

ДЕМОНСТРАЦИЯ

К.В. Павелец^{1,2}, М.В. Антипова², Д.С. Русанов^{1,2}, М.К. Павелец^{1,2}, С.А. Калюжный^{1,2}

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНО СУЩЕСТВОВАВШЕЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ РУБЦОВОЙ СТРИКТУРЫ ПИЩЕВОДА

¹ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, кафедра факультетской хирургии имени проф. А.А. Русанова (зав. кафедрой - проф. Коханенко Н.Ю.)

²СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» (гл. врач - проф. Емельянов О.В.)

Больной Л., 70 лет, 18.02.2019 г. поступил в 6 х/о Мариинской больницы, в плановом порядке, с жалобами на полную дисфагию, похудание до 15 кг за последние 2 года. Из анамнеза известно, что в сентябре 2017 г. пациент находился в одном из стационаров города с диагнозом синдром Бургаве, где получал консервативную и миниинвазивную терапию с полным выздоровлением. Однако впоследствии, через 2 мес. пациент стал отмечать вышеописанные жалобы. При рентгеноскопии пищевода выявлена рубцовая стриктура нижней трети, протяженностью 3,5 см, диаметром до 1 мм, в связи с чем принято решение об эндоскопическом бужировании по струне-направителю. По данным ФГДС на 38 см от резцов рубцовая стриктура пищевода, после сеанса бужирования тонкий эндоскоп проведен в желудок – отмечаются эндоскопические признаки фиксированной кардиофундальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. В период с декабря 2017 г. по январь 2019 г. пациенту выполнено 18 сеансов бужирования до 30 бужа, с незначительным клиническим эффектом. «Безрецидивный период» дисфагии составлял в среднем $2\pm 1,5$ недели. Неоднократно, в ходе сеансов бужирования выполнялась биопсия, данных за опухолевый процесс не выявлено. Сопутствующая патология: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Гипертоническая болезнь II ст. В связи с неэффективностью бужирования, неудовлетворенности качеством жизни пациента, высоким риском малигнизации, 19.02.2019 г., выполнена операция – субтотальная резекция пищевода с пластикой желудочным трансплантатом и формированием ЭГА по К.Н. Цацаниди на уровне дуги аорты. При ревизии выявлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы с расширением до 7,0 см, рубцовая стриктура в нижней трети пищевода, диаметром до 1 мм, протяженностью до 5,0 см. Гистологическое заключение: тотальный фиброз стенки пищевода, опухолевых клеток не выявлено. Послеоперационный период протекал без особенностей. При контрольной рентгеноскопии на 6 сутки ЭГА состоятелен, пассаж бариевой взвеси по ЖКТ не нарушен. Рана зажила первичным натяжением. Дренажи из плевральной и брюшной полостей, а также назогастральный зонд удалены на 6 сутки п/о. Выписан в удовлетворительном состоянии на 10 сутки п/о в удовлетворительном состоянии, обслуживает себя самостоятельно.

Цель: показать исход миниинвазивного синдрома Бургаве с формированием рубцовой стриктуры пищевода, и вариант ее хирургического лечения, рефрактерной к другим методикам лечения.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*К.В. Павелец^{1,2}, М.К. Павелец^{1,2}, С.А. Калюжный^{1,2}, А.Х. Зихов², А.С. Гладской²,
Д.С. Русанов^{1,2}*

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ОПЕРАЦИЯ У ПАЦИЕНТА СО СФОРМИРОВАННЫМ ЭЗОФАГОКОЛОАНАСТОМОЗОМ НА ФОНЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ

*¹ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, кафедра факультетской хирургии
имени проф. А.А. Русанова (зав. кафедрой - проф. Коханенко Н.Ю.)*

²СПб ГБУЗ «Городская Маршинская больница» (гл. врач - проф. Емельянов О.В.)

Больной Е., 28 лет, поступил в 6 хирургическое отделение Мариинской больницы для проведения реконструктивного хирургического вмешательства. Из анамнеза известно, что при рождении у больного диагностированы множественные пороки развития: атрезия пищевода с неполным трахеопищеводным свищем, врожденный порок сердца (дефект межжелудочковой перегородки), водянка яичек, явления аспирационной пневмонии. В связи с нарушением пассажа по желудочно-кишечному тракту в качестве первого этапа хирургического лечения 14.06.1990 г. сформирована двойная эзофагостома, 27.06.1990 г. – гастростома. В качестве второго этапа лечения в 1991 г. больному выполнено восстановление естественного пассажа пищи с использованием поперечного отдела толстой кишки из правосторонней ретростеральной торакотомии. В последующем, стал отмечать периодически возникающие изжоги, отрыжки, периодические срыгивания, чувство тяжести после приема пищи, на протяжении многих лет неоднократно находился на лечении в различных стационарах города с аспирационными пневмониями различной степени тяжести. Обращался к гастроэнтерологу, пульмонологу по месту жительства в социальные и частные медицинские учреждения, все рекомендации выполнял. Не смотря на строгое выполнение указанных предписаний симптоматика сохранялась, в связи с чем обратился в 6 хирургическое отделение, где прошел обследование с последующим принятием решения о возможности проведения реконструктивного оперативного вмешательства. С учетом вышеуказанного, в ноябре выполнено оперативное вмешательство в объеме правосторонней передне-боковой торакотомии, с намерением выделить толстокишечный трансплантат. Из протокола операции: «...правосторонняя передне-боковая торакотомия с вовлечением старого послеоперационного рубца (Разобщение пищеводно-трахеального свища с последующей толстокишечной пластикой 1991 г.). Плевральная полость заращена. Острым путем правое легкое выделено из сращений. При ревизии правой плевральной полости отмечается отсутствие толстокишечного трансплантата ретростерально и внутривнутриплеврально...». Протоколы оперативных вмешательств выполненных в детстве отсутствуют. Со слов родителей была выполнена ретростеральная толстокишечная пластика. Однако, учитывая операционные находки, по-видимому, имела место транспозиция трансплантата влево, который с течением времени значительно увеличился в размерах и сместился в левую плевральную полость. Таким образом, выполнить реконструктивное оперативное вмешательство из правостороннего имеющегося доступа не представлялось возможным. Больной выписан в

стабильном состоянии на амбулаторный этап лечения. В связи с сохранением симптоматики толстокишечно-пищеводного рефлюкса и, как следствие, частыми обострениями бронхита и пневмонии (последнее обострение бронхита – январь 2019 г.) пациент повторно поступил в 6 хирургическое отделение для проведения реконструктивной операции.

С учетом ранее выявленных интраоперационных находок, 25.02.2019 г. из левостороннего торако-абдоминального доступа выполнена реконструкция кологастроанастомоза. Выдержка из протокола операции: «...преимущественно острым путем, толстокишечный трансплантат выделен из сращений от купола левой плевральной полости до верхнего этажа брюшной полости, без повреждения сосудистой ножки трансплантата. После мобилизации сложилось впечатление, о том что в младенческом возрасте, выполнена ретростеральная пластика поперечным отделом ободочной кишки. Идентифицированы правая и левая половины толстой кишки. Желудок деформирован за счет ранее сформированных гастростом и кологастрального анастомоза. В сложившихся условиях, было решено во избежание повреждения сосудистой ножки толстокишечного трансплантата, избыток последнего не резецировать, а максимально низведя и выпрямив трансплантат из поперечного отдела вшить в переднюю стенку желудка в проекции антрального отдела, что и было сделано с проведением декомпрессионного зонда в желудок, через сформированный анастомоз.

Послеоперационный период осложнился развитием двусторонней полисегментарной пневмонии, перихондритом. На фоне проводимой терапии осложнения регрессировали, однако, диагностирована несостоятельность шва хрящей реберной дуги – наложены вторичные швы. В настоящее время больной не лихорадит, ранее указанные жалобы не отмечает, послеоперационная рана в области реберной дуги заживает вторичным натяжением.

Цель демонстрации: обсудить тактику хирургического лечения рефлюкс-эзофагита при наличии эзофагоколоанастомоза, сформированного на фоне атрезии пищевода.

ДОКЛАД

*А.Ф. Романчишен¹, А.В. Гостимский², А.Л. Акинчев¹, И.В. Карпатский²,
З.С. Матвеева¹, К.В. Вабалайте¹*

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ОПАСНОСТЬ РЕЦИДИВНОГО ЗОБА

*ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, ¹кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии и ВПХ (зав. кафедрой д.м.н. проф. Романчишен А.Ф.),
²кафедра общей медицинской практики (зав. кафедрой д.м.н. проф. Гостимский А.В.)*

При ретроспективном анализе группы, состоявшей из 1106 больных рецидивным зобом, оперированных в Санкт-Петербургском Центре эндокринной хирургии и онкологии в период с 1973 по 2016 гг., новое заболевание тиреоидного остатка выявлено в 156 (14,1 %) наблюдениях. Рак щитовидной железы (ЩЖ) в тиреоидном остатке выявлен в 57 (36,5 %) случаях или 5,2 % от всех больных рецидивным зобом. В работе выполнена оценка риска злокачественного поражения тиреоидного остатка у больных рецидивным

зобом, обоснована хирургическая тактика лечения этой группы больных. Выявлено, что в условиях многоузловой трансформации тиреоидного остатка, изменения топографо-анатомических соотношений и рубцевания в зоне предыдущей операции, возможности тонкоигольной аспирационной биопсии резко снижаются. Несмотря на многочисленные публикации о высоком риске повторных хирургических вмешательств, уровень послеоперационных осложнений у этих больных оказался не высоким. В группе из 58 больных односторонний парез гортани отмечен лишь в 1 случае, послеоперационное кровотечение возникло тоже у 1 одной пациентки. Учитывая небольшой объем выборки, уровень осложнений дополнительно изучен в общей группе больных рецидивным зобом. Односторонняя травма возвратного нерва выявлена в 3,21 %, двусторонняя – в 0,83 %, кровотечение – в 1,04 %.

Заключение. Таким образом, активная хирургическая тактика при выявлении многоузловой трансформации тиреоидного остатка является оправданной. Операцией выбора следует считать резекцию ЩЖ до объема тиреоидэктомии.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*М.Д. Ханевич¹, П.Н. Ромащенко², Ал.А. Курыгин², Н.А. Майстренко², В.В. Семенов²,
А.В. Хазов¹, Г.Н. Хрыков², А.А. Мамошин², М.Х. Фридман¹, Э.А. Каливо¹, В.И. Гилинский¹,
В.Б. Грибанов¹, Т.А. Архипченко¹*

СИМУЛЬТАННАЯ ОПЕРАЦИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С МНОЖЕСТВЕННЫМ СОЧЕТАННЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

*¹СПБГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер» (гл. врач - проф.
Топузов Э.Э.)*

*²ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова», кафедра и
клиника факультетской хирургии имени С.П. Федорова (нач. кафедры – член-корр.
РАН проф. Ромащенко П.Н.)*

Пациентка М., 68 лет, поступила в плановом порядке на онкоколопроктологическое отделение Городского онкодиспансера 28.02.2019 г. с жалобами на периодические запоры, боли в правых отделах живота, общую слабость. Из анамнеза заболевания известно, что подобные жалобы начали беспокоить пациентку около полугода назад. По данным обследования: при ФКС выявлена блюдцеобразная опухоль слепой кишки размерами 2,0x1,5 см; гистологическое заключение - высокодифференцированная аденокарцинома. По данным обзорной рентгенографии груди и КТ живота данных за отдаленное метастазирование нет. Также выявлены признаки желчнокаменной болезни, хронического калькулезного холецистита с наличием мелких конкрементов в желчном пузыре, киста SII печени, киста правой почки (Bosniak I). Кроме того по данным МРТ малого таза выявлено кистозно-солидное объемное образование малого таза, миома матки и кистозные образования обоих яичников. Больная оценена по шкалам PACE и Charlson, установлена функциональная операбельность и операционные риски. 12.03.2019 г. выполнена лапароскопически-ассистированная правосторонняя гемиколэктомия, лапароскопическая холецистэктомия, пангистерэктомия и удаление внеоргannого образования малого таза. Интраоперационно основные этапы вмешательства прошли без особенностей. При биопсии образования малого таза получено густое творожистое отделяемое. Образование удалено в пределах здоровых тканей. Послеоперационный период протекал без осложнений. Гистологическое заключение удаленных препаратов: 1) умереннодифференцированная аденокарцинома слепой кишки с инвазией во внутренний мышечный слой стенки кишки и периневральной инвазией, pT2N0M0R0, I стадия; 2) желчный пузырь с признаками хронического воспаления; 3) матка с интрамуральной фибромиомой, в обоих яичниках простые кисты; 4) эпидермоидная киста, удалена в пределах здоровых тканей.

Цель демонстрации – показать обоснованность выполнения большого симультанного оперативного вмешательства у онкологического пациента старшей возрастной группы по поводу сочетанного хирургического заболевания.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*М.Д. Ханевич, Н.Ю. Антимоник Н.Ю., М.С. Диникин, С.М. Ваикуров,
Р.В. Фадеев, Ю.А. Гуляев, Е.Ю. Афанасьева*

ПОВТОРНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТКИ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

*СПбГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер» (гл. врач – проф.
Толузов Э.Э.)*

Повторные хирургические вмешательства на печени у пациентов с метастазами колоректального рака всегда сопряжены с техническими трудностями, это обусловлено спаечным процессом после предыдущих операций, ограниченными возможностями резекционных вмешательств на единственной доле печени, снижением функциональных резервов печени, выполнением операции после неоднократных циклов полихимиотерапии. Однако, несмотря на все вышеуказанные сложности, только хирургическое удаление метастазов из печени позволяет достигать стойких и положительных показателей выживаемости.

Пациентка К., 60 лет, в анамнезе – карциноид левого легкого pT1N0M0 в 2008 г. левосторонняя пневмонэктомия. В сентябре 2016 г. выявлен рак селезеночного изгиба толстой кишки pT3N1bM1(pulm, hep) IVст. По этому поводу 04.10.2016 г. произведена расширенная левосторонняя гемиколэктомия. Гистология № 74062-085 – аденоCa G2, в 2 из 10 лимфузлов метастазы аденоCa. Пациентка получила 11 циклов ПХТ по схеме FOLFOX. Достигнута стабилизация. При ПЭТ – КТ всего тела от 01.06.2017 г. в правой доле выявлены гиподенсные участки с нечеткими контурами с низкой метаболической активностью (SUV max 2,83). Размеры образований: в S6 32x25 мм, в S7 23x21 мм, в S8 15x12 мм. МРТ брюшной полости от 28.06.2017 г.: два mts очага в S7 печени (22x10 и 20x10 мм), на границе S7 и S6 – 32x28 мм, S2 - 9x6 мм. В S4a, S2, S1-множественные простые кисты до 8 мм, не накапливающие контрастный препарат. Операция от 12.07.2017 г.: анатомическая резекция печени S6,7,8, пластика послеоперационной вентральной грыжи. Гистология № 51763-774: метастазы аденоCa в печени. К-ras – мутация обнаружена. При КТ исследовании брюшной полости в ноябре 2017 г. выявлено прогрессирование – mts в печень, легкие. С ноября 2017 г. по май 2018 г. пациентка получила 12 циклов ПХТ 2 линии FOLFIRI. При КТ груди и живота от 18.05.2018 г. – mts в печени S2 – 29x17 мм, S4 – 18x15 мм (рост), множественные очаговые образования в правом легком max 7 мм. При КТ груди и живота от 27.08.2018 г. – рост mts очагов по сравнению с 18.05.2018 г. С августа 2018 г. по ноябрь 2018 г. получила 6 циклов 3 линии ПХТ (бевацизумаб + FOLFOX). При КТ груди от 31.10.2018 г. – положительная динамика по сравнению с 27.08.2018 г. – уменьшение размеров очагов. МРТ живота от 26.10.2018 г. – уменьшение образований печени: S4 13x12 (был 23x15 мм), S2 18x16 и 24x14 мм (были 26x25 и 36x23 мм). РЭА от 25.12.2018 г. – 7,09 нг/мл. Операция 11.01.2019 г.: лапаротомия, разъединение спаек, атипичная резекция печени S2-3, 3, 4b, 5 + холецистэктомия, МВА mts печени S4a, дренирование холедоха по Керу. Гистология от 18.01.2019 г. №386-398: фрагменты печени с метастазами аденоCa G2 с признаками

патоморфоза IVст. по А.М. Mandard (очаги некрозов от 5-70 %, опухолевые элементы преобладают на фоне фиброза). Края резекции негативные. При контрольном МРТ живота и КТ груди через 6 мес. данных за прогрессирование опухолевого процесса не получено.

Цель демонстрации – показать возможности полихимиотерапии и хирургических вмешательств у пациентов с метастазами колоректального рака.

ДОКЛАД

Е.Н. Рахманова¹, М.М. Ханевич¹, М.Д. Ханевич²

УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ВРАЧЕБНУЮ ОШИБКУ

¹ФГБОУ ВО «Российский государственный университет правосудия», кафедра уголовного права (зав. кафедрой – д.ю.н. Рахманова Е.Н.)

²СПБГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер» (гл. врач - проф. Топузов Э.Э.)

Проблема уголовной ответственности за врачебные ошибки продолжает оставаться сложной и до конца не решённой. Проведённый нами опрос практикующих врачей-хирургов г. Санкт-Петербурга показал высокий удельный вес врачебных ошибок, с одной стороны, и низкий уровень знаний в определении понятия «врачебной ошибки» – с другой. Так, среди 147 опрошенных врачей 90 % респондентов указали, что в своей практике они допускали врачебные ошибки. Из них 35 % сообщили, что допущенная хирургом ошибка ухудшила состояние здоровья пациента, а 15 % респондентов отметили, что вследствие допущенной врачом ошибки во время операции, наступил летальный исход. В тоже время были привлечены к ответственности только 44 % опрошенных. Об уголовной ответственности сообщили 11 врачей. И только один врач указал, что врачебная ошибка, допущенная хирургом, повлекла уголовное наказание.

Следует отметить, что в настоящее время под врачебной ошибкой понимается добросовестное заблуждение врача при выполнении им профессиональных обязанностей. При этом уголовная ответственность за совершение врачебной ошибки может наступить при наличии трёх составляющих: 1) действия врача в конкретном случае являлись объективно неверными; 2) врач в соответствии с образованием и занимаемой должностью не осознавал, хотя должен был осознавать, что его действия являются неверными либо легкомысленно отнесся к возможным последствиям; 3) именно эти действия врача привели к смерти пациента или причинили ему тяжкий вред здоровью.

В Уголовном кодексе Российской Федерации привлечь врачей за подобные действия возможно соответственно по ст. 109 (причинение смерти по неосторожности) и ст. 118 (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности).

Применительно к рассматриваемой группе преступлений речь может идти только о неосторожной форме вины в виде преступного легкомыслия или преступной небрежности. При этом следует подчеркнуть, что, если врач не должен был или не мог предвидеть наступления от своих действий смерти пациента или причинение тяжкого вреда здоровью, то речь следует вести о невиновном причинении вреда. В таком случае согласно ст. 28 УК РФ уголовная ответственность исключается.

Говоря об особенностях уголовной ответственности врачей нельзя не выделить обстоятельства, исключаящие преступность деяния, в частности, обоснованный риск (ст. 41 УК РФ) и крайнюю необходимость (ст. 39 УК РФ). Врачебный риск может считаться правомерным, если рискованные действия врача были вынужденными и направленными на сохранение здоровья и жизни пациента. Главное отличие обоснованного риска от крайней необходимости состоит в том, что при крайней необходимости у врача фактически нет выбора: ради спасения жизни больного. Врач вынужден причинить вред, однако причинённый вред должен быть меньше предотвращённого.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

К.В. Павелец^{1,2}, О.Г. Вавилова^{1,2}, М.К. Павелец^{1,2}, С.А. Калюжный^{1,2}

**ОСЛОЖНЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ-ЛАПАРОТОМНОГО
УСТРАНЕНИЯ СУБТОТАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧНОЙ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО
ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ НА ФОНЕ КОРОТКОГО ПИЩЕВОДА**

*¹ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, кафедра факультетской хирургии
имени проф. А.А. Русанова (зав. кафедрой - проф. Коханенко Н.Ю.)*

²СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» (гл. врач - проф. Емельянов О.В.)

Пациент М., 63 года, переведен в Мариинскую больницу по экстренным показаниям из крупной коммерческой клиники, в крайне тяжелом состоянии на аппарате искусственной вентиляции легких.

Из анамнеза известно, что поступил в клинику в плановом порядке для проведения оперативного вмешательства по поводу субтотальной желудочной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, укорочения пищевода 1 ст. 05.03.2019 г. выполнено оперативное вмешательство в объеме лапароскопии, лапаротомии, крурорафии, ушивания дефекта абдоминального отдела пищевода, фундопликации по Дору. На 2-е сутки послеоперационного периода в связи с инструментальными признаками несостоятельности пищеводно-желудочных швов, клинической картиной подкожной эмфиземы, медиастинита, сепсиса переведен в Мариинскую больницу. По тяжести состояния госпитализирован в отделение хирургической реанимации.

07.03.2019 г. после кратковременной подготовки выполнено оперативное вмешательство из левостороннего торакоабдоминального доступа. Из протокола операции: «...в левой плевральной полости наддиафрагмально определяется шаровидное образование примерными размерами 10x10 см... выявлено, что шаровидное выпячивание, описанное выше, является плотным грыжевым мешком, в котором находится абдоминальный отдел пищевода с перфорационными отверстиями на уровне фиксирующих манжету по Дору узловыми швами. В полости грыжевого мешка около 300 мл содержимого с примесью желудочного отделяемого...». С учетом интраоперационных находок, принято решение о выполнении одномоментной резекции пищевода с пластикой желудочным трансплантатом, дренировании заднего средостения и левой плевральной полости.

Послеоперационный период осложнился двусторонней полисегментарной пневмонией, некоррегируемой артериальной гипертензией, энцефалопатией смешанного генеза в связи, с чем длительное время находился в условиях медикаментозной седации на вспомогательных режимах ИВЛ. На фоне проводимой терапии состояние стабилизировалось.

На 5-е сутки послеоперационного периода удалены дренажи из левой плевральной полости. После контрольного КТ средостения удален дренаж из заднего средостения.

На 7-е сутки послеоперационного периода выполнена контрольная рентгеноскопия с водорастворимым контрастом, получена своевременная эвакуация, затеков контраста не выявлено. Однако, в связи с проводимой седацией начато энтеральное питание через назогастральный зонд. По стабилизации состояния, зонд удален.

На момент выписки больной жалоб активно не предъявлял, не лихорадил, явлений диспепсии не отмечал.

Цель демонстрации: показать необходимость формирования фундопликационной манжеты у пациентов с субтотальными грыжами пищеводного отверстия диафрагмы и коротким пищеводом непосредственно в средостении, обсудить хирургическую тактику.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

К.В. Павелец^{1,2}, М.К. Павелец^{1,2}, С.А. Калюжный^{1,2}, Д.С. Русанов^{1,2}, А.С. Цыпилев¹

РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ФУНДОПЛИКАЦИИ ПО ТУПЕ В ПОЗДНЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

¹ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, кафедра факультетской хирургии имени проф. А.А. Русанова (зав. кафедрой - проф. Коханенко Н.Ю.)

²СПб ГБУЗ «Городская Маршинская больница» (гл. врач - проф. Емельянов О.В.)

Больная С., 60 лет, поступила в Мариинскую больницу в плановом порядке с жалобами на затруднение прохождения твердой пищи по пищеводу, боли за грудиной.

Из анамнеза известно, пациентка длительное время отмечала жалобы, характерные для синдрома диспепсии. С 2016 г. прогрессивное учащение эпизодов изжоги, срыгивания, необходимость возвышенного положения обусловленного активным слюноотечением, срыгиванием во сне. Неоднократно обращалась за медицинской помощью к различным специалистам гастроэнтерологического профиля. Несмотря на соблюдение предписанных рекомендаций, положительный клинический эффект не был достигнут. Учитывая сохранение симптоматики, обратилась за медицинской помощью в Мариинскую больницу. В ходе обследования выявлены признаки кардиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. В последующем 17.01.2017 г. выполнено лапароскопическое устранение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы по Тупе с фиксацией сетчатого протеза. При контрольной рентгеноскопии с сульфатом бария через 1 месяц клинико-инструментальных данных за рецидив не получено.

Через 9 месяцев, 28.11.2018 г. больная повторно обратилась в стационар с вышеуказанными жалобами. В ходе комплексного обследования выявлено инородное тело пищевода на 31-33 см от резцов (полипропиленовый сетчатый трансплантат). Принимая во внимание бесперспективность консервативной терапии, 07.12.2018 г. выполнено оперативное вмешательство из левостороннего косопоперечного доступа в 7-ом межреберье. Из протокола операции: «... в верхнем этаже брюшной полости выраженный рубцово-спаечный процесс, образованный плотным инфильтратом, состоящим из левой доли печени, кардиоэзофагеального перехода, ножек диафрагмы, сетчатого трансплантата, установленного ранее...». Учитывая интраоперационные находки произведена проксимальная резекция желудка с резекцией нижней трети пищевода, атипичной резекцией левой доли печени. Послеоперационный период протекал

без особенностей. При контрольной рентгеноскопии на 6-е сутки получена своевременная эвакуация через зону анастомоза и из желудка, затеков контраста нет - назогастральный зонд удален. Специфических жалоб активно не предъявляла- выписана в стабильном состоянии на 11-е сутки послеоперационного периода. Через 1,5 месяца, повторно госпитализирована в 6 хирургическое отделение Мариинской больницы с клинической картиной дисфагии. В ходе обследования выявлены признаки формирования рубцовой стриктуры эзофагогастроанастомоза. С целью восстановления функции энтерального питания проводились сеансы антеградного форсированного бужирования по струне-направителю и баллонной гидродилатации. Последняя госпитализация в апреле 2019 г. Получен стойкий положительный эффект.

В настоящее время больная жалоб активно не предъявляет, не лихорадит, явлений диспепсии не отмечает.

Цель демонстрации: Показать случай успешного лечения редкого осложнения после лапароскопической фундопликации по Тупе, обсудить вариант хирургической тактики.

ДОКЛАД

Н.А. Майстренко¹, Г.М. Манихас², А.А. Сазонов¹

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА У ПАЦИЕНТОВ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

¹ФГБВОУ ВО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра факультетской хирургии имени С.П. Федорова (нач. кафедры – чл.-корр. РАН проф. Ромащенко П.Н.)

²ФГБВОУ ВО ПСПбГМУ имени акад. И.П. Павлова МЗ РФ, кафедра онкологии (зав. кафедрой – проф. Манихас Г.М.)

Цель. Проанализировать основные проблемные вопросы хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с местнораспространенным раком (МРР) толстой кишки и обосновать целесообразность применения персонализированного подхода к выбору хирургической тактики с комплексной оценкой функциональной операбельности и молекулярно-биологических свойств опухоли.

Материалы и методы. Проведена оценка непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения 236 пациентов с МРР толстой кишки. Проанализирована значимость показателей функциональной операбельности в определении риска развития послеоперационной летальности и осложнений. С помощью иммуногистохимической (ИГХ) диагностики осуществлен анализ молекулярно-биологических свойств опухоли у пациентов различного возраста, а также изучена клиническая значимость отдельных ИГХ маркеров для прогнозирования отдаленных результатов лечения.

Результаты. Всем больным были выполнены радикальные оперативные вмешательства, с удалением пораженных опухолью органов и тканей единым блоком. Развитие послеоперационных осложнений было зафиксировано у 37 % больных

гериатрического профиля и у 28 % пациентов моложе 60 лет. Частота развития «собственно хирургических» осложнений в обеих возрастных группах была сопоставима, в то время, как осложнения, ассоциированные с отягощенностью общесоматического статуса, достоверно чаще встречались у больных гериатрического профиля. Послеоперационная летальность составила 2,1 % (3 случая) у пациентов пожилого и старческого возраста и 1,1 % (1 случай) у больных моложе 60 лет. При анализе факторов риска получены высокие значения сопряженности между наступлением летального исхода и принадлежностью больного к IV группе по шкале ASA, а также между величиной индекса коморбидности Charlson более 7 баллов и развитием послеоперационных осложнений. Показатели общей и безрецидивной трехлетней выживаемости у пациентов гериатрического профиля составили: 63,4 % и 56,5 %. В группе больных молодого и среднего возраста - 67,6 % и 54,4 %, соответственно. В ходе ИГХ исследования установлена прогностическая значимость таких маркеров, как: индекс пролиферативной активности стволовых раковых клеток (ALDH+Ki-67+) и рецептор к хемокинам CXCR4.

Заключение. Залогом реализации положительного потенциала расширенно-комбинированных вмешательств у больных МРР толстой кишки пожилого и старческого возраста является персонифицированный подход к выбору хирургической тактики, который должен носить комплексный характер и включать оценку функциональной операбельности, а также анализ потенциала злокачественности опухоли с использованием современных методик морфологического исследования. Применение данных алгоритмов необходимо для интегральной оценки обоснованности планируемой операции не только с точки зрения безопасности для больного, но и с позиции ее онкологической эффективности.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

П.Н. Ромащенко, Ал.А. Курыгин, Н.А. Майстренко, В.В. Семенов, С.Ю. Полушин, А.А. Удальцов, А.И. Строганов, А.А. Мамошин, С.А. Прудьева

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРИАДЫ СЕЙНТА В СОЧЕТАНИИ С БОЛЬШИМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова», кафедра и клиника факультетской хирургии имени С.П. Федорова (нач. кафедры – член-корр. РАН проф. Ромащенко П.Н.)

Пациент А., 54 года, поступил в клинику факультетской хирургии Военно-медицинской академии в плановом порядке с жалобами на грыжевые выпячивания в области послеоперационных рубцов, а также на тяжесть в правом подреберье после приема жирной пищи и периодическую изжогу. Из анамнеза заболевания известно, что в марте 2018 г. в одном из стационаров города пациенту выполнили операцию по типу Гартмана по поводу перфорации дивертикула сигмовидной кишки. Послеоперационный период осложнился нагноением срединной послеоперационной раны, а также развитием абсцесса левого бокового канала, который был дренирован через отдельный разрез в левой боковой области живота. В последующем у пациента сформировались большая срединная и боковая послеоперационные вентральные грыжи. Вторым этапом в другом стационаре города больному было выполнено восстановление непрерывности толстой кишки, однако от одномоментного устранения послеоперационных вентральных грыж воздержались.

В ноябре 2019 г. пациент обратился в клинику факультетской хирургии Военно-медицинской академии с жалобами на грыжевые выпячивания в области передней и боковой стенок живота. Также установлено, что в течение нескольких лет пациент наблюдается в частном медицинском центре по поводу ГЭРБ, ГПОД, осложненной пищеводом Барретта с кишечной метаплазией. Кроме того имеется желчнокаменная болезнь, однако от операции больной воздерживался.

В нашей клинике первым этапом пациенту выполнено устранение боковой послеоперационной вентральной грыжи по методике «sublay», а также эндоскопическая абляция очагов метаплазии. После контрольной ФГДС 08.04.2019 г. выполнена операция: традиционное устранение ГПОД с фундопликацией по методике Nissen, холецистэктомия, устранение большой послеоперационной вентральной грыжи по методике «sublay». При контрольном обследовании через полгода данных за рецидив ГПОД и послеоперационных вентральных грыж нет.

Цель демонстрации – показать обоснованный этапный хирургический подход в лечении редкого синдрома - триады Сейнта в сочетании с послеоперационными вентральными грыжами.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

А.С. Шаповалов^{1,2}, А.В. Светликов^{1,2}, Л.Э. Иштулаева^{1,2}

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИЛИОФЕМОРАЛЬНОГО ТРОМБОЗА С СИНДРОМОМ МЕЯ-ТЕРНЕРА У МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ. СРОК НАБЛЮДЕНИЯ - 4 ГОДА

¹ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 имени Л.Г. Соколова» ФМБА РФ (гл. врач – д.м.н. проф. Накатис Я.А.)

²ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И.И. Мечникова, кафедра сердечно-сосудистой хирургии (зав. кафедрой - д.м.н. проф. Горбунов Г.Н.)

Пациентка, 44 года, в связи с появлением периодических болей в левой паховой области, обратилась к гинекологу. Данных за гинекологическую патологию получено не было. В анамнезе прием гормональных контрацептивов. Через три дня, 23.11.2015 г., отметила усиление боли, посинение и нарастание отека левой нижней конечности, госпитализирована в отделение сосудистой хирургии КБ 122, по результатам УЗДАС вен нижних конечностей установлен диагноз: Острый окклюзирующий тромбоз общей и наружной подвздошных вен, общей и поверхностной бедренной, подколенной и берцовых вен до середины голени слева. Острая венозная недостаточность левой нижней конечности по типу синей флегмазии. Верхушка тромба гетерогенная, выходит в просвет нижней поллой вены на 1 см.

Локально левая нижняя конечность была диффузно отечна, цианотична, пульсация артерий нижних конечностей определялась на всех уровнях.

В день поступления назначена антикоагулянтная (Клексан 0.6 мг 1 раз в день), инфузионная и противовоспалительная терапия. На 2 сутки госпитализации выполнен региональный катетерный тромболитический илиофemorальный сегмента глубоких вен слева с болюсной инфузией 200 тыс. МЕ урокиназы в пульс-режиме, установлен автоматический перфузор 500 тыс. МЕ урокиназы на 50 мл со скоростью 10 мл/час под ежедневным контролем фибриногена.

На контрольной венографии 25.11.2015 г. выявлен парциальный лизис общей подвздошной вены (фибриноген 0.7 г/л). Продолжалось введение урокиназы 100 тыс. МЕ/час. На контрольной венографии 26.11.2015 г. - полная реканализация наружной подвздошной, общей и поверхностной бедренной, подколенной и берцовых вен, в области общей подвздошной вены определяются два участка локального дефекта наполнения контраста, подозрительных на синдром экстравазальной компрессии общей подвздошной вены, тромболитический прекращен. Для профилактики ретромбоза выполнена баллонная ангиопластика и стентирование левой общей подвздошной вены саморасширяющимся стентом Wallstent (Boston Scientific) 16*60 мм (8 атм) с достижением удовлетворительного венографического результата в виде полной проходимости вен левой нижней конечности..

На 1-е сутки после стентирования на контрольном УЗДАС: в просвете общей подвздошной вены лоцируется плотно прилегающий к стенкам стент, в наружной подвздошной вене пристеночные резидуальные, не флотирующие, не препятствующие кровотоку тромботические массы, в общей, поверхностной бедренной, подколенной и берцовых венах полная реканализация. Клапанная функция бедренных вен сохранена.

Пациентка выписана на 7 сутки госпитализации с полным регрессом симптомов венозной недостаточности, наблюдалась сосудистым хирургом через 1, 3, 6 месяцев, затем 2 раза в год. Учитывая клинические и лабораторные данные, антикоагулянтная терапия отменена через 12 месяцев после процедуры.

Цель демонстрации: Показать возможности этапного лечения (регионального катетерного тромболитика с последующим стентированием) острого илиофemorального тромбоза на примере успешного лечения молодой женщины со сроком наблюдения 4 года.

ДОКЛАД

А.Ф. Романчишен¹, А.В. Гостимский², З.С. Матвеева¹

КЛИНИЧЕСКИЕ МАСКИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, ¹кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии и ВПХ (зав. кафедрой д.м.н. проф. Романчишен А.Ф.), ²кафедра общей медицинской практики (зав. кафедрой д.м.н. проф. Гостимский А.В.)

Цель. Показать разнообразие клинических проявлений заболевания, возможные ошибки диагностики первичного гиперпаратиреоза в случае недостаточного обследования больных.

Материалы. В докладе представлены результаты анализа хирургического лечения в Санкт-Петербургском Центре эндокринной хирургии и онкологии 318 пациентов новообразованиями паратиреоидной ткани, в том числе 15 (4,7 %) детей в период с 1974 по 2018 гг. Женщин было 305 (96 %), мужчин - 13 (4 %). Средний возраст больных составил 49,3±5,8 лет (18-79 лет).

Результаты. Клинически выраженные (манифестные) формы первичного гиперпаратиреоза отмечались у 243 (76 %) больных. В 71 (22 %) наблюдениях удалены инциденталомы околощитовидных желез. У 4 (1 %) оперированных выявлен бессимптомный гиперпаратиреоз. Наиболее часто диагностировались смешанная (34%), костная (2 %) и почечная (11 %) формы заболевания. Костными проявлениями гиперпаратиреоза были: боли в костях, суставах, мышцах в 194 (61 %), патологические переломы в 36 (11 %), деформации костей скелета в 67 (21 %), «бурые опухоли» в 42 (13 %) случаев. К урологическим проявлениям отнесены камненосительство у 28 (9 %), эпизоды почечной колики у 105 (33 %), коралловидные конкременты у 17 (5 %) больных. У 49 (15 %) пациентов диагностировано снижение выделительной функции почек. У 8 (2,5 %) выявлены висцеропатические проявления заболевания в виде язвенной болезни 4 (1 %), панкреатита 6 (1,8 %). Нервно-психические проявления гиперпаратиреоза были у 5 (1,5 %) больных. Хирургическое лечение включало ревизию шеи, удаление паратиреоидной опухоли. В 5 (1,6 %) наблюдениях выполнена стернотомия для удаления эктопированной в средостение паратиреоидной аденомы. Рак околощитовидных желез выявлен в 3 (1 %) случаях, в остальных – аденомы.

Выводы. Разнообразие клинических проявлений первичного гиперпаратиреоза при недостатке обследования пациентов может приводить к поздней диагностике патологии околощитовидных желез. Только удаление основной причины заболевания – новообразования паратиреоидной ткани – приводит к излечению больных.

Образец представления заявок на демонстрацию (доклад)

ДОКЛАД (ДЕМОНСТРАЦИЯ)

(пробел)

И.О. Фамилия^{1,4,5}, И.О. Фамилия^{4,6}, И.О. Фамилия^{3,4}, И.О. Фамилия^{1,2},
И.О. Фамилия⁵

(пробел)

НАЗВАНИЕ РАБОТЫ

(пробел)

(указывается официальное сокращенное место работы авторов,
руководитель учреждения или подразделения)

¹ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ (ректор – академик РАН
Багненко С.Ф.)

²ФГБОУ ВО СПбГУ, медицинский факультет, кафедра факультетской хирургии
(зав. кафедрой – проф. Кащенко В.А.)

³ФГБОУ ВО Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, кафедра
госпитальной хирургии (нач. кафедры – д.м.н. Дзидзава И.И.)

⁴ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе (директор – проф. Парфенов В.Е.)

⁵СПб ГБУЗ Елизаветинская больница (гл. врач – проф. Петров С.В.)

⁶ФГБУЗ КБ № 122 им. Л.Г.Соколова ФМБА РФ (гл. врач – Накатис Я.А.)

(пробел)

Объем текста не более 1 (одной) страницы.

В тезисах доклада кратко приводятся собственные материалы и результаты.

Выдержки из обзора литературы, ссылки на публикации, неинформативные рассуждения не подлежат включению в текст тезисов. Текст не рецензируется, рекомендуется тщательно его проверить перед отправкой, удалить непечатаемые символы, исправить опечатки.

Шрифт Times New Roman, размер 12 пт, интервал 1,15, поля сверху 2 см, снизу 2 см, слева 3 см, справа 1,5 см.

Обязательно предоставление материалов в электронном виде (hopssekretar@mail.ru), с указанием ФИО (полностью), контактов (телефон, электронная почта) докладчика и 1 экземпляр в печатном виде с визой руководителя «В печать» (допускается скан-копия на hopssekretar@mail.ru).

**Заседания Хирургического общества Пирогова
проводятся во вторую и четвертую среду месяца
в аудитории № 7 ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
(СПб, ул. Льва Толстого, 6/8, ст. м. «Петроградская»)**

Начало заседаний в 17:00

Адрес для корреспонденции:

194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д.6.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова
кафедра военно-морской хирургии

Сизоненко Николаю Александровичу

ПРАВЛЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Ханевич Михаил Дмитриевич, *председатель*
(моб. тел. +7-911-722-40-43)

Соловьев Иван Анатольевич, *заместитель председателя*
(моб. тел. +7-911-241-12-77)

Акимов Владимир Павлович, *член правления*
(моб. тел. +7-911-919-01-82)

Кащенко Виктор Анатольевич, *член правления*
(моб. тел. +7-911-928-95-25)

Гладышев Дмитрий Владимирович, *член правления*
(моб. тел. +7-911-144-91-21)

Левченко Евгений Владимирович, *член правления*
(моб. тел. +7-911-750-00-05)

Федотов Леонид Евгеньевич, *член правления*
(моб. тел. +7-921-905-13-42)

Плотников Юрий Владимирович, *референт*
(моб. тел. +7-953-346-63-42, plotnikster@gmail.com)

Сизоненко Николай Александрович, *ответственный секретарь*
(моб. тел. +7-911-747-30-75, hopsekretar@mail.ru)

Лукиянюк Петр Петрович, *казначей*
(моб. тел. +7-965-768-56-06, hopsekretar@mail.ru)

