни микроскопическое исследование не могут исключить злокачественный характер опухоли. Если киста питалась из средней ободочной артерии, то это киста брыжейки, а не забрюшинного пространства. Иммуногистохимическое исследование подобных опухолей обязательно. Хотелось бы узнать отдаленный результат.

Доклад

С.В.Васильев, Д.Е.Попов, В.В.Дудка, З.Д.Чания, С.Н.Соболева, И.М.Иткин (кафедра хирургических болезней с курсом колопроктологии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, СПбГУЗ «Городская больница № 9», Городской колопроктологический центр). **Современный подход к хирургическому лечению хронического геморроя.**

Геморрой — чрезвычайно распространенное заболевание. Заболеваемость геморроем достигает 118–120 на 1000 человек взрослого населения, а удельный вес в структуре колопроктологических заболеваний колеблется в пределах от 34 до 41%. На начальных стадиях заболевания с успехом применяется консервативная терапия, при неэффективности которой могут быть использованы малоинвазивные методы хирургического лечения геморроя. К таким методам относятся склеротерапия, инфракрасная коагуляция, латексное лигирование и шовное лигирование дистальных ветвей геморроидальных артерий под контролем ультразвука. Выбор способа лечения геморроидальной болезни во многом зависит от стадии заболевания, выраженности наружного компонента, особенностей расположения внутренних геморроидальных сплетений, существования сопутствующих заболеваний аноректальной зоны. В докладе освещены прак-

тически все современные методы хирургического лечения геморроя. С 1996 по 2006 г. в клинике прооперированы более 6000 пациентов с применением различных методик геморроидэктомии. Хирургическое вмешательство выполнялось пациентам с III и IV стадией геморроя, а также больным с III–IV стадией при сочетании геморроя с анальной трещиной или хроническим парапроктитом. При выполнении хирургического вмешательства использовались следующие виды аппаратуры: электрокоагулятор ЭФА, электрокоагулятор и аргонно-плазменная установка «ERBE», лазерная установка АЛКОМ (30 Вт), радиоскальпель SURGITRON, ультразвуковой скальпель «ETHICON», линейный и циркулярный степлерные аппараты «ETHICON», установка биполярной аппаратно-контролируемой коагуляции «LIGASURE». В последнее время получает распространение методика циркулярной слизисто-подслизистой резекции участка прямой кишки (операция Лонго) с применением циркулярного степлерного аппарата фирмы «ETHICON». Опираясь на опыт использования различных методик, мы можем обеспечить индивидуальный подход к выбору способа лечения пациентов с хроническим комбинированным геморроем. Мы убеждены в том, что хирургическое лечение этой категории больных должно проводиться только в адекватно оснащенных специализированных учреждениях.

Ответы на вопросы. Эмболизация прямокишечных артерий теоретически возможна, но технически слишком сложна. Проблемы возникают у больных с гемофилией, портальной гипертензией. Стриктуры возникают чаще после закрытых методик, операции Уайтхеда. Их профилактикой является сохранение кожно-слизистых мостиков, хорошее оборудование. Двухэтапное лечение не применялось. Закрытые методики менее предпочтительны. Малоинвазивные методики могут быть окончательными в 50–60%. Рецидивы при них возникают чаще. Латексное лигирование применяется в 10–15%. Осложнения наблюдаются у 30–40 больных в год. Обезболивание — чаще внутривенный наркоз. При рецидивах применяем шовное лигирование, иссечение узлов, операцию Миллигана–Моргана. Операцию с помощью аппарата «LigaSure» применяем только при одиночных узлах. Экстренно оперировать при тромбозе узлов не надо. После операции Миллигана–Моргана рецидивы возможны в 5–7%. Шовный материал — предпочтительнее кетгут, викрил — 2–3/0. Тампоны после операции ставим. Латексное лигирование рекомендуем при II стадии, при III–IV — операцию Миллигана–Моргана.

Прения

И.А.Нечай. Интерес к проблеме возник в связи с расширением новых технологий. Радикально излечиваются с помощью малоинвазивных технологий только 10–15% больных, там, где возможно и консервативное лечение. Показания к оперативному лечению зависят от стадии и анатомических особенностей больного. Тучным мужчинам с выраженным сфинктерным аппаратом, где возможен гипертонус, нужна открытая методика со сфинктеротомией. Использование аппарата «LigaSure» может сопровождаться выраженным болевым синдромом, образованием трещин.

П.К.Яблонский (председатель). На собраниях общества мы чаще обсуждаем хирургию высокого риска, но здесь обсуждалось качество жизни больных. Нужен протокол ведения больных с геморроем в Санкт-Петербурге, подлежит упорядочиванию сонм новых технологий.

Поступил в редакцию 14.07.2008 г.

2315-е заседание 09.04.2008 г.*Председатель* — Г.И.Синенченко**Демонстрации**

1. Д.Ю.Семенов, Л.В.Поташов, А.Ю.Цибин, А.А.Ребров (кафедра общей хирургии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова). **Опыт применения эндовидеохирургии при лечении больной с компрессионным стенозом чревного ствола.**

Больная Ф., 21 года, находилась на лечении в клинике общей хирургии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова в марте-апреле 2007 г. с диагнозом: компрессионный стеноз чревного ствола. Больная астеничного телосложения, поступила с жалобами на периодически возникающие боли в верхних отделах живота. Болевой синдром беспокоил на протяжении последних 4 лет, отмечалась четкая взаимосвязь болей с приемом пищи, минимальной физической нагрузкой. Характерная клиническая картина, конституция больной, отсутствие значимых изменений при обследовании органов брюшной полости позволили заподозрить компрессионный стеноз чревного ствола, что было подтверждено инструментальными исследованиями. При неоднократно выполненных в различных медицинских учреждениях УЗДГ непарных висцеральных артерий выявлены признаки гемодинамически выраженного стеноза чревного ствола. Поставленный диагноз, данные обследования явились показанием к оперативному лечению — декомпрессии чревного ствола. При выполнении оперативного вмешательства был использован эндовидеохирургический метод. Результаты лечения оценены в ближайшем послеоперационном периоде и через 6 мес после операции.

Ответы на вопросы. Продолжительность приступов боли — около 1 ч. Болезнь длилась около 5 лет. В семье таких больных не было. Гистологического исследования каких-либо тканей не производилось. Операция заняла 2,5 ч.

Прения

Л.В.Поташов. Инициаторы изучения проблемы на кафедре — С.М.Курбангалеев и А.М.Игнашов. Изданы монографии. Не все хирурги признают существование этого синдрома. Диагностика болезни основана на возникновении приступов болей неясного происхождения у астенически сложенной молодой женщины. Здесь сложная анатомия со множеством вариантов. Это затрудняет работу хирурга, который должен иметь высокую квалификацию. Операция выполнена Д.Ю.Семеновым практически бескровно, связка диафрагмы пересечена легко. Эстетическая сторона операции вне критики.

Г.И.Синенченко (председатель). Имея прекрасный инструмент, нужно иметь светлую голову. Поздравляем докладчиков.

2. А.В.Павловский, Д.А.Гранов, В.Н.Полысалов, С.В.Шаповал, С.А.Попов, А.К.Рассказов, А.С.Гуло, В.В.Боровик (отдел интервенционной радиологии и оперативной хирургии ФГУ РНЦ РХТ Росмедтехнологий). **Лечение панкреонекроза и его осложнений у больного с опухолью головки поджелудочной железы.**

Пациенту М., 51 года, по поводу высококодифференцированного рака головки поджелудочной железы T2N0M0 была выполнена предоперационная масляная химиоэмболизация опухоли и через неделю проведена гастропанкреатоуденальная резекция (ГПДР). При ревизии поджелудочной железы

признаков панкреатита не наблюдалось. На 2-е сутки послеоперационного периода наблюдался выраженный болевой синдром, зарегистрировано снижение уровня амилазы и ионизированного кальция сыворотки крови. В последующем стали нарастать явления интоксикации, лейкоцитоз, сдвиг в лейкоцитарной формуле влево. На 10-е сутки, в связи с появлением клинических признаков перитонита, выполнена релапаротомия. При ревизии обнаружены некроз тела и хвоста поджелудочной железы, множественные стеатонекрозы, разлитой перитонит. Произведены панкреатэктомия, спленэктомия, резекция петли тонкой кишки с дефектом панкреатикоэнтероанастомоза, санация и дренирование брюшной полости. Больной находился в клинике 3 мес (99 дней). Он перенес еще четыре полостных вмешательства: в связи с множественными перфоративными язвами культи желудка — зашивание перфоративного дефекта, а затем резекцию большой кривизны желудка, зашивание перфорации толстой кишки, санацию и дренирование правостороннего поддиафрагмального абсцесса. Получал заместительную терапию сахарного диабета. Послеоперационная рана зажила. Толстокишечный свищ закрылся под вторично наложенными швами. В настоящее время состояние удовлетворительное. Работает по специальности. При обследовании через 14 мес от начала лечения признаков прогрессирования опухоли не обнаружено.

Ответы на вопросы. Причина панкреонекроза осталась невыясненной. Связать его с химиоэмболизацией нельзя. Сейчас больной принимает креон и получает инсулин — 25 ЕД/сут. Адьювантную терапию не проводили. Она будет проведена лишь при прогрессировании заболевания. Операция длилась 5,5 ч. Порядок формирования анастомозов: панкреатоюно-, гепатикоеюно-, гастроеюно-, межикишечный. Релапаротомия была обусловлена клиникой перитонита. Иммуногистохимическое исследование проводилось.

Г.И.Синенченко (председатель). Здесь были два заболевания: рак поджелудочной железы и панкреонекроз, с которыми хирургам удалось справиться.

Доклад

Д.А.Гранов, А.В.Павловский, П.К.Таразов, А.С.Гуло, С.В.Шаповал, С.А.Попов, Н.Н.Верясова (отдел интервенционной радиологии и оперативной хирургии ФГУ РНЦ РХТ Росмедтехнологий). **Опыт комбинированного лечения рака поджелудочной железы с использованием пред- и послеоперационной внутриартериальной химиотерапии.**

Основным методом лечения рака поджелудочной железы является радикальная операция, однако удельный вес резектабельных случаев резко снижен (5–15%). Стандартным отдаленным результатом выживаемость остается 1 год. Чаще всего рецидив заболевания развивается в области ложа удаленной железы и в лимфатических узлах (69–72%), в виде метастатического поражения печени (58–62%), брюшины (38–42%), поражения костного мозга и легких (25–27%). Комбинированное лечение рака дает лучшие результаты, чем отдельно взятые методы. При резистентной к лечению опухоли — аденокарциноме — возможности такой тактики ограничены обычно плохим общим статусом больного и необходимостью применения высокоинтенсивных противоопухолевых методов воздействия. Регионарное введение химиопрепаратов снижает проявления системной токсичности и тем самым расширяет возможности совместного применения с другими методами противоопухолевого лечения. С 2002 по 2007 г. комбинированное лечение получили 36 больных

с операбельным раком поджелудочной железы. Лечение включало неoadъювантную внутриартериальную масляную химиоэмболизацию рака поджелудочной железы, ГПДР и шесть курсов адъювантной внутриартериальной химиоинфузии. Химиоэмболизацию проводили путем селективного введения суспензии гемзара (400 мг/м²) в сверхжидком липидоле в артерии опухоли. Хирургический этап включал ГПДР с лимфодиссекцией. Если находили опухолевые клетки в крае резекции — производили криодеструкцию остатков крючковидного отростка и зоны верхней брыжеечной артерии. Адъювантную внутриартериальную химиотерапию проводили путем инфузии 1000 мг/м² гемзара в чревную артерию или общую печеночную артерию ежемесячно до 6 курсов. Представлен анализ непосредственных и отдаленных результатов проведенного комбинированного лечения. Основными результатами явились хорошая переносимость предоперационной внутриартериальной масляной химиоэмболизации и улучшение отдаленных результатов лечения в виде 2-, 3- и 5-летней выживаемости.

Ответы на вопросы. Фармакокинетику препарата в полной мере не изучали. Известно, что препарат майодил накапливается в лимфатических узлах. Опухоль гиповаскулярна, но не аваскулярна. Поэтому препарат попадает в нее. Ранние формы рака еще не имеют гиперваскуляризации вокруг. Химиоинфузия в большей степени направлена на лечение метастазов в печени, эмболизация — опухоли. Препарат появляется в лимфатических протоках уже через сутки. Необходимый срок до операции и опасность лечения пока нельзя считать уточненными до конца. При обтурационной желтухе лучше оперировать одномоментно. Стентирование, холецистостомия предпочтительнее анастомозов. Чрескожное чреспеченочное дренирование допустимо, но не вполне оправдано с онкологических позиций. Диагностические лапаротомии и интраоперационная ревизия сейчас не оправданы на фоне современных исследований. Нейроэндокринные опухоли оперируем более активно, чем протоковые формы.

Прения

Н.Ю.Коханенко. Рак поджелудочной железы — бич населения Земли. Из 200 больных только у 10 выполняется ГПДР. 5-летняя выживаемость — 5–8%. Чувствительность опухоли к схемам химиотерапии, включающим гемзар или кселоду, не превышает 30%. У 40–60% больных есть микрометастазы в костном мозгу, по брюшине. Панкреонекроз — редкое осложнение ГПДР. Мы наблюдали его у 2 больных среди 500 оперированных еще до 1995 г. Здесь он мог быть связан с эмболизацией, хотя при первой операции признаков не было. Это ишемический генез.

В.М.Саврасов. Все больные должны быть оперированы, если нет ограничений, связанных с преклонным возрастом и тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Опухоль распространяется вдоль сосудов. Без иммуногистохимических методик проводить химиотерапию нельзя. Панкреонекроз может быть только ишемическим.

Б.И.Мирошников. Панкреонекроз — отдельное, редкое осложнение ГПДР. Но оно самое тяжелое. Летальность — 100%. Подобное наблюдение было у нас. У крепкого больного 50 лет после ГПДР наступила желтуха, тяжелая интоксикация, и больной умер. Выздоровление больного говорит о хорошей постановке лечебного дела. Потрачено 99 дней самоотверженного труда. Стоимость лечения астрономическая. Это осложнение не опухоли, а операции. Доклад несколько разочаровал — он преждевременен. Заслуга — в

отборе больных. Больных с опухолями I–II стадии очень мало. Аналогия — рак пищевода. Лимфодиссекция себя не оправдала. Опухоль надо стараться удалить, если она удалима. Мы оперировали больную с распространенным раком поджелудочной железы. Она хорошо перенесла операцию. Через 4 мес обнаружен очаг в печени. Проведена химиотерапия гемзаром. Через 4 мес при лапаротомии метастазов не выявлено. Через 8–10 мес больная умерла от метастазов. Но у нее были светлые периоды в жизни.

Г.И.Синенченко (председатель). Техническая сторона операций решена. Теперь включена химиотерапия с участием майодила. Он сохраняется в лимфатических узлах 2–3 мес, йодолипол — 7–9. Добавление химиотерапии дало возможность получить хотя и кратковременный, но положительный результат.

Поступил в редакцию 14.07.2008 г.

2316-е заседание 23.04.2008 г.

Председатель — Н.А.Майстренко

Демонстрации

1. С.А.Шляпников, Н.Р.Насер, В.В.Федорова (отдел хирургических инфекций НИИ скорой помощи им. И.И.Джanelidze). **Некротизирующий фасциит передней брюшной стенки как осложнение планового оперативного вмешательства на органах малого таза.**

Больная Ч., 57 лет, поступила в стационар 12.11.2004 г. из городской больницы, в которой 02.11.2004 г. ей была выполнена экстирпация матки без придатков. Послеоперационный период осложнился развитием инфекционно-воспалительного процесса в области послеоперационной раны. В отделение хирургических инфекций больная была доставлена в крайне тяжелом состоянии, на ИВЛ. Местно: на передней брюшной стенке имелся поперечный разрез (доступ по Пфанненштилю), продленный до боковых отделов. Верхний кожный лоскут отслоен до основания. Послеоперационная рана занимает всю нижнюю половину передней брюшной стенки. Отсутствуют (ранее иссечены) подкожная жировая клетчатка, фасции, апоневроз, частично мышцы передней брюшной стенки. По краям раны имеются множественные очаги некроза мягких тканей и кожи. Отделяемое из раны сукровичного характера, мягкие ткани области раны с неяркой гиперемией, отечны. В условиях операционной выполнена вторичная хирургическая обработка (ВХО) раны с иссечением нежизнеспособных участков фасции, подкожной клетчатки. Сформулирован диагноз. Основное заболевание: некротический фасциит передней брюшной стенки (операция экстирпация матки без придатков по поводу фибромиомы матки от 02.11.2004 г.; ВХО послеоперационной раны от 09.11., 10.11., 11.11.2004 г.). Осложнение. Тяжелый сепсис, респираторный дистресс-синдром. 14.11.2004 г. и 15.11.2004 г. произведены повторные ВХО. Дальнейшее течение послеоперационного периода осложнилось рецидивирующими эвентрациями тонкой кишки через послеоперационный дефект апоневроза и брюшины передней брюшной стенки. Это требовало выполнения ряда повторных оперативных вмешательств по устранению эвентраций. Учитывая невозможность выполнения пластического закрытия дефекта передней брюшной стенки синтетическими материалами из-за имеющегося инфекционного процесса, было спланировано и выполнено следующее оперативное вмешательство (20.11.2004 г.). Поэтапно, после

ушивания дефекта передней брюшной стенки (очередного закрытия эвентрации) и выполнения этапной обработки послеоперационной раны, для создания каркаса и укрепления дефекта апоневроза была произведена кожная пластика послеоперационной раны по Красовитову. Данная методика оперативного вмешательства была предложена для лечения обширных травматических отслоек кожи. Она заключается в иссечении всей отслоившейся при травме кожи с подкожной клетчаткой, удалении подкожно-жировой клетчатки, перфорации и реимплантации кожного лоскута на мышечно-фасциальную рану. После выполнения этой операции больная была переведена на пролонгированную ИВЛ на фоне постоянного введения миорелаксантов и проведения седативной терапии с целью разгрузки передней брюшной стенки и профилактики повторных эвентраций. Проведенная через 9 дней после реимплантации перевязка свидетельствовала о практически полном приживлении лоскута. На 48-е сутки больная была выписана на амбулаторное лечение.

Ответы на вопросы. В 16 лет больная перенесла аппендэктомию. По поводу простудных заболеваний больная часто бесконтрольно принимала различные антибиотики. Показанием к экстирпации матки были неуклонно увеличивающиеся размеры опухоли. Анемии не было. Перед операцией у больной определили очень высокий титр антистрептолизина. Антибактериальная профилактика, скорее всего, не проводилась. Диагноз некротического фасциита поставлен в связи с отчетливыми изменениями фасций. Область некроза при повторных обработках не увеличивалась. Лоскут фиксировался хромированным кетгутом. Анаэробы не исследовались в связи с ограниченными возможностями лаборатории. Упоминаний о применении методики Красовитова в этих условиях в литературе не обнаружено. Сейчас больная носит специальное белье. Грыжи нет. Какую-либо диету не соблюдает. Защитила диссертацию.

2. С.А.Шляпников, Н.Р.Насер, И.С.Ефимова, И.Ф.Оранский (отдел хирургических инфекций НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе). **Некротизирующий целлюлофасцит голени в раннем периоде после травмы.**

Больная Е., 24 лет, переведена в связи с резким ухудшением состояния в стационар 12.10.2003 г. из городской больницы, в которой находилась с 10.10.2003 г. после получения травмы в дорожно-транспортном происшествии. Образовалась скальпированная рана правой голени. При выполнении первичной хирургической обработки рана была промыта растворами антисептиков и тщательно ушита. 11.01 у больной отмечен подъем температуры тела до 38,5 °С, снижение артериального давления и уменьшение количества мочи. При поступлении оперирована в срочном порядке. Выявлена отслойка кожи с подкожно-жировой клетчаткой на площади до 300 см². Лоскут отсечен. Удалена некротизированная клетчатка, произведена ВХО раны. Завершающим этапом операции явилась реимплантация перфорированного лоскута по методике Красовитова. На 10-е сутки отмечено 100% приживление лоскута. В последующем больная наблюдалась в клинике через 1 и 3 мес после операции. Отмечен хороший функциональный и косметический результат.

Ответы на вопросы. Больная не представлена, так как находится дома с 6-недельным ребенком.

Доклад

С.А.Шляпников, Н.Р.Насер, В.В.Федорова, А.Ю.Корольков (отдел хирургических инфекций НИИ скорой помощи

им. И.И.Джанелидзе). **Некротизирующий фасциит: клиника, диагностика, современные подходы к оперативному и консервативному лечению.**

В докладе изложены классификационные признаки некротизирующего фасциита с позиций уровневой классификации Ahrenholz. Представлены современные принципы диагностики, основанные на клинической картине, данных микробиологического исследования, а также на использовании прокальцитонинового теста. Обсуждены вопросы консервативной терапии. Обращено внимание на выбор тактики антибактериальной терапии. Основное внимание в докладе уделено современным подходам к оперативному лечению. Анализ течения заболевания у 21 больного с выполненной пластикой по методике Красовитова в остром периоде позволяет рекомендовать это вмешательство в качестве операции выбора у больных с некротизирующим фасциитом.

Ответы на вопросы. Из 25 подобных больных умер 1. Ошибкой в ходе выбора вмешательства считаем недостаточную тщательность некрэктомии. При этом процесс прогрессирует. Лоскут лучше сразу фиксировать к ране, но можно поддержать сутки в холодильнике. Инфекция в основном эндогенная. Диагноз в основном патологоанатомический. В Санкт-Петербурге есть лишь 2–3 лаборатории, где можно определить анаэробную флору. Поэтому это исследование не всегда доступно. У 17% больных при явной клинической картине анаэробной инфекции микробы не высеваются. Создается городской септический центр.

Прения

М.В.Гринев. Некротизирующий фасциит — состояние, угрожающее жизни. Летальность — не ниже 70%. Единственный достоверный признак — некроз поверхностной фасции. Целлюлит резко отличается от некротического фасциита. Начало острое. Отличают три признака: боль, инфильтрация тканей, высокая температура тела. Источник — не обязательно анаэроб. Стафилококк выбрасывает в кровь много цитокинов. Возникают ишемия органов и полиорганная недостаточность. Из 50 больных у 18 был шок. Из них погибли в течение первых 2 дней 16. Здесь нужен не столько разрез, сколько иссечение. Перед операцией должен быть период 2–3-часовой инфузионной поддержки. Течение может быть молниеносным, поэтому операция должна быть ранней, через 24 ч при повторной операции необходимо иссечение дополнить. Применение методики Красовитова при фасциите теоретически мало обосновано. Год назад вся страна говорила о рядовом С. Возможно, что у него был некротический фасциит, источником которого был фолликулит или потертость на ноге. Литературы очень мало, в основном на английском языке. Мы издали на эту тему монографию.

И.А.Ерехин. Представлена необычная проблема. Создание септических центров себя оправдывает. Пластика по Красовитову — метод достаточно надежный и оправдавший себя в описанных наблюдениях.

С.А.Шляпников. Если имеется отслойка кожи размером больше, чем 15×15 см, то этот лоскут не приживет, если его не фиксировать ко дну раны. Этот опыт шестидесятых помог нам применить эту методику.

Н.А.Майстренко (председатель). Молниеносные формы сепсиса, анаэробная инфекция изучались во ВМедА. Сейчас в дискуссии прозвучали некоторые нотки единства понятий, но тема будет актуальной долго. Операцию части больных можно было сделать лапароскопически. Нам не

хватает клинических морфологов, микробиологов, связывающих клиницистов и работников лабораторий.

Поступил в редакцию 14.07.2008 г.

2317-е заседание 14.05.2008 г.

Председатель — В.П.Земляной

Демонстрации

1. А.М.Гранов, М.И.Генералов, Д.Н.Майстренко, П.Г.Таразов, А.А.Поликарпов, Ф.К.Жеребцов, Д.А.Гранов, П.А.Калашников, Л.А.Красильникова, О.А.Кротова (ФГУ «РНЦРХТ Росмедтехнологий»). **Эндоваскулярное протезирование инфраренальной аневризмы брюшного отдела аорты у пациента с первично-множественным раком.**

Пациент Т., 76 лет, поступил в ФГУ «РНЦРХТ Росмедтехнологий» в июле 2007 г. с диагнозом «Аневризма брюшного отдела аорты (инфраренальный отдел)». В анамнезе первично-множественный рак: желудка Т3N0M0 (резекция желудка по Бильрот-II — 2003 г.); сигмовидной кишки Т3N0M0 (резекция сигмовидной кишки — 2004 г.); культи желудка Т4N0M0 (экстирпация культи желудка — 2006 г.). Имела место прогрессия заболевания — метастатическое поражение легких (атипичная резекция правого и левого легкого — 2007 г.). При контрольном обследовании, по данным ультразвукового исследования (01.2007 г.), выявлена аневризма брюшного отдела аорты, при повторном исследовании (04.2007 г.) отмечено увеличение аневризмы в размерах. По данным спиральной компьютерной томографии (СКТ) от 05.2007 г., обнаружено аневризматическое расширение брюшной аорты на протяжении 5 см, не доходящее до уровня бифуркации аорты. Максимальный диаметр аневризмы составляет 4 см. Данных за метастатическое поражение других органов не получено. Учитывая объем и тяжесть предыдущих оперативных вмешательств, высокий риск интраоперационных осложнений, решено использовать интервенционно-радиологические методики. 06.07.2007 г. выполнено эндоваскулярное протезирование аневризмы брюшного отдела аорты с применением аортального эндопротеза EXCLUDER (Gore, USA). Гладкое послеоперационное течение. По данным СКТ (10.2007 г.), эндопротез проходим, признаков прогрессирования аневризмы нет.

Ответы на вопросы. До операции больной наблюдался 3 мес для подтверждения увеличения размера аневризмы и подбора эндопротеза. По поводу рака желудка и сигмовидной кишки (аденокарцинома) получал химиотерапию по схеме Мэйо. В России к настоящему времени проведено больше 100 таких вмешательств. В составе операционной бригады были ангиохирург и радиолог-интервенционист. Стоимость протеза — около 450 тыс. руб.

Прения

П.К.Яблонский. Демонстрация по установке стента — первая в обществе. Рак желудка и толстой кишки относительно редко метастазируют в легкое (10%), в печень — 90%. Клинической картины аневризмы не было, поэтому время не потеряно. Следует считать, что больному подарили 6 лет жизни.

В.П.Земляной (председатель). Представлена новая медицинская технология у больного с первично-множественным

раком. Оптимальна малоинвазивный подход, но стоимость лечения в настоящее время высока.

2. П.А.Сусла, П.Г.Облапенко, Ю.В.Сумачева, С.В.Лукин, А.Н.Петровский (кафедра общей хирургии ГОУВПО СПб-ГМА им. И.И.Мечникова). **Редкое наблюдение гигантской текафибромы яичника.**

Пациентка Б., 69 лет, госпитализирована в экстренном порядке в клинику 25.04.2007 г. с жалобами на тупые боли в эпигастральной области и правом подреберье, учащенное мочеиспускание. Тупые боли в животе появились за 2 нед до госпитализации. Одновременно заметила уплотнение в животе. При объективном обследовании выявлено плотное, несмещаемое образование в брюшной полости. Диагностирована опухоль брюшной полости неясного генеза. УЗИ органов брюшной полости: от малого таза до мезогастрия лоцируется гипоехогенное образование размером 123×100 мм, неоднородной структуры, с жидкостными включениями (кистома?). УЗИ органов малого таза: в брюшной полости и малом тазу визуализируется гигантское объемное образование, по всей вероятности, жидкостного характера, с эхогенным неоднородным содержимым. Необходимо было дифференцировать между кистой, исходящей из органов малого таза, и кистой брыжейки. КТ: кпереди от матки, выполняя полость всего малого таза и частично брюшной полости, определяется объемное образование неоднородной структуры размером 9×18×20 см, с бугристым контуром. Заключение: образование, вероятно, исходит из яичников (кистома?). Онкомаркеры: СА-125 — 337,14 МЕ/мл; СА-72-4 — 1,75 МЕ/мл. Ирригоскопия: образование брюшной полости, органических изменений толстой кишки не выявлено. Консультация гинеколога: опухоль яичника (злокачественная?). Во время операции обнаружено плотное опухолевидное образование красноватого цвета размером 19×15×9 см, исходящее из атрофированного левого яичника и соединенное с ним тонкой ножкой. Матка размером 8×8 см, с узлами до 1,5 см. Выполнена надвлагалищная ампутация матки с придатками и опухолью левого яичника. На разрезе опухоль напоминает мышечную ткань. Заключение гистологического исследования: гигантская опухоль узловатого вида, построенная по типу текафибромы, с многофокусными расстройствами кровообращения. Послеоперационный период протекал без осложнений, швы сняты на 12-е сутки.

Ответы на вопросы. В операции гинеколог участвовал. Макроскопически предполагалась мезенхимомы.

В.П.Земляной (председатель). Это очень редкая опухоль, при которой может потребоваться экстренная операция в связи с перекрутом и некрозом. Участие гинеколога в операции необходимо и полезно, причем не столько из-за технических, сколько из-за юридических трудностей.

Доклад

М.В.Ромашкин-Тиманов, Г.И.Синенченко, А.А.Курыгин, В.Г.Вербцкий [2-я кафедра хирургии (усовершенствования врачей) Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова]. **Особенности хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами с использованием сетчатых синтетических эксплантантов.**

Доклад основан на результатах хирургического лечения 339 больных с послеоперационными вентральными грыжами, оперированных на 2-й кафедре хирургии усовершенствования врачей Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова и в Санкт-Петербургском научно-исследовательском инс-

титуте скорой помощи им. И.И.Джанелидзе в период с 2000 по 2006 г. Приведены особенности операций с различными способами расположения сетчатого полипропиленового эксплантата, а также ближайшие и отдаленные результаты лечения.

Ответы на вопросы. Поливалентную аллергию у одной больной вызвал материал «Эсфил». В подавляющем числе эксплантаты фиксировались однорядным непрерывным швом полипропиленовой нитью. При подопоневротическом расположении эксплантата натяжения швов и сером не наблюдали. Свищи наблюдались тогда, когда не использовалась нить из полипропилена. Гистологические исследования проводились у больных, оперированных по другим причинам (экстренно). Контрольная группа включала больных, оперированных до применения сеток (до 2004 г.). Внутрибрюшное давление не измеряли. Гигантских грыж было 14. Операций типа Рамиреса не проводили. Размер ячеек сетки не учитывался.

Прения

А.В.Растегаев. Нельзя пользоваться только сетками. Их применение сопровождается меньшим процентом рецидивов, но большей частотой сером и других осложнений. Выбор должен основываться на учете факторов риска появления

осложнений и рецидива. Необходимо учитывать внутрибрюшное давление.

А.А.Гостевской. Протезы лучше, чем аутопластика, но болезнь продолжается. 10% рецидивов возможны после любой пластики грыжи. Абсолютное показание к эндопротезированию — недостаточность соединительной ткани.

С.Д.Тарбаев. Доклад современен. Хотелось бы услышать больше доказательств по поводу выбора пластики, расположения протеза, отношения к клетчатке.

В.П.Земляной (председатель). Количество больных с послеоперационными грыжами увеличивается. Современных хирургов интересуют не только технические вопросы, но и патогенетические особенности. Требуется учитывать анатомические качества организма больного, уровень внутрибрюшного давления, особенно возникающий после пластики грыжи. Ассоциация герниологов России готовит рекомендации. Сетчатые эндопротезы — стандарт, но какие из них лучше по материалу, размерам ячеек, порозности? Классификация грыж предложена в Мадриде в 1999 г. (SWR), где грыжа оценивается по локализации, размеру и числу рецидивов. Задачами последующих исследований должен стать выбор оптимального расположения эндопротеза.

Поступил в редакцию 14.07.2008 г.