

2384 заседание
Хирургического общества Пирогова
14 декабря 2011 года, 09³⁰

Конференция хирургов Санкт-Петербурга

**«СОСТОЯНИЕ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ»**

- 9.30 – 9.50** Открытие конференции. *Проф. М.П. Королёв*
Приветственные слова: *проф. Ю.А. Щербук,*
член-корр. РАМН проф. Л.В. Поташов,
член-корр. РАМН проф. С.Ф. Багненко
- 9.50 – 10.20** Результаты лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями за 2010-2011 гг. в ЛПУ Санкт-Петербурга. *Проф. П.К. Яблонский*
- 10.20 – 10.40** Острый аппендицит. *Проф. В.В. Стрижелецкий*
- 10.40 – 11.00** Острый холецистит. *Проф. В.А. Кащенко*
- 11.00 – 11.20** Острый панкреатит
Член-корр. РАМН проф. С.Ф. Багненко
- 11.20 – 11.40** Вопросы работы Ассоциации хирургов
Член-корр. РАМН проф. Н.А. Майстренко
- 12.40 – 13.00** Ущемленные грыжи. *Проф. Г.И. Синенченко*
- 13.00 – 13.20** Острая кишечная непроходимость. *Проф. В.М. Седов*
- 13.20 – 13.40** Перфоративная язва
Член-корр. РАМН проф. С.Ф. Багненко
- 13.40 – 14.00** Желудочно-кишечные кровотечения
Проф. М.П. Королев
- 14.00 – 14.20** Вопросы качества оказания медицинской помощи в ЛПУ Санкт-Петербурга. *Проф. А.В. Кочетков*

Место проведения конференции:

Конгресс-холл гостиницы «Холидей Инн Московские ворота»
Санкт-Петербург, Московский пр., д. 97, литер А

2385 заседание
Хирургического общества Пирогова
28 декабря 2011 года, 17⁰⁰

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*А.П. Михайлов, Б.В. Сигуа, А.М. Данилов, В.П. Земляной,
С.Е. Климов, В.Ю. Смирнов, О.А. Романенко, А.О. Родин*

СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВОЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ С ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНЬЮ КРОВОПОТЕРИ, ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЗАДИБОДОЧНОГО ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА

(Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, кафедра хирургии имени В.А. Опделя, заведующий кафедрой – проф. В.П. Земляной, Санкт-Петербургский государственный университет, кафедра факультетской хирургии, заведующий кафедрой – член-корр. РАМН проф. С.Ф. Багненко, Городская Елизаветинская больница, главный врач – проф. Б.М. Тайц)

Больной Ч., 26 лет, поступил в Елизаветинскую больницу 03.10.2008 г., на 4 сутки заболевания с жалобами на слабость, головокружение, черный стул. Из анамнеза известно, что страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с 2000 г., в 2000 и 2001 гг. перенес оперативные вмешательства, характер и объем которых уточнить не представлялось возможным. При поступлении состояние пациента расценено как средней степени тяжести. Пульс 88 ударов в минуту, АД = 110/65 мм рт. ст. Ректально: содержимое черного цвета. В анализе крови: Нб 74 г/л, Ег 2,41 x 10¹²/л, Нт 21%. При экстренной ФЭГДС: скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагит. Выраженная деформация выходного отдела желудка. Луковица двенадцатиперстной кишки деформирована. Залуковичный отдел проходим. Данных за кровотечение нет.

Учитывая анамнез, клинические признаки рецидивирующего кровотечения, принято решение выполнить оперативное вмешательство. Произведена лапаротомия, рассечение спаек, обнаружена хро-

ническая циркулярная пилородуоденальная язва, пенетрирующая в головку поджелудочной железы, с наличием декомпенсированного стеноза и продолжающимся кровотечением. При мобилизации желудка выявлен позадибодочный гастроэнтероанастомоз. Произведена резекция 2/3 желудка с формированием гастроэнтероанастомоза по Ру-Юдину. Послеоперационное течение гладкое. Больной выписан на 14 сутки. В настоящее время пациент практически здоров.

Цель демонстрации: показать сложности диагностики и хирургического вмешательства у больных с желудочно-кишечными кровотечениями, ранее оперированных по поводу осложнений язвенной болезни, при отсутствии эндоскопических данных за кровотечение.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*В.Н. Горбачев, А.В. Светликов, В.А. Кащенко, В.В. Фролов,
Т.В. Савельева, Е.А. Сизикова, Е.Г. Солоницын, Г.А. Раскин*

РАДИКАЛЬНОЕ УДАЛЕНИЕ ПСЕВДОКИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С АУТОВЕНОЗНЫМ ПРОТЕЗИРОВАНИЕМ ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ

(Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова,
главный врач – проф. Я.А. Накатис,
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования,
кафедра хирургии им. Н.Д. Монастырского,
заведующий кафедрой – проф. А.Е. Борисов)

Пациент Г., 17 лет, поступил в клинику в экстренном порядке 05.11.2010 г. с жалобами на боли в эпигастральной области, слабость, головокружение. Пациент жил в Казахстане. Отмеченные жалобы периодически возникали с 10 лет. При обследовании была выявлена киста печени? поджелудочной железы? В течение последних 5 лет пациенту ежегодно выполнялись операции предположительно в связи с нагноением кисты, но производившееся наружное дренирование имело лишь временный эффект.

При УЗИ от 06.11.2010 г.: гепатомегалия за счет правой доли, кистозное образование в гепатопанкреатодуоденальной зоне, ЖКБ, конкременты желчного пузыря. При МРТ от 07.11.2010 г.: в области малого сальника определяется округлое образование размерами 9,6 x 7,7 x 6,2 см, с наличием в его правых отделах продолжающейся изви-

той веретенообразной жидкостной структуры, направляющейся в сторону поджелудочной железы. Образование поддавливает печень в области её ворот, оттесняет вперед головку поджелудочной железы, деформирует ход верхней брыжеечной артерии, компремирует проксимальные отделы воротной вены. Внутривеночные протоки не расширены. Общий печеночный проток визуализируется в области конfluence (0,4 см), смещен вперед образованием и на уровне образования визуализируется нитевидно (0,1 см), холедох сдавлен образованием, огибает его по переднему контуру.

09.11.2010 г. в связи ухудшением состояния (слабость, головокружение, снижение АД до 85/40 мм рт. ст., учащение пульса до 120 ударов в минуту, кратковременная потеря сознания) заподозрено кровотечение в просвет кисты. После короткой предоперационной подготовки 10.11.2010 г. выполнена операция – радикальное удаление псевдокисты предположительно задней доли расщепленной поджелудочной железы с аутовенозным протезированием верхней брыжеечной артерии. В ходе мобилизации кисты оказалось, что непосредственно к её левой стенке плотно прилежит верхняя брыжеечная артерия и причиной кровотечения является аррозия одной из ветвей этого сосуда. Плотное сращение магистральной артерии со стенкой кисты предопределило вынужденную ее резекцию на протяжении 5 см и протезирование с помощью аутовены.

Патологоанатомическое заключение. Микроскопически стенки образования представлены: 1) Поджелудочная железа с расширенными протоками. 2) Сильно фиброзированная жировая клетчатка с выраженным лейкоцитарным инфильтратом, разрастаниями соединительной ткани, грануляциями. 3) Резецированные артериальные сосуды в ткани поджелудочной железы, один из которых аррозирован. Заключение: псевдокиста поджелудочной железы.

Послеоперационное течение без осложнений. Выписан на 9 сутки в удовлетворительном состоянии. В настоящее время жалоб не предъявляет, учится в техникуме, признаков рецидива перенесенного заболевания нет.

Цель демонстрации: указать на проблему выбора «риск операции или риск рецидива» при планировании ультрасложных вмешательств по поводу предположительно доброкачественных заболеваний поджелудочной железы, а также подчеркнуть важность междисциплинарных взаимодействий хирургов различных специальностей в многопрофильной клинике.

ДОКЛАД

К.Г. Кубачев, А.Е. Борисов, В.В. Хромов, Д.М. Ризаханов

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

(Городская Александровская больница, главный врач – В.П. Козлов)

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности различных методик в лечении пациентов с кровоточащими гастроудоденальными язвами в условиях ургентного стационара и сравнение полученных результатов.

Для достижения поставленной цели был проведен анализ лечения 1205 пациентов с кровотечением из гастроудоденальных язв (61% – язва двенадцатиперстной кишки и 39% – язва желудка), поступивших в Александровскую больницу в период с 2000 по 2009 гг.

В период за 2000 - 2003 гг. в стационар поступило 395 пациентов с кровотечением из язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Из них 127 (32%) были оперированы в первые часы на фоне продолжающегося кровотечения, 21 (5%) – в различные сроки при рецидиве кровотечения. Умерло 15 (11,8%) больных. 247 (63%) были пролечены только консервативно. Умерло 7 (2,8%) больных

При активном внедрении различных эндоскопических методик, в 2004 - 2009 гг., в больнице находилось на лечении 810 больных, из которых оперировано 53 (6,5%) пациента, в том числе 11 – при рецидиве кровотечения после проведения эндоскопического гемостаза. 757 (93,5%) больным были успешно выполнены различные способы эндоскопического гемостаза. При рецидивах кровотечения применяли эндоскопический гемостаз повторно, как правило, использовали комбинированные методы эндоскопического гемостаза. Умерло после эндоскопического гемостаза 10 (1,2%) больных.

При анализе рецидивов кровотечения выявили, что наиболее часто они наблюдались в первые 6 часов, а у подавляющего большинства больных рецидив наступил в первые сутки после госпитализации. Всего на первые 2 суток пришлось 75% рецидивов. Таким образом, эндоскопические методы позволили снизить летальность, в том числе благодаря их успешному применению при рецидивах кровотечения.

**2386 заседание
Хирургического общества Пирогова
11 января 2012 года, 17⁰⁰**

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*С.Б. Шейко, С.Ф. Басос, М.Ю. Демехова,
Т.В. Журавлева, А.И. Билык*

**МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБРЮШИННОГО АБСЦЕССА
ВЫЗВАННОГО ОСТАВЛЕННЫМИ ЖЕЛЧНЫМИ КАМНЯМИ**

**(Санкт-Петербургская Клиническая больница РАН,
главный врач – О.Л. Чагунава)**

Больная Ш., 71 года, поступила в Санкт-Петербургскую больницу РАН с длительной лихорадкой. В анамнезе за 5 лет до поступления перенесла лапароскопическую холецистэктомию по поводу флегмонозного холецистита.

При обследовании у больной выявлен забрюшинный абсцесс справа, локализующийся от поддиафрагмальной области до крыла подвздошной кости. Выполнено пункционное дренирование абсцесса. Через 1 месяц наступило выздоровление. Генез абсцесса остался неясен.

Через 2 месяца после выписки пациентка поступила с рецидивом абсцесса в той же области. Выполнялось повторное пункционное лечение, во время которого были выявлены желчные камни, расположенные в правой подвздошной области.

Камни были удалены через дренажный ход неоперативным путем петлей Дормиа. Наступило выздоровление.

Отдаленные результаты прослежены через 2 года после излечения. Рецидива абсцесса нет. Повторных приступов лихорадки не наблюдалось.

Цель демонстрации: показать редкое осложнение лапароскопической холецистэктомии, вызванное оставленными камнями брюшной полости, и возможности малоинвазивных вмешательств в лечении данной патологии.

ДОКЛАД

*С.Ф. Басов, С.Б. Шейко, М.Ю. Демехова,
Т.В. Журавлева, К.П. Кяхиева*

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ГИБРИДНЫХ ТРАНСВАГИНАЛЬНЫХ И ОДНОИНЦИЗИОННЫХ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ

**(Санкт-Петербургская Клиническая больница РАН,
главный врач – О.Л. Чагунава)**

Удачное сочетание двадцатипятилетнего опыта лапароскопических операций с эндоскопией, стремление к дальнейшей минимизации операционной травмы, совместно с улучшением функциональности, ранней реабилитацией пациентов привело к появлению транслюминальных (NOTES) и одноинцизионных (SILS) операций.

Мы располагаем успешным опытом лечения желчнокаменной болезни с использованием гибридных трансвагинальных (23) и одноинцизионных (60) операций у 83 пациентов.

Трансвагинальные операции выполнялись как с использованием системы гибкой эндоскопии (GASTRO PACK фирмы KARL STORZ), так и лапароскопов, в том числе типа «хамелеон» (ENDOCAMELEON фирмы KARL STORZ). Во всех случаях использовались стандартные инструменты для лапароскопических операций.

Показанием к выполнению трансвагинальных операций считали хронический калькулезный холецистит. При выполнении одноинцизионных операций предпочтение отдавали больным с хроническим калькулезным холециститом в сочетании: с пупочной грыжей или расширением пупочного кольца; большими или множественными камнями желчного пузыря. Среди показаний к одноинцизионным вмешательствам также был острый холецистит (2) без признаков распространенного перитонита.

Достоинствами данных хирургических вмешательств служат функциональность; возможность использования стандартных лапароскопических инструментов; безопасность расширения размеров доступа; извлечение желчного пузыря без дополнительной травматизации тканей; «надежная» пластика раны операционного доступа; ранняя активизация больных, ранняя реабилитация; косметичность.

Недостатком одноинцизионных операций является почти параллельное расположения инструментов с острым углом атаки. При трансвагинальных операциях - сложности позиционирования гибкого эндоскопа в брюшной полости.

Таким образом, трансвагинальные и одноинцизионные операции обеспечивают полноценное лечение больных с хорошими функциональными и косметическими результатами. Определяющим моментом их результативности служит адекватный отбор больных и безупречное техническое исполнение вмешательств.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

***С.Б. Шейко, С.Ф. Басос, Т.В. Журавлева,
М.Ю. Демехова, А.И. Билык, К.П. Кяхиева***

ГИБРИДНАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННАЯ ТРАНСВАГИНАЛЬНАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТАНДАРТНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ

**(Санкт-Петербургская Клиническая больница РАН,
главный врач – О.Л. Чагунава)**

Больная К., 33 лет, поступила в Санкт-Петербургскую клиническую больницу РАН с диагнозом: ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. При обследовании диагноз был подтвержден клинически и инструментально.

Больной была выполнена гибридная лапароскопически ассистированная трансвагинальная холецистэктомия с использованием стандартного 5 мм лапароскопа и рабочих инструментов, установленных через пупок и влагалище.

Через 2 часа после операции пациентка самостоятельно передвигалась по отделению больницы. Болевой синдром в области послеоперационных ран отсутствовал с первых суток. Длительность нахождения в стационаре в послеоперационном периоде составила одни сутки.

Цель демонстрации: показать возможности выполнения трансвагинальных лапароскопически ассистированных операций стандартными инструментами.

**2387 заседание
Хирургического общества Пирогова
25 января 2012 года, 17⁰⁰**

ДЕМОНСТРАЦИЯ

А.В. Нохрин, Н.А. Карасева, Э.Я. Друкин, Д.А. Полежаев

**РЕЗЕКЦИЯ ПИЩЕВОДА ПО LEWIS
В СВЯЗИ С ЕГО СТРИКТУРОЙ ЧЕРЕЗ 21 ГОД
ПОСЛЕ ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПИЩЕВОДА**

**(Городской клинический онкологический диспансер,
главный врач – проф. Г.М. Манихас)**

Больная Х., 73 года, поступила в отделение торакальной хирургии ГКОД 31.01.2011 г. с диагнозом: рубцовая стриктура пищевода. В 1990 г. у пациентки в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова был диагностирован рак среднегрудного отдела пищевода протяженностью 3 см. При гистологическом исследовании: плоскоклеточный рак. От предложенной операции в 1990 г. больная отказалась. Пациентке была проведена лучевая дистанционная гамма терапия (СОД = 58 Гр).

После лучевой терапии у больной сформировалась стриктура пищевода. С 2005 г. дисфагия стала нарастать, что потребовало регулярных бужирований каждые 3 месяца. Несмотря на лечение, дисфагия нарастала, и к 2010 г. сеансы бужирования требовались каждые 2 недели. В связи с бесперспективностью консервативной терапии, 11.02.2011 г. выполнена операция – резекция пищевода по Lewis. При эндоскопическом и рентгенологическом контроле после операции: эзофагогастроанастомоз проходим, диаметр анастомоза около 1,5 см. Гистологическое исследование операционного материала: рубцовая стриктура пищевода, грубоволокнистый постлучевой фиброз, гиалиноз всей толщи ткани пищевода с распространением на окологиеводную клетчатку, хроническое воспаление с изъязвлением. 04.03.2011 г. больная в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное лечение.

Цель демонстрации: показать эффективность лучевой терапии по поводу рака пищевода и возможность успешного хирургического лечения развившейся постлучевой стриктуры пищевода.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

М.П. Королёв, А.В. Климов, М.В. Антипова, Л.Е. Федотов

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛА ЦЕНКЕРА

(Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии, заведующий кафедрой – проф. М.П. Королёв,

Городская Мариинская больница, главный врач – проф. О.В. Емельянов)

Больной И., 60 лет, поступил в 5 хирургическое отделение Мариинской больницы 05.04.2011 г. с установленным диагнозом: дивертикул Ценкера. При поступлении больной предъявлял жалобы на дисфагию, срыгивание непереваренной пищей, зловонный запах изо рта, снижение веса. При употреблении жидкой пищи при каждом глотке больному приходилось применять ручное пособие, которое заключалось в надавливании рукой на шею и повороте головы.

При обследовании, по данным рентгеноскопии с бариевой взвесью выявлен дивертикул Ценкера размерами 5,5 x 4,5 x 4,0 см. При проведении ФЭГДС выявлен дивертикул с явлениями дивертикулита. 08.04.2011 г. больному выполнена операция – эндоскопическое рассечение нижней порции крикофарингеальной мышцы. В послеоперационном периоде получен положительный результат – уменьшение дивертикула в размерах и регресс клинической симптоматики. Больной выписан из клиники 19.04.2011 г.

Через два месяца отмечено появление прежних жалоб. При рентгеноскопии выявлена отрицательная динамика за счёт увеличения дивертикула Ценкера до 5,0 x 4,0 x 3,0 см. Больной повторно госпитализирован в клинику. 24.06.2011 г. выполнена операция – досечение мышечных волокон нижней порции крикофарингеальной мышцы. Послеоперационный период без осложнений. Наблюдался регресс клинических проявлений. На контрольной рентгенограмме от 04.07.2011 г. отмечено уменьшения дивертикула Ценкера до 2,5 x 1,5 см. 06.07.2011 г. больной выписан на амбулаторное лечение.

Больной осматривается раз в месяц. Жалоб не отмечает. Отмечена прибавка в весе на 8,5 кг. На контрольной рентгеноскопии с бариевой взвесью выявлена остаточная полость дивертикула до 0,8 см.

Цель демонстрации: показать возможности современной малоинвазивной хирургии при лечении дивертикула Ценкера.

ДОКЛАД

*В.А. Кащенко, Е.А. Сишкова, Е.Г. Солоницын,
Д.В. Распереза, С.М. Лобач, Г.А. Раскин, В.А. Котов*

ЭНДОСОНОГРАФИЯ И ТОНКОИГОЛЬНАЯ АСПИРАЦИОННАЯ БИОПСИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ ЭНДОСОНОГРАФИИ: ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ, ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ

**(Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова,
главный врач – проф. Я.А. Накатис,
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования,
кафедра хирургии им. Н.Д. Монастырского,
заведующий кафедрой – проф. А.Е. Борисов)**

В сентябре 2010 г. в Клинической больнице № 122 имени Л.Г. Соколова было установлено оборудование для проведения эндоскопической ультрасонографии (ЭУС), представленное эндоскопической системой Olympus Ehexa II, ультразвуковым блоком Olympus EU-ME1 и эхоэндоскопами радиального и конвексного типа. За 10 месяцев было выполнено 260 эндосонаграфических исследований.

Основными показаниями для выполнения манипуляций были очаговые и диффузные поражения верхних и нижних отделов ЖКТ и панкреато-билиарной зоны. Тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) под контролем гастродуоденальной эндосонаграфии выполнялась в 25 случаях. Пункция проводилась при образованиях поджелудочной железы, подслизистых образованиях ЖКТ, а также при увеличенных лимфоузлах брюшной полости, подозрительных на метастатическое поражение или опухолевую трансформацию. Верификация материала осуществлялась цитологическим и иммуноцитохимическим способами. Были проанализированы полученные результаты, совпадение с данными референтных методов (КТ, МРТ), исследование послеоперационного материала.

В докладе обсуждаются проблемы организации высокотехнологичной эндоскопической помощи, опыт внедрения новых высокотехнологичных методов в клиническую практику, особенности цитологической диагностики, диагностическая и прогностическая роль ЭУС и ТАБ в комплексной программе обследования пациентов клиники абдоминальной хирургии. Делается вывод о важности междисциплинарных взаимодействий в многопрофильной хирургической клинике.

2388 заседание
Хирургического общества Пирогова
8 февраля 2012 года, 17⁰⁰

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*К.В. Павелец, О.Г. Вавилова, Р.Г. Аванесян,
О.М. Рыбальская, А.М. Хаиров*

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ВАРИАНТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЛИДНО- ПСЕВДОПАПИЛЛЯРНОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

(Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, кафедра факультетской хирургии имени проф. А.А. Русанова, заведующий кафедрой – проф. Н.Ю. Коханенко, Городская Мариинская больница, главный врач – проф. О.В. Емельянов)

Солидно-псевдопапиллярная опухоль поджелудочной железы - редкая малоизученная опухоль, обычно доброкачественная, развивающаяся чаще у молодых женщин, составляет около 1% от всех опухолей данной локализации.

Больная Ш., 23 лет, поступила в 6 хирургическое отделение Мариинской больницы 21.10 2009 г. с жалобами на периодические боли в эпигастрии с иррадиацией в спину, чувство тяжести в верхней половине живота. Из анамнеза известно, что в июне 2009 г. больная родила. Спустя 3 месяца появились описанные выше жалобы. При КТ выявлена киста головки поджелудочной железы размером 73 x 56 x 50 мм. При объективном обследовании в эпигастральной области, больше справа, пальпировалось плотно-эластическое образование. В клиническом анализе крови: гипохромная анемия (Hb 106 г/л), палочкоядерный сдвиг до 13%, амилаза крови 120. При УЗИ брюшной полости: печень не увеличена, однородная. Желчевыводящие протоки не изменены. Поджелудочная железа не увеличена, головка 25 мм, тело 11 мм, хвост 35 мм, ткань однородная. Между головкой поджелудочной железы и правой почкой определялось округлое неоднородное образование смешанной жидкостно-солидной структуры 82 x 34 x 54 мм. Кровоток в образовании не определялся. Селезенка и почки без патологии. Свободной жидкости в брюшной полости не было.

С предположительным диагнозом: подпеченочный абсцесс? нагноившаяся киста головки поджелудочной железы? 23.10.2009 г. выполнено дренирование абсцесса под УЗ-контролем. Получено около 20 мл густого гноя. Ежедневно по дренажу выделялось около 50 мл гноевидной жидкости. При контрольном УЗИ и фистулографии полость абсцесса уменьшилась. Выписана с дренажом 29.10.2009 г. в удовлетворительном состоянии.

Повторная госпитализация 09.12.2009 г. За прошедшие 3 месяца выделения по дренажу гноевидной жидкости не прекратились. При УЗИ брюшной полости от 10.12.2009 г.: каудальнее головки поджелудочной определялось округлое образование 60 x 50 мм, предположительно полостное, с неоднородным содержимым и толстыми неровными стенками. При фистулографии: полость 52 x 57 x 70 мм. При МРТ: книзу от головки поджелудочной железы выявлялось округлое образование с ровными толстыми стенками, неоднородной структуры, с участками кровоизлияния и некроза, интимно связанное с головкой, вероятнее всего, исходящее из нее. Онкомаркеры (РЭА, СА19-9) не повышены.

11.12.2009 г. больная оперирована с диагнозом: псевдокиста головки поджелудочной железы. При ревизии в области головки поджелудочной железы выявлено округлой формы, плотно-эластической консистенции образование 80 x 60 x 50 мм с дренажом, выведенным через прокол в правом подреберье. При дальнейшей ревизии полость кисты многокамерная с массивными кровоизлияниями, заполнена детритом. Стенка кисты – 10 мм. При срочном гистологическом исследовании раковых клеток не выявлено. Киста вылущена из ткани поджелудочной железы и удалена.

Послеоперационное течение гладкое. Выписана на 10 сутки после операции. При иммуногистохимическом исследовании: солидно-псевдопапиллярное новообразование. При контрольном обследовании через год данных за рецидив заболевания не получено.

Цель демонстрации: показать и обсудить трудность дооперационной диагностики редкого доброкачественного заболевания и вариант хирургического лечения.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*С.М. Лазарев, Б.П. Филенко, А.С. Иванов,
Д.Г. Берест, П.Г. Облапенко, С.А. Астанов*

ЗАБЫТОЕ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ХОЛЕДОХА

(Санкт-Петербургская государственная медицинская академия имени И.И. Мечникова, кафедра хирургических болезней с курсом малоинвазивной хирургии, эндоскопии и лазерных медицинских технологий, заведующий кафедрой – проф. С.М. Лазарев)

Больная Л., 53 лет, поступила в клинику хирургических болезней в плановом порядке с нарастающей механической желтухой. В 2007 г. она была оперирована в одной из больниц города по поводу острого холецистита. Операция начата лапароскопически, но в связи с повреждением холедоха произведена конверсия. После удаления желчного пузыря холедох дренирован дренажом Кера. Дренаж удален через ½ года.

Спустя месяц после удаления дренажа возобновились периодические боли в правом подреберье, которые сопровождались появлением желтухи. После очередного приступа госпитализирована в стационар. Выполнено УЗ-исследование, на котором обнаружены расширенные внутривенечные протоки, расширенный до 1,1 см холедох, в дистальном его отделе - эхоплотные включения.

Предложена повторная операция, от которой пациентка отказалась. Выписана на амбулаторное лечение. Амбулаторно выполнила компьютерную томографию, на которой выявлено, что в просвете холедоха находится инородное тело - катетер (стент)? В клинике выполнена РХПГ, ПСТ. Инородное тело извлечено. Им оказалась горизонтальная ветвь Т-образного дренажа.

Цель демонстрации: обратить внимание врачей на необходимость внимательного отношения к пациенту во время выполнения манипуляций. При подозрении на ятрогению убедиться в ее отсутствии.

ДОКЛАД

М.П. Королев, Л.Е. Федотов, Р.Г. Аванесян

ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННЫХ МЕТОДОВ МАЛОИНВАЗИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

(Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии, заведующий кафедрой – проф. М.П. Королев, Городская Марининская больница, главный врач – проф. О.В. Емельянов)

Сохраняющаяся частота повреждений желчных протоков, их тяжелые последствия, сложности их диагностики и лечения свидетельствуют о том, что данная проблема является актуальной. Несмотря на успехи в лечении доброкачественных заболеваний и повреждений желчных протоков, до настоящего времени не выработана единая тактика помощи больным при повреждениях протоков, в остром периоде холестаза при стриктурах, а также при холедохолитиазе в нестандартных ситуациях. Мы располагаем определенным опытом лечения данной категории больных с применением комбинированных малоинвазивных методов лечения. В некоторых ситуациях данные операции могут быть единственно возможным видом помощи на первом этапе лечения и нередко окончательным методом лечения.

Работа основана на опыте лечения 53 больных, которым выполнены малоинвазивные операции под комбинированным (ультразвуковым, рентгенологическим и эндоскопическим) контролем по поводу доброкачественных заболеваний и повреждений желчных протоков. Комбинированные малоинвазивные вмешательства выполнены у 23 пациентов с холедохолитиазом, у 17 пациентов – с осложнениями холецистэктомии, у 9 больных – со стриктурами общего желчного протока в результате хронического панкреатита, у 3 пациентов – с повреждением общего желчного протока во время резекции желудка, у 1 больной – со стриктурой гепатикоеюноанастомоза после панкреатодуоденальной резекции.

Цель доклада: показать перспективность и эффективность малоинвазивных операций в лечении доброкачественных заболеваний и повреждений внепеченочных желчных протоков.

2389 заседание
Хирургического общества Пирогова
22 февраля 2012 года, 17⁰⁰

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*М.Ю. Кабанов, И.А. Соловьев, К.В. Семенцов,
А.Б. Лычев, М.В. Васильченко*

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИГАНТСКОЙ НЕПАРАЗИТАРНОЙ КИСТЫ ПЕЧЕНИ

**(Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
кафедра военно-морской и госпитальной хирургии,
начальник кафедры – проф. М.Ю. Кабанов)**

Пациентка Ч., 40 лет, житель Санкт-Петербурга, поступила в клинику военно-морской и госпитальной хирургии в экстренном порядке 02.05.2011 г. с диагнозом направления: Ущемленная послеоперационная вентральная грыжа. При поступлении предъявляла жалобы на боли в животе, увеличение живота в объеме, наличие выпячивания передней брюшной стенки.

При осмотре пациентки обращала на себя внимание избыточная масса тела и значительное увеличение живота в объеме (рост 164 см, масса тела 142 кг, ИМТ 52,8). При пальпации определялось гигантское образование брюшной полости, послеоперационная вентральная грыжа без признаков ущемления. Уровень лейкоцитов крови составлял $16,4 \times 10^9/\text{л}$. По данным УЗИ выявлено жидкостное образование брюшной полости 30,0 x 35,0 см, детально верифицировать источник образования не удалось. По данным СКТ данное образование верифицировано как гигантская киста печени. При анализе лабораторных показателей выявлено, что уровень АФП крови в пределах нормальных показателей, ИФА крови на антитела к эхинококку не выявлены.

09.05.2011 г. под наркозом выполнена лапаротомия. В брюшной полости выявлена гигантская киста, исходящая из 3, 4, 6 сегментов печени, размером 35,0 x 33,0 x 30,0 см. Желчный пузырь был значительно увеличен в размерах до 16,0 x 7,0 см, в просвете содержал конкременты и был распластан по стенке кисты. После вскрытия кисты эвакуировано до 18 литров темной мутной жидкости без запаха. Оболочка кисты была представлена атрофированной истонченной

глиссоновой капсулой и тканью печени.

Послеоперационный период протекал без осложнений, швы сняты на 11 сутки. Через 10 дней после операции масса тела пациентки составила 121 кг, ИМТ 44,9.

Пациентка осмотрена через 4 месяца после операции, жалоб не предъявляет, состояние удовлетворительное. При контрольном УЗИ органов брюшной полости патологических образований печени не выявлено.

Цель демонстрации: указать на низкую медицинскую грамотность населения мегаполисов, дефекты системы диспансеризации, а также показать возможности проведения радикального хирургического лечения гигантских непаразитарных кист печени.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*С.Ф. Багненко, М.Ю. Кабанов, В.М. Луфт,
Д.М. Яковлева, И.С. Ефимова*

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПЕЧЕНИ

(Научно-исследовательский институт скорой помощи имени
И.И. Джанелидзе, директор – член-корр. РАМН проф. С.Ф. Багненко,
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
кафедра военно-морской и госпитальной хирургии,
начальник кафедры – проф. М.Ю. Кабанов)

Пациентка Т., 35 лет, поступила в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе 23.06.2009 г. с диагнозом: кишечное кровотечение. В анамнезе у больной хронический вирусный гепатит С, в 2001 г. выполнена тотальная колэктомия по поводу аденокарциномы слепой кишки на фоне диффузного семейного полипоза толстой кишки. Во время первого оперативного вмешательства диагностирован метастаз в правую долю печени. Размер в выписных документах не указан. В адьювантном режиме получила шесть курсов системной химиотерапии FOLFOX.

С осени 2008 г. беспокоили периодически возникающие боли и пальпируемое образование в правом подреберье с тенденцией к увеличению. При обследовании по данным ФКС: полипы верхнеампулярного отдела прямой кишки без признаков кровотечения. По данным ФГДС: хронический атрофический гастрит. При УЗИ органов

брюшной полости: кистоподобное образование правой доли печени 25 см в диаметре. По данным МСКТ органов брюшной полости: жидкостное новообразование правой доли печени с кальцинированными стенками, с осумкованной жидкостью у правого края печени. Последнее выполняет всю ее правую долю. В анализах крови при поступлении: Hb 119 г/л; Eг $4,33 \times 10^{12}$ /л. Большая истощена, вечерняя температура тела повышается до 39°C. Прокальцитонин в сыворотке крови 0,71 нг/мл. Транскутанное дренирование под ультразвуковой навигацией неэффективно.

06.07.2009 г. больная оперирована – из зоны распада новообразования эвакуирован 1 л гнойного содержимого, выполнено дренирование полости абсцесса, стенка его взята для гистологического исследования (метастаз низкодифференцированной аденокарциномы ободочной кишки). Новообразование занимает 4, 5, 6, 7, 8 сегменты печени. Оставшиеся, не вовлеченными в процесс 1, 2, 3 сегменты увеличены, составляют около 30%. Однако резекция печени невыполнима в связи с нестабильной интраоперационной гемодинамикой. Послеоперационный диагноз: рак слепой кишки T3N0M1, состояние после тотальной колэктомии от 2001 г., метастаз в правую долю печени, осложненный распадом.

В послеоперационном периоде из полости абсцесса до 200 мл сукровичного отделяемого, гипертермия до 39°C гектического характера, прогрессирующая белково-энергетическая недостаточность. Больная получала инфузионно-дезинтоксикационную, антибактериальную терапию, энтеральное и парэнтеральное питание. На 10 сутки послеоперационного периода выполнена контрольная МСКТ: полость деструкции в правой доле печени 48 x 132 x 97 см, поддиафрагмальный абсцесс справа 43 x 82 x 96 см, малый гидроторакс справа. В связи с неудовлетворительным оттоком по дренажу из полости абсцесса на 11 сутки под контролем УЗ-навигации выполнена постановка дополнительного дренажа в полость абсцесса. Посев отделяемого (*Acinetobacter baumannii* 10^6 , *S. aureus* 10^6 , *Enterococcus* spp. 10^5). К 21 суткам послеоперационного периода температура тела субфебрильная, состояние пациентки стабилизировалось.

После предоперационной подготовки в условиях ОХР 13.08.2009 г. больной выполнена расширенная правосторонняя гемигепатэктомия. Послеоперационное течение заболевания осложнилось правосторонним экссудативным плевритом, производились неоднократные пункции правой плевральной полости с эвакуацией гидрото-

ракса. Выписана на 20 сутки в удовлетворительном состоянии. От предложенной на тот момент схемы химиотерапии больная воздержалась.

При контрольном исследовании 10.06.2011 г. по данным СКТ выявлено 2 опухолевых узла во 2 и 3 сегменте оставшейся левой доли печени. 11.07.2011 г. произведено оперативное лечение. Интраоперационно выявлены опухолевые узлы в левой доле печени, опухоль в области сформированного ранее илеосигмоанастомоза. Выполнена атипичная резекция 2, 3 сегментов печени, резекция илеосигмоанастомоза. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана на 13 сутки после операции.

Больная находится под курацией до настоящего момента. По данным проведенного обследования данных за прогрессирование заболевания не выявлено.

ДОКЛАД

*М.Ю. Кабанов, Н.В. Рухляда, А.Д. Слобожанкин,
А.П. Уточкин, В.Ф. Озеров, С.И. Смирнов, И.А. Соловьев,
А.Н. Минченко, А.А. Алентьев, А.Н. Липин, А.В. Черныш,
В.А. Логинов, Д.А. Суров, А.Е. Чикин*

КАФЕДРА ВОЕННО-МОРСКОЙ И ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ: ОТ Б.В. ПУНИНА (120 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ) ДО НАСТОЯЩЕГО ВРЕМЕНИ

**(Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
кафедра военно-морской и госпитальной хирургии,
начальник кафедры – проф. М.Ю. Кабанов)**

Для улучшения подготовки военно-морских врачей по хирургии в 1938 году была создана кафедра военно-морской хирургии на базе 1-го Ленинградского медицинского института. Начальником кафедры был назначен бригаврач, главный хирург 1-го Военно-морского госпиталя профессор Борис Васильевич Пунин.

Выдающийся военно-морской хирург, генерал-майор медицинской службы, профессор Б.В. Пунин родился 21 октября 1891 года в Петербурге, в семье служащего. В 1914 году окончил Военно-медицинскую академию.

В 1924 году был назначен ординатором, а затем младшим преподавателем госпитальной хирургической клиники, возглавляемой профессором С.П. Федоровым. В 1929 году Борис Васильевич защитил докторскую диссертацию на тему «Ранение кровеносных сосудов и лечение аневризм». С 1938 по 1956 год Б.В. Пунин руководил кафедрой военно-морской хирургии, которая располагалась, как и в настоящее время, на базе 1-го Военно-морского госпиталя.

Круг научных интересов профессора Б.В. Пунина в области военно-морской и клинической хирургии был довольно широк. Он стал родоначальником стройной концепции оказания квалифицированной хирургической помощи на кораблях, отмечая специфику работы военно-морских врачей в боевых условиях. Правильность этой концепции была подтверждена в годы Великой Отечественной войны и в послевоенный период, особенно в годы «холодной войны».

Из-под пера профессора Б.В. Пунина вышли замечательные научные работы по повреждениям сосудов, лечению опухолей толстой кишки, перитонита и др.

В дальнейшем начальники кафедры ВМГХ (А.А. Бочаров, Е.В. Смирнов, В.И. Петров, М.А. Лущицкий, И.Г. Перегудов, В.В. Румянцев, Н.В. Рухляда, А.М. Беляев, М.Ю. Кабанов) и их ученики развивали и активно развивают идеи концепции оказания квалифицированной хирургической помощи на кораблях ВМФ, высокотехнологичной медицинской помощи при онкологических заболеваниях органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, распространенных опухолях органов малого таза и забрюшинного пространства.

Отмечая 120-летний юбилей выдающегося военно-морского хирурга, первого начальника кафедры военно-морской хирургии, сотрудники кафедры и все военно-морские хирурги гордятся своим учителем и в повседневной деятельности стараются воплощать в жизнь его творческое наследие.

**2390 заседание
Хирургического общества Пирогова
14 марта 2012 года, 17⁰⁰**

ДЕМОНСТРАЦИЯ

П.Н. Зубарев, А.В. Кочетков, В.Л. Белевич, С.М. Рыбаков

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО С ПРОТЯЖЕННОЙ
ПОСТОЖОГОВОЙ СТРИКТУРОЙ ПИЩЕВОДА**

**(Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
кафедра общей хирургии, начальник кафедры – проф. С.Я. Ивануса)**

Больной Ш., 52 лет, в апреле 2010 г. по неосторожности получил химический ожог пищевода щелочью. В течение месяца находился в областной больнице г. Пскова, где выполнено 8 дилатаций пищевода с эффектом реканализации до 12 мм. При эндоскопическом исследовании пищевода через 1 месяц выявлено, что диаметр пищевода практически соответствует его состоянию до баллонной дилатации.

В июне 2010 г. переведен для дальнейшего лечения в клинику общей хирургии Военно-медицинской академии. После проведенного комплексного обследования выявлена протяженная постожоговая стриктура пищевода. С целью реканализации стриктуры пищевода выполнено 6 курсов бужирования по проводнику.

В ноябре 2010 г. повторная госпитализация в клинику общей хирургии с жалобами на дисфагию, боли за грудиной, потерю веса от момента заболевания на 17 кг. Учитывая развития дисфагии III-IV степени на фоне протяженной постожоговой стриктуры пищевода и неэффективность эндоскопических методов лечения, 20.10.2010 г. выполнено оперативное вмешательство – лапаротомия, субтотальная резекция пищевода с пластикой желудочным трансплантантом, спленэктомия, подвесная еюностомия по Витцелю. Пациент был выписан без признаков дисфагии на 14 сутки после операции.

В октябре 2011 г. проведено контрольное обследование, пациент чувствует себя хорошо, функциональный результат хороший.

Цель демонстрации: продемонстрировать выбор метода лечения протяженной постожоговой стриктуры пищевода и возможности использования желудочного трансплантата для эзофагопластики.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*С.Ф. Багненко, Д.И. Василевский, В.И. Кулагин,
А.С. Прядко, Г.В. Михальченко, А.В. Луфт,
А.В. Филин, С.Л. Воробьев, Д.С. Силантьев*

КОМБИНИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНОЙ МЕТАПЛАЗИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПИЩЕВОДА

(Научно-исследовательский институт скорой помощи имени
И.И. Джанелидзе, директор – член-корр. РАМН проф. С.Ф. Багненко,
Ленинградская областная клиническая больница,
главный врач – проф. В.М. Тришин,
Городская Елизаветинская больница, главный врач – проф. Б.М. Тайц)

Больной Ч., 35 лет, поступил в хирургическое отделение Ленинградской областной клинической больницы в апреле 2009 г. с жалобами на постоянную изжогу, боли за грудиной, возникавшие после приема пищи, после физической нагрузки, в горизонтальном положении тела. Указанные симптомы отмечались в течение пяти лет.

Периодически пациент проходил курсы терапии ГЭРБ без стойкого клинического эффекта. В течение последнего года до обращения в хирургическую клинику был вынужден постоянно принимать антисекретики и антацидные препараты в максимальных дозировках, соблюдать строгие ограничения режима питания и образа жизни.

При обследовании пациента диагностирована аксиальная кардиофундальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, осложненная ГЭРБ, эрозивным эзофагитом, пищеводом Барретта.

Резистентность проявлений заболевания к медикаментозной терапии, развитие цилиндроклеточной (кишечной) метаплазии слизистой оболочки пищевода явились показанием к хирургической коррекции желудочно-пищеводного заброса.

Первым этапом лечения 28.04.2009 г. пациенту выполнена эндоскопическая аргоно-плазменная абляция метаплазированного эпителия пищевода, вторым – 29.04.2011 г. – лапароскопическое устранение хиатальной грыжи с реконструкцией по методике Nissen на 360°.

При обследовании больного через 2,5 года после проведенного лечения жалоб, клинических симптомов, инструментальных проявлений гастроэзофагеального рефлюкса и его осложнений не выявлено.

Цель демонстрации: показать эффективность и хороший отдаленный результат комбинированного хирургического лечения пищевода Барретта, развившегося на фоне грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

ДОКЛАД

*С.Ф. Багненко, Д.И. Василевский, В.И. Кулагин,
А.С. Прядко, Г.В. Михальченко, А.В. Луфт,
А.В. Филин, С.Л. Воробьев, Д.С. Силантьев*

АНТИРЕФЛЮКСНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА: ЗАДАЧИ И ВОЗМОЖНОСТИ

**(Научно-исследовательский институт скорой помощи имени
И.И. Джанелидзе, директор – член-корр. РАМН проф. С.Ф. Багненко,
Ленинградская областная клиническая больница,
главный врач – проф. В.М. Тришин,
Городская Елизаветинская больница, главный врач – проф. Б.М. Тайц)**

Цилиндроклеточная метаплазия слизистой оболочки пищевода (пищевод Барретта) относится к наиболее грозным осложнениям желудочно-пищеводного заброса. Клиническая роль данного феномена определяется его ролью в развитии эзофагеальной аденокарциномы.

Стремительный рост заболеваемости железистым раком пищевода в течение последних десятилетий в странах Европы и Северной Америки определяет повышенный интерес к вопросам верификации и лечения цилиндроклеточной метаплазии слизистой оболочки органа.

В докладе отмечены исторические аспекты развития представлений о проблеме, приведены статистические данные о распространенности патологии в мире. Отражены современные взгляды на критерии диагностики данного состояния, указаны существующие подходы к коррекции желудочно-пищеводного заброса при пищеводе Барретта. С патогенетических позиций обоснованы задачи антирефлюксных хирургических процедур.

Представлен анализ пятилетнего опыта оперативного лечения цилиндроклеточной метаплазии эзофагеального эпителия у 78 пациентов с хиатальными грыжами. На основании полученных результатов доказана эффективность хирургической концепции лечения пищевода Барретта.

2391 заседание
Хирургического общества Пирогова
28 марта 2012 года, 17⁰⁰

ДЕМОНСТРАЦИЯ

М.П. Королев, Л.Е. Федотов, Р.Г. Аванесян

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ВИРСУНГОВА ПРОТОКА И УДАЛЕНИЕ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ИЗ ПОЛОСТИ КИСТЫ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

(Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии, заведующий кафедрой – проф. М.П. Королев, Городская Мариинская больница, главный врач – проф. О.В. Емельянов)

Больной Ш., 52 лет, был госпитализирован в 5 хирургическое отделение Мариинской больницы 02.11.2010 г. в экстренном порядке с диагнозом: острый панкреатит. При ультразвуковом исследовании обнаружено жидкостное образование в области головки поджелудочной железы, содержащее в полости гиперэхогенные включения (сгустки крови). В экстренном порядке выполнена операция – дренирование кисты под ультразвуковым контролем. Эвакуировано около 200 мл геморрагической жидкости. Через 7 дней полость кисты уменьшилась до парадренажной, при фистулографии контрастирована полость кисты, связанная с вирсунговым протоком, который в проксимальном направлении непроходим. С функционирующим дренажем больной в удовлетворительном состоянии выписан 07.12.2010 г.

Повторно пациент госпитализирован 17.02.2011 г. Выполнена операция – попытка РХПГ, ЭПСТ и ретроградного стентирования панкреатического протока, наружно-внутреннее дренирование главного панкреатического протока через полость кисты. Однако при удалении дренажа из полости кисты проксимальная часть дренажа в результате фрагментирования осталась в полости кисты.

В июне 2011 г. больной госпитализирован для удаления инородного тела из полости кисты. 07.06.2011 г. выполнена операция – бужирование транспеченочного канала, удаление инородного тела полости кисты головки поджелудочной железы с помощью эндоскопии-

ческой петли. При фистулографии от 08.06.2011 г.: вирсунгов проток контрастируется, теней, подозрительных на инородное тело и конкрементов, нет. Контрастное вещество свободно поступает в просвет двенадцатиперстной кишки. В июле 2011 г. наружно-внутренний каркасный дренаж из просвета панкреатического протока удален.

Цели демонстрации: 1) показать возможности интервенционной хирургии при восстановлении проходимости панкреатического протока через полость постнекротической кисты поджелудочной железы, 2) представить оригинальный способ удаления инородного тела из полости кисты поджелудочной железы через сформированный чрескожный транспеченочный канал.

ДОКЛАД

*В.А. Кащенко, В.Н. Горбачев, Е.А. Сишкова, Д.В. Распереза,
Е.Г. Солоницын, С.М. Лобач, Т.В. Тинякова*

ТЕХНИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ГИБКОЙ ЭНДОВИДЕОСКОПИИ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ЭТАПНЫХ САНАЦИЙ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

(Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова,
главный врач – проф. Я.А. Накатис,
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования,
кафедра хирургии им. Н.Д. Монастырского,
заведующий кафедрой – проф. А.Е. Борисов)

В докладе представлены результаты лечения 7 больных с острым деструктивным панкреатитом, у которых выполнялись этапные санационные вмешательства с использованием гибкой эндовидеоскопической техники. У всех пациентов в качестве первого этапа выполняли верхнюю срединную лапаротомию, санацию брюшной полости, секвестрэктомию, дренирование сальниковой сумки, парапанкреатической и паракольной клетчатки. Показаниями к операции являлись осложнения панкреонекроза: перитонит и сепсис, парапанкреатический абсцесс. Использовалась комбинация «сквозного» и «несквозного» дренирования. В сроки 14-18 дней после операции проводился первый сеанс эндовидеоскопической санации через дренажные каналы с помощью гибких ультратонких эндоскопов диаметром 4,9 мм с рабочим каналом 2 мм. После удаления дренажей осуществляли эн-

доскопическую ревизию дренажных каналов, промывание каналов и оценку состояния тканей, удаление некротических секвестров парапанкреатической и паракольной клетчатки под эндовидеоскопическим контролем. При удалении секвестров использовали гибкие эндоскопические инструменты (петля, корзинка Дормиа), а также технику размывания водной струей. В последующем «программные» эндовидеоскопические секвестрэктомии проводились каждые 3-7 дней. У некоторых пациентов этапные санации продолжали после выписки в амбулаторном режиме. Среднее количество процедур на одного больного составило $8,7 \pm 1,5$.

В докладе представлены материалы, отражающие эндоскопическую семиотику и динамику патологического процесса при панкреонекрозе. Делается вывод о том, что применение повторных эндовидеоскопических санаций с использованием ультратонких гибких эндоскопов является эффективным методом длительного этапного лечения острого деструктивного панкреатита и малоинвазивной альтернативой повторным лапаротомным вмешательствам.

ДОКЛАД

А.В. Хохлов, И.Е. Онницев, Р.В. Деев, Б.В. Рисман

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ

**(Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
кафедра общей хирургии, начальник кафедры – проф. С.Я. Ивануса)**

Ультразвуковая диссекция – это новая технология в хирургии, позволяющая выполнять различные операции. В работе впервые подробно исследованы особенности воздействия ультразвука на ткани, обосновано применение ультразвуковой обработки гнойных ран.

В клинике общей хирургии Военно-медицинской академии накоплен опыт лечения 1008 больных с применением ультразвукового оборудования фирмы SÖRING (Германия). Из них у 856 больных ультразвук был использован для диссекции тканей при осуществлении хирургических операций (194 операции традиционным и 662 операции лапароскопическим доступом). У 152 больных метод использован для лечения гнойных ран, пролежней, трофических язв и синдрома диабетической стопы. Изучены морфологические и гисто-

химические изменения в ультразвуковой ране в различные сроки после операции в эксперименте на беспородных собаках, оценена эффективность применения ультразвуковой диссекции в хирургии, а также использования ультразвука для лечения гнойных ран.

Гистологическое исследование ран паренхиматозных органов, нанесенных ультразвуковыми инструментами в эксперименте, в том числе с использованием иммуногистохимических методик и электронной микроскопии, показало, что ультразвуковое воздействие обладает рядом преимуществ по сравнению с электродиссекцией, связанных как с глубиной наносимого повреждения, так и с протеканием фаз раневого процесса. Величина коагуляционного некроза в ультразвуковой ране была в 2-4 раза меньше, чем при использовании электрохирургических инструментов, а активность процессов пролиферации во второй фазе раневого процесса была значимо выше. Использование ультразвуковой диссекции позволило сократить объем кровопотери, а также сократить время на выполнение операций. Отсутствие электрического тока и значимого нагрева тканей сделало выполнение операции более безопасным. Низкочастотный ультразвук обладает способностью эффективно очищать гнойно-некротические раны и язвы различного происхождения, подавлять раневую инфекцию, улучшает трофику тканей и регенерацию.

Заключение: Опыт использования ультразвуковых хирургических инструментов позволяет судить об их высокой эффективности при осуществлении оперативного доступа, диссекции паренхиматозных органов. Применение ультразвука в лечении гнойных ран, пролежней, трофических язв и синдрома диабетической стопы привело к значимому сокращению продолжительности фаз раневого процесса и сроков лечения больных.

2392 заседание
Хирургического общества Пирогова
11 апреля 2012 года, 17⁰⁰

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*К.В. Павелец, М.В. Мельников, М.В. Антипова,
М.Ю. Лобанов, М.А. Протченков, А.В. Светликов,
К.В. Медведев, В.И. Ломакин, С.В. Петрик*

ВАРИАНТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПИЩЕВОДА У ПАЦИЕНТА СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ОТЯГОЩЕННОГО АНЕВРИЗМОЙ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

(Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, кафедра факультетской хирургии имени проф. А.А. Русанова, заведующий кафедрой – проф. Н.Ю. Коханенко, Городская Мариинская больница, главный врач – проф. О.В. Емельянов, Санкт-Петербургская государственная медицинская академия имени И.И. Мечникова, кафедра общей хирургии, заведующий кафедрой – проф. М.В. Мельников)

Больной Л., 80 лет, поступил в 6 хирургическое отделение Мариинской больницы в экстренном порядке 13.10.2009 г. с жалобами на затруднение прохождения жидкой пищи, боли за грудиной, потерю массы тела до 25 кг. Явления дисфагии нарастали на протяжении 3 недель. При эндоскопическом и рентгенологическом исследовании диагностирован рак нижней трети грудного отдела пищевода. При УЗИ брюшной полости выявлена инфраренальная аневризма аорты размерами 8 x 7 см. 21.10.2009 г. выполнена резекция пищевода с эзофагогастропластикой. Гистологическое исследование: высокодифференцированная аденокарцинома с поражением паракардиальных лимфоузлов. Послеоперационное течение без особенностей. Выписан в удовлетворительном состоянии на 21 сутки с рекомендациями продолжить лечение в сосудистом центре ЦМСЧ №122, куда поступил в мае 2010 г.

При МСКТ-ангиографии выявлена аневризма абдоминальной аорты. Расстояние от почечных артерий до шейки аневризмы 18 мм, диаметр шейки 24 мм. Максимальный поперечный размер 68 x 54 мм,

протяженность до бифуркации 80 мм. Общая длина 120 мм. 06.05.2010 г. выполнено эндопротезирование аневризмы с обеих сторон четырехкомпонентным протезом ANACONDA (Vascutek). Послеоперационный период протекал без осложнений.

Через 2 года пациент обследован, данных за рецидив заболевания не получено, эндопротез функционирует удовлетворительно.

Цель демонстрации: обсудить тактику и показать возможность успешного радикального хирургического лечения рака пищевода и аневризмы брюшного отдела аорты у пациента старческого возраста.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*С.Ф. Багненко, М.Ю. Кабанов, Д.М. Яковлева,
Ю.В. Аникин, А.В. Лапицкий*

ПРЕИМУЩЕСТВЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

**(Научно-исследовательский институт скорой помощи имени
И.И. Джанелидзе, директор – член-корр. РАМН проф. С.Ф. Багненко,
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
кафедра военно-морской и госпитальной хирургии,
начальник кафедры – проф. М.Ю. Кабанов)**

Пациентка Ч., 30 лет, поступила в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе 06.05.2008 г. переводом из многопрофильного стационара нашего города. Из анамнеза известно, что ранее больная была оперирована по поводу механической желтухи в объеме лапаротомии, холецистэктомии, холедохолитотомии, трансдуоденальной папилосфинктеротомии, холедохостомии. Послеоперационное течение заболевания осложнилось развитием деструктивного панкреатита, парапанкреатита. Далее пациентка перенесла 9 релапаротомий.

Больная переведена в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе с диагнозом: ЖКБ, хронический калькулезный холецистит, холедохолитиаз, субтотальный панкреонекроз, стриктура супра-, ретродуоденального и панкреатического отделов холедоха, механическая желтуха, разлитой ферментативный перитонит, гнойно-некротические целлюлиты забрюшинного клетчаточного пространства, корня брыжейки ободочной кишки и тонкой кишки, неполный несформировавшийся дуо-

денальный свищ, подострый сепсис.

При поступлении состояние расценено как тяжелое стабильное, в течение суток однократный подъем температуры тела до 38°C, частые рвоты желудочным содержимым с примесью вводимого в энтеростому питания, обильное отделяемое по дуоденальному свищу желчи и панкреатического сока, по дренажу Кера - до 300 мл желчи в сутки. В правом подреберье имеется глубокая рана с вялыми грануляциями, в которую открываются 2 свищевых хода - свищ двенадцатиперстной кишки и толстокишечный свищ.

14.05.2008 г. у больной произошла эвентрация тонкой кишки в зоне послеоперационной лапаротомной раны. По экстренным показаниям оперирована в объеме устранения эвентрации с формированием лапаростомы. Послеоперационное течение осложнилось формированием высокого тонкокишечного свища. Состояние больной прогрессивно ухудшалось, тяжесть состояния обусловлена сепсисом с явлениями полиорганной дисфункции. 10.06.2008 г. выполнена резекция тонкой кишки с зоной свища, формирование гастроэнтероанастомоза на изолированной по Ру петле тощей кишки с брауновским соустьем. Лапаростомная рана укрыта перемещенным кожным лоскутом на ножке. В послеоперационном периоде отмечен некроз лоскута в в/з лапаротомной раны. 20.06.2008 г. выполнена аутодермопластика расщепленным трансплантатом.

Послеоперационное течение заболевания осложнилось развитием рецидивных желудочно-кишечных кровотечений из острых язв желудка. После коррекции консервативной терапии течение заболевания гладкое. Койко-день составил 92 дня.

21.09.2009 г. больная в плановом порядке поступила в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе для решения вопроса об устранении свища печеночного угла толстой кишки. При обследовании у пациентки выявлена стриктура верхней трети трахеи (после длительного стояния интубационной трубки), в связи с чем от оперативного вмешательства принято решение воздержаться. Больная отправлена в ГБ №2, где пациентке выполнена резекция верхней трети трахеи.

04.04.2011 г. в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в плановом порядке пациентке выполнено устранение калового свища. Больная выписана на 8 сутки.

Цель демонстрации: показать возможности многопрофильного стационара в лечении пациента с множественными послеоперационными осложнениями.

ДОКЛАД

*В.А. Кащенко, Е.А. Сишкова, Д.В. Распереза, Е.Г. Солоницын,
С.М. Лобач, Т.В. Тинякова, В.Н. Горбачев, В.В. Тондза*

ВИДЕОКАПСУЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

**(Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова,
главный врач – проф. Я.А. Накатис,
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования,
кафедра хирургии им. Н.Д. Монастырского,
заведующий кафедрой – проф. А.Е. Борисов)**

Видеокапсульная эндоскопия в Клинической больнице №122 имени Л.Г. Соколова применяется с 2007 г. За прошедший период выполнено 105 исследований. Наиболее частым показанием для выполнения данной диагностической процедуры являются «скрытые» желудочно-кишечные кровотечения, источником которых являются различные заболевания тонкой кишки. Так, в 55 случаях видеокапсульная эндоскопия была выполнена при подозрении на тонкокишечное кровотечение у пациентов с отрицательными результатами гастроскопии и колоноскопии. В качестве источника кровотечения были обнаружены: ангиодисплазии тонкой кишки, неоплазии (рак, GIST, меланома), болезнь Крона, язвы тонкой кишки и др. Кроме этого, при капсульной эндоскопии были выявлены изменения слизистой оболочки, характерные для болезни Крона, целиакии и др.

Однако изолированное использование видеокапсульной эндоскопии в клинике ограничивает отсутствие возможности морфологического подтверждения диагноза, управления капсулой с целью более детальной оценки патологического очага и использования её в лечебных целях. В этой связи целесообразно сочетать её с другими эндоскопическими методами, такими как баллонная энтероскопия.

В докладе обсуждаются роль и место видеокапсульной эндоскопии в диагностических программах у пациентов многопрофильной хирургической клиники.

2393 заседание
Хирургического общества Пирогова
25 апреля 2012 года, 17⁰⁰

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*А.М. Гранов, В.Н. Польшалов, Д.А. Гранов,
В.В. Боровик, Н.В. Олещук Н.В.*

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ

(Российский научный центр радиологии и хирургических технологий,
директор – акад. РАМН А.М. Гранов)

Больной Ш., 1951 г.р., поступил в клинику РНЦРХТ с диагнозом: очаговое новообразование правой доли печени. При поступлении предъявлял жалобы на боли в правой поясничной области.

20.11.1991 г. выполнена операция – резекция 6, 7, 8 сегментов печени, катетеризация пупочной вены. Гистологическое заключение: высококодифференцированный гепатоцеллюлярный рак. Послеоперационный диагноз: гепатоцеллюлярная карцинома T4N0M0. 10.12.1991 г. выполнялась адьювантная химиоэмболизация печени через пупочный катетер (250 мг 5ФУ, 9 мл этиотраста). Через 6 месяцев 07.05.1992 г. диагностирован рецидив опухоли, выполнена химиоэмболизация печеночной артерии (ХЭПА, 30 мг доксорубицина).

Через 7 лет 12.05.1999 г. выполнена операция по поводу рецидива – паратуморальная резекция левой доли печени.

В ноябре 2000 г. выявлен рецидив опухоли в левой доле, имплантационные метастазы в большой сальник и подпечёночное пространство. 21.11.2000 г. выполнена операция – лапаротомия, удаление опухолевых узлов большого сальника и подпечёночного пространства, криодеструкция опухолевого узла левой доли печени. Послеоперационное течение гладкое.

15.02.2001 г. выполнялась химиоэмболизация печеночной артерии (40 мг доксорубицина, 10 мл липиодола), продленная химиоинфузия в чревный ствол (5-ФУ 6000 мг). 20.07.2001 г. выполнялась продленная химиоинфузия в печеночную артерию (5000 мг 5-ФУ).

В мае 2007 г. диагностирован продолженный рост в 4 сегменте,

выполнена повторная биопсия (гистологическое заключение: высокодифференцированный гепатоцеллюлярный рак). В последующем проведено 9 курсов регионарной химиотерапии препаратами доксорубицин (220 мг), митомицин С (40 мг), липиодол (50 мл).

14.02.2011 г. выполнена ангиография, химиоэмболизация печени с 1000 мг 5-ФУ, 10 мл липиодола. По данным МСКТ отмечена стабилизация процесса.

Цель демонстрации: показать опыт длительного успешного комбинированного этапного лечения рецидивирующего рака печени.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*Д.А. Гранов, В.А. Кащенко, В.Н. Горбачев, В.Г. Пищик,
Р.В. Орлова, И.В. Рыков, Т.В. Савельева, Е.А. Сишкова,
Е.Г. Солоницын, П.Ю. Щербаков, Г.А. Раскин*

КОМПЛЕКСНОЕ МНОГОЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С КАРЦИНОМой ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ И ЛЕГКИХ

(Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова,
главный врач – проф. Я.А. Накатис)

Пациент П., 1955 г.р., госпитализирован в Клиническую больницу №122 имени Л.Г. Соколова в марте 2010 г., когда была выявлена стенозирующая опухоль селезеночного угла ободочной кишки. 16.03.2010 г. выполнена операция – расширенная левосторонняя гемиколэктомия. Гистологическое заключение: умереннодифференцированная аденокарцинома, в лимфатических узлах без признаков метастазирования (pT3N0). При МСКТ органов грудной клетки от 10.03.2010 г. выявлено образование в S3 левого легкого. Рекомендовано проведение биопсии образования, от которой пациент воздержался. При КТ-контроле в динамике от 05.10.2010 г. выявлен рост образования в левом легком, появление множественных очагов в правой доле печени. 11.10.2010 г. в условиях торакального отделения выполнена расширенная верхняя лобэктомия слева. Гистологическое заключение и ИГХ от 19.10.2010 г.: иммунофенотип соответствует метастазу аденокарциномы толстой кишки. При МРТ брюшной полости от 29.10.2010 г. сохраняются очаги в правой доле печени.

С ноября 2010 г. проведено 2 цикла 1 линии ПХТ по схеме "mFOLFOX6". При обследовании отмечен частичный регресс (по данным МРТ). 20.12.2010 г. выполнена операция – правосторонняя гемигепатэктомия. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. При УЗИ брюшной полости в послеоперационном периоде выявлена гематома в поддиафрагмальной области. При наблюдении в динамике отмечена организация гематомы, данных за появление новых очагов, рецидив заболевания нет.

С января 2011 г. по май 2011 г. проведено 9 циклов послеоперационной ПХТ по схеме "mFOLFOX 6". При контрольном обследовании по данным КТ, ФКС и ФГДС от июня 2011 г. данных за прогрессирование заболевания не выявлено. С июля 2010 г. начата поддерживающая терапия Авастином (бевацизумаб) 7,5 мг/кг (600 мг). При МСКТ контроле от 05.10.2011 г. признаков рецидива не получено.

Цель демонстрации: подчеркнуть важность междисциплинарного подхода в лечении метастатического колоректального рака.

ДОКЛАД

*А.М. Гранов, Д.А. Гранов, Ф.К. Жеребцов, Д.Н. Майстренко,
В.Н. Польшалов, В.В. Боровик, И.О. Руткин, В.В. Осовских,
С.П. Цурупа, Э.И. Ярандайкина, О.А. Герасимова,
И.И. Тилеубергенов, С.В. Шаповал, А.Д. Белов*

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ В РНЦРХТ: ОПЫТ ПЕРВЫХ 100 ОПЕРАЦИЙ

(Российский научный центр радиологии и хирургических технологий,
директор – акад. РАМН А.М. Гранов)

С момента выполнения первой операции трансплантации печени в Северо-Западном регионе прошло более 13 лет. Первые операции в конце 90-х годов являлись торжеством хирургической техники и знаковым событием для отечественной медицины. В настоящее время трансплантация печени является по существу «рутинной» операцией.

Целью исследования являлось изучить опыт организации трансплантационного центра и результаты первых 100 операций трансплантации печени (ОТП).

Впервые трансплантация печени выполнена в стенах нашего

Центра 14.06.1998 г. Первые операции проводились при поддержке трансплантационной группы Каролинского университета г. Стокгольм, Швеция. В настоящее время мы представляем результаты функционирования трансплантационной группы на базе РНЦРХТ, а также опыт первых 100 операций.

С июня 1998 г. по июнь 2011 г. нами выполнено 98 ОТП с использованием полноразмерного трупного органа и 2 операции трансплантации печени от живого родственного донора 95 пациентам. Большинство реципиентов имели цирроз печени вирусной этиологии (гепатит В,С,Д) – 57, в том числе с развитием гепатоцеллюлярной карциномы в 8 наблюдениях. Аутоимунные заболевания печени в стадии декомпенсации выявлены у 28 пациентов. Веноокклюзионная болезнь печени с синдромом Бадда-Киари диагностирована в 3 наблюдениях. Другие заболевания печени выявлены у 7 реципиентов. Ретрансплантации печени (N=6) выполнены 5 больным по различным причинам, в том числе одному пациенту дважды.

При выполнении операций использовались различные хирургические методики реваскуляризации. ОТП с сохранением нижней полой вены (НПВ) реципиента выполнена в 65 наблюдениях. Классическая методика с резекцией НПВ выполнена в 35 наблюдениях, в том числе с использованием временного аппаратного кровообращения в 27 случаях. Продолжительность операции составила от 6,4 до 16,3 часов (в среднем $7,8 \pm 1,4$ часов).

Послеоперационная летальность составила 7%. Отсутствие первичной функции трансплантата отмечено в 3 наблюдениях, в одном из них выполнена успешная ретрансплантация. Сосудистые осложнения после ОТП выявлены в 6% случаев. Билиарные осложнения в раннем послеоперационном периоде отмечены в 8 наблюдениях. 1, 2 и 3-х летняя актуаральная выживаемость составила 91%, 86% и 83% соответственно.

Заключение: Несмотря на совершенствование хирургической техники и лекарственного обеспечения при трансплантации печени, данное направление медицинской мысли остается сложнейшей комплексной проблемой, требующей участия широкого спектра специалистов. ОТП является методом выбора в лечении больных с терминальными формами заболеваний печени и позволяет добиться хороших непосредственных и отдаленных результатов.

2394 заседание
Хирургического общества Пирогова
23 мая 2012 года, 17⁰⁰

ДЕМОНСТРАЦИЯ

М.Ю. Кабанов, И.А. Соловьев, Д.А. Дымников

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ КИСТОЙ СЕЛЕЗЕНКИ

(Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
кафедра военно-морской и госпитальной хирургии,
начальник кафедры – проф. М.Ю. Кабанов)

Больной М., 34 лет, 24.11.2010 г. поступил в клинику ВМГХ с диагнозом: острый живот, разлитой перитонит. При поступлении предъявлял жалобы на боли в верхних отделах живота и левом подреберье. В апреле 2010 г. пациент упал на левый бок, после чего в течение 5-6 месяцев беспокоили постоянные ноющие боли в левом подреберье, пояснице, левой половине грудной клетки.

При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепато-, спленомегалия, диффузные изменения поджелудочной железы, небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости.

24.11.2010 г. выполнена диагностическая лапароскопия, при которой в брюшной полости выявлено значительное количество свертков крови объемом около 500 мл, в левом подреберье определяется инфильтрат размерами около 20 см, включающий в себя селезенку, тело желудка, хвост поджелудочной железы, селезеночный изгиб ободочной кишки. Инфильтрат малоподвижен, окружен плотной капсулой с подтеканием вишневой крови. При выделении инфильтрата вскрыта полость гематомы со свертками крови объемом до 700 мл. Выявлено, что большая часть селезенки находится внутри капсулы гематомы. Выполнена лапаротомия, спленэктомия.

Послеоперационный период протекал гладко. Больной выписан на 8 сутки. Диагноз: Посттравматическая киста селезенки, осложненная разрывом и кровотечением.

Цель демонстрации: показать случай атипичного течения посттравматической кисты селезенки.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

В.Н. Горбачев, В.А. Кащенко

УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАРДИОСПАЗМА ПЕРЕДНЕЙ ЭЗОФАГОКАРДИОМИОТОМИЕЙ ПО ГЕЛЛЕРУ С ПЛАСТИКОЙ ПОСТМИОТОМИЧЕСКОГО МЫШЕЧНОГО ДЕФЕКТА СЕРОЗНО-МЫШЕЧНЫМ ЛОСКУТОМ ЖЕЛУДКА НА СОСУДИСТОЙ НОЖКЕ

(Клиническая больница № 122 имени Л.Г. Соколова,
главный врач – проф. Я.А. Накатис)

Больная, 42 лет, поступила в 1 хирургическое отделение Клинической больницы №122 имени Л.Г. Соколова 20.12.2010 г. В течение 5 лет страдала кардиоспазмом. К моменту поступления с трудом принимала жидкую и твердую пищу, имелись симптомы регургитации жидкой пищи из пищевода в положении лежа, потеряла в весе около 17 кг. При рентгенологическом исследовании пищевода отмечены признаки кардиоспазма 3 ст. От кардиодилатации отказалась.

21.12.2010 г. пациентка оперирована. Во время операции обнаружен спазм абдоминального отдела пищевода и кардии с супрастенотическим расширением выше диафрагмы. Наружный диаметр суженной части абдоминального отдела пищевода около 1,5 см, расширенной части пищевода - около 4,5 см. Произведена передняя эзофагокардиомиотомия по Геллеру. Образовавшийся постмиотомический дефект овоидной формы с наибольшей длиной около 6 см и шириной 3,5 см заполнен серозно-мышечным лоскутом, выкроенным из малой кривизны антрального отдела, угла и нижней трети тела желудка, его передней и задней стенок на сосудистой ножке из нисходящих ветвей левой желудочной артерии и вены. Лоскут фиксирован в постмиотомическом дефекте непрерывным швом. В процессе операции тщательно осуществлялся гемостаз для предупреждения отслойки лоскута.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана на 9 сутки. Процесс глотания пищи после операции оценивается больной, как нормальный. Рентгенологически и клинически все признаки кардиоспазма исчезли.

Цель демонстрации: показать высокую эффективность лечения кардиоспазма передней эзофагокардиомиотомией по Геллеру с пластикой дефекта серозно-мышечным лоскутом желудка.

ДОКЛАД

М.П. Королев, Л.Е. Федотов, Р.Г. Аванесян

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВИРСУНГО- И САНТАРИНИЕВОЛИТИАЗЕ, СТРИКТУРАХ И ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПРОТОКОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

(Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии, заведующий кафедрой – проф. М.П. Королев, Городская Мариинская больница, главный врач – проф. О.В. Емельянов)

За период с 2006 по 2012 гг. в 5 хирургическом отделении Мариинской больницы выполнены более 40 малоинвазивных операций по поводу доброкачественных заболеваний и повреждений панкреатических протоков. Основным методом обследования являлось ультразвуковое исследование, в 12 случаях выполнены МРТ и МСКТ.

В результате обследования больные разделены на следующие группы: 25 больных с вирсунголитиазом, 8 больных со стриктурами протока, 9 больных с нарушением проходимости или повреждением панкреатических протоков в результате постнекротических изменений ткани поджелудочной железы.

Литоэкстракцию из протоков выполняли 3 способами: антеградно с применением бужей и баллонов различной конструкции; ретроградно с помощью эндоскопической техники; комбинированным способом с использованием чрескожного и транспапилярного доступов. При стриктурах панкреатических протоков выполняли бужирование, баллонную дилатацию, анте- или ретроградное стентирование, наружно-внутреннее дренирование. Восстановление поврежденного участка панкреатического протока выполняли на каркасном дренаже или стенте, проведенном антеградно или ретроградно. В 5 случаях выполнены дополнительные малоинвазивные операции в связи с присоединившимися осложнениями. Летальность составила 2,4%.

Выводы: 1) малоинвазивные методы литоэкстракции из протоков поджелудочной железы являются приоритетными в лечении панкреатиколитиаза; 2) благодаря каркасному наружно-внутреннему дренированию и стентированию протоков поджелудочной железы удается восстановить проходимость и целостность протока без применения открытых хирургических вмешательств.

**2395 заседание
Хирургического общества Пирогова
13 июня 2012 года, 17⁰⁰**

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*А.В. Светликов, Д.А. Гуляев, С.Я. Чеботарев,
С.В. Литвиновский, Ю.М. Боробов, Т.Х. Гамзатов*

**СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО УДАЛЕНИЯ ГИГАНТСКОЙ
ХЕМОДЕКТОМЫ ШЕИ, ОСЛОЖНЁННОЙ
ПРОРАСТАНИЕМ НАРУЖНОЙ СОННОЙ АРТЕРИИ**

**(Клиническая больница № 122 имени Л.Г. Соколова,
главный врач – проф. Я.А. Накатис,
Нейрохирургический центр имени проф. Г.С. Тиглиева,
Центр сосудистой хирургии имени Т. Топпера)**

Пациентка Г., 64 лет, поступила в Клиническую больницу №122 имени Л.Г. Соколова в плановом порядке в мае 2011 г. с жалобами на наличие опухолевидного образования правой половины шеи, подчелюстной области, затруднение при глотании, эпизоды головокружения, нарушения памяти. В декабре 2010 г. пациентка перенесла ангину, после чего обратила внимание на припухлость правой половины шеи. В связи с подозрением на опухоль окологлоточного пространства направлена на обследование в Ростовский НИИ Онкологии. При дообследовании выявлена связь опухоли с сонными артериями, рекомендована госпитализация в ангиохирургический стационар.

При обследовании (КТ головы и шеи, дуплексное сканирование и КТ-ангиография брахиоцефальных артерий) выявлена опухоль 6,6 x 5,2 см в области бифуркации сонной артерии, прорастающая стенку наружной сонной артерии и распространяющаяся к основанию черепа. Предварительный диагноз: каротидная параганглиома (хемодектома), тип 2 по классификации Shamblin.

19.05.2011 г. пациентка оперирована в объёме тотального удаления вагальной параганглиомы с резекцией наружной сонной артерии из трансмандибулярного околоязычного ретрофарингеального доступа справа. Оперативное вмешательство выполнялось двумя бригадами хирургов – нейрохирургической и ангиохирургической. В виду больших размеров опухоли с распространением до уровня основания

черепа, выполнена срединная остеотомия нижней челюсти с подвывихом правой её половины в височно-нижнечелюстном суставе. В ходе оперативного пособия подъязычный, блуждающий, языкоглоточный нервы, элементы шейного симпатического сплетения, а также наружная сонная артерия резецированы. Гистологическое заключение: каротидная параганглиома, альвеолярный вариант.

В раннем послеоперационном периоде отмечались явления дыхательной недостаточности, что потребовало наложения временной трахеостомы. Очаговая неврологическая симптоматика, обусловленная повреждением ряда черепных нервов, включала в себя нарушение артикуляции речи, пережёвывания пищи и глотания, осиплость голоса, дисфагия, поперхивание, синдром Горнера.

На 9 сутки пациентка выписана из стационара. Все послеоперационные раны зажили первичным натяжением. В течение последующих 2 недель голос пациентки в значительной мере восстановился, прошли явления поперхивания пищей. По прошествии 5 месяцев признаки рецидива опухоли отсутствуют.

Цель демонстрации: показать возможность радикального удаления гигантской хемодектомы шеи с использованием описанного доступа и пример мультидисциплинарного взаимодействия хирургических служб в условиях многопрофильной больницы.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

К.В. Павелец, О.Г. Вавилова, П.С. Федорова

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТЫ ПИЩЕВОДА

(Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, кафедра факультетской хирургии имени проф. А.А. Русанова, заведующий кафедрой – проф. Н.Ю. Коханенко, Городская Мариинская больница, главный врач – проф. О.В. Емельянов)

Больной М., 39 лет, поступил в 6 хирургическое отделение Мариинской больницы 14.04.2011 г. в плановом порядке с жалобами на периодическое затруднение прохождения твердой пищи. Подобные жалобы отмечает в течение 2 лет.

При рентгенологическом исследовании пищевода и желудка: пищевод свободно проходим, стенки эластичные с четкими, ровными контурами, перистальтика активная; на уровне бифуркации трахеи по

передней стенке пищевода определяется краевой дефект наполнения с четкими ровными контурами, протяженностью 5 см за счет мягкотканого образования размерами 5 x 3,8 см, вдающегося в просвет пищевода на 1/3 своего объема. Заключение: рентгенологические признаки лейомиомы бифуркационного отдела пищевода.

При ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая его розовая. На 32-34 см определяется экзофитное образование по передней стенке шаровидной формы, с неизменной слизистой, гладкой поверхностью, размерами до 15 x 5 мм, выходящее в просвет на 1/2 диаметра пищевода. Заключение: лейомиома среднегрудного отдела пищевода.

15.04.2011 г. больной оперирован. Выполнена переднебоковая торакотомия в 5 межреберье. Чуть выше v. azugos на уровне бифуркационного сегмента определяется мягкоэластичное образование диаметром 4 см, исходящее из левой стенки пищевода. Плевра и мышечно-адвентициальный слой в области новообразования продольно рассечены на протяжении 6 см. При мобилизации образования нарушена его целостность: выделилось около 30 мл гноя без запаха. После того, как образование спалось, выявлено, что оно представляет из себя многокамерную кисту, стенка которой имеет эпителиальную выстилку. При ревизии полости кисты связи с просветом пищевода не обнаружено. Киста иссечена в пределах подслизистого слоя пищевода. В ходе мобилизации кисты вскрыт просвет пищевода на протяжении 1,5 см. Дефект ушит, восстановлена целостность мышечно-адвентициального слоя. Послеоперационный диагноз: Нагноившаяся многокамерная киста средней трети пищевода.

Гистологическое заключение: мышечная и соединительная ткань, однорядный и многорядный уплощенный эпителий.

При контрольном рентгеноскопическом исследовании пищевода на 4 сутки затеков контрастной взеси и дефектов наполнения не выявлено. Больной начал питаться через рот.

В послеоперационном периоде на 7 сутки в результате самостоятельной физической нагрузки произошел разрыв перикостальных швов торакальной раны с внутривенральным кровотечением. Выполнена реторакотомия, санация и дренирование правой плевральной полости. Выписан в удовлетворительном состоянии 04.05.2011 г.

При контрольном обследовании через 6 месяцев жалоб не предъявляет, изменений со стороны стенки пищевода не выявлено.

Цель демонстрации: показать редкую патологию пищевода, трудность диагностики и вариант хирургического лечения.

ДОКЛАД

А.Ф. Романчишен, К.В. Вабалайте

НОВЫЕ СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ ТИРЕОИДНОЙ ХИРУРГИИ В РОССИИ

(Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии и ВПХ, заведующий кафедрой – проф. А.Ф. Романчишен, Санкт-Петербургский центр хирургии органов эндокринной системы)

Исследован вклад выдающихся российских хирургов Н.И. Пирогова, И.В. Буяльского, Н.А. Вельяминова, Ф.И. Иноземцева, А.А. Боброва, С.П. Фёдорова, В.А. Оппеля, Н.Ф. Лежнёва и их учеников в развитие тиреоидной хирургии.

В возрасте 21 года во время письменного экзамена на степень доктора медицины Н.И. Пирогов изложил представления о функции, строении и основных моментах экстирпации щитовидной железы. В мае 1847 г. он во Владикавказе впервые в мире выполнил резекцию щитовидной железы под общим обезболиванием (меньше, чем через год после начала клинического использования эфира J. Warren). Подобные операции им выполнялись в 1852-1853 гг. с наложением 30-40 лигатур. В тот же период (май 1847 г.) под общим обезболиванием начали оперировать И.В. Буяльский в Санкт-Петербурге и Ф.И. Иноземцев в Москве. Н.А. Вельяминов в 1886 г. выполнил резекцию щитовидной железы в связи с диффузным токсическим зобом.

В 1904 г. доктором Н.Ф. Лежнёвым, учеником профессора А.А. Боброва, заведующего кафедрой факультетской хирургии Московского университета, была защищена первая в России диссертация по зобу. В ней отмечено, что с 1893 г. в клинике А.А. Боброва было выполнено 106 операций на щитовидной железе под визуальным контролем возвратных нервов. F.G. Lahey опубликовал результаты применения такой методики в 1938 г. Ученик той же кафедры профессор С.П. Фёдоров, возглавивший кафедру факультетской хирургии Военно-медицинской академии, изучал структуру крови у тиреоидных больных, эктопический зоб, первым выполнил аллотрансплантацию тиреоидной ткани в 1920 г. В его клинике в 20-е годы операции на щитовидной железе составляли 10-20% от общего числа.

В 1914 г. W. Мауо посетил кафедры профессоров Мартынова, Фёдорова, Отта, Турнера, Цейдлера, Вредена и дал высокую оценку состояния российской хирургии. Изучение фотографии, отражающей это событие, выяснение имён докторов, изображенных на ней, позволило познакомиться с теми, кто уже был или стал позже хирургической элитой России.

Два ученика профессора И.Ф. Моера в Дерптском университете – Н.И. Пирогов и Ф.И. Иноземцев – создали условия для развития тиреоидной хирургии в России. Первый основал кафедру госпитальной (факультетской) хирургии Военно-медицинской академии, второй – факультетскую клинику Московского университета. С одной стороны, ученики Ф.И. Иноземцева в ряду – Н.В. Склифосовский, С.П. Фёдоров, А.А. Бобров, Н.Ф. Лежнёв, Г.Ф. Цейдлер – оказали влияние на формирование Е.С. Драчинской как тиреоидного хирурга в Ленинграде. С другой стороны, учителем Е.С. Драчинской был ученик С.П. Фёдорова – выпускник Военно-медицинской академии В. Шаак.

Кафедрами общей и госпитальной хирургии Ленинградского педиатрического медицинского института заведовали профессора В.И. Корхов и И.Д. Аникин – ученики С.П. Фёдорова. На этих кафедрах несколько позже работал Л.Н. Камардин, ученик Е.С. Драчинской и последователь В.И. Корхова и И.Д. Аникина. Результатом стала организация Санкт-Петербургского центра эндокринной хирургии.

Заключение: Хронологический перечень славных имён выдающихся учителей отчётливо показывает основополагающую роль профессоров Московского университета, реализованную через их учеников и кафедру факультетской хирургии Военно-медицинской академии на становление школы эндокринных тиреоидных хирургов Санкт-Петербурга в целом и Санкт-Петербургского центра эндокринной хирургии и онкологии в частности.

2396 заседание
Хирургического общества Пирогова
27 июня 2012 года, 17⁰⁰

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*М.П. Королев, Л.Е. Федотов, Р.Г. Аванесян,
Р.Л. Казаров, Е.И. Король*

ЛЕЧЕНИЕ ЯТРОГЕННОЙ СТРИКТУРЫ МОЧЕТОЧНИКА С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАНСКУТАННЫХ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

(Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии, заведующий кафедрой – проф. М.П. Королев, Городская Мариинская больница, главный врач – проф. О.В. Емельянов)

Пациентка Я., 53 лет, поступила в урологическое отделение Мариинской больницы 26.12.2009 г. с диагнозом: состояние после над-влагалищной ампутации матки и удаления правых придатков, стриктура нижней трети правого мочеточника справа, перкутанная нефростомия справа, выпадение нефростомы от 26.12.2009 г., уретеропиелоэктазия справа, хронический правосторонний пиелонефрит в стадии обострения. Из анамнеза известно, что больная страдает хроническим вирусным гепатитом С, ожирением III степени, тромбоцитопенией. Неоднократно больная консультирована в ведущих урологических клиниках города с целью восстановления проходимости мочеточника, однако в оперативном лечении отказано в виду тяжелой сопутствующей патологии. Многочисленные попытки ретроградного стентирования мочеточника не увенчались успехом. В срочном порядке 27.12.2009 г. выполнена операция – перкутанная нефростомия справа под ультразвуковым контролем.

Пациентка повторно госпитализирована 30.01.2010 г. с диагнозом: стриктура нижней трети правого мочеточника, гидронефроз правой почки, состояние после нефростомии под ультразвуковым контролем, засорение нефростомы. При фистулографии выявлен блок на уровне нижней трети мочеточника. Пациентке 04.02.2010 г. выполнена операция – антеградное наружно-внутреннее дренирование правого мочеточника под рентгенологическим контролем.

В дальнейшем в апреле 2010 г., октябре 2010 г., январе 2011 г. выполнены бужирования стриктуры и поэтапные смены дренажей, начиная с диаметра 8,5F до 14F. В мае 2011 г. во время очередной госпитализации выполнена баллонная дилатация стриктуры нижней трети мочеточника, установлена страховочная нефростома под рентгенологическим контролем. В июне 2011 г. при фистулографии констатирована адекватная проходимость мочеточника, нефростома удалена в июле 2011 г.

В октябре 2011 г. выполнена внутривенная урография – выделительная функция почек не нарушена, при биохимическом исследовании крови признаков почечной недостаточности не выявлено.

Цель демонстрации: показать возможности интервенционных технологий в лечении ятрогенной стриктуры мочеточника у больной, у которой традиционные хирургические вмешательства невыполнимы в связи с тяжелой сопутствующей патологией.

ДОКЛАД

*А.Б. Сингаевский, В.Б. Кожевников, А.В. Светликов,
В.А. Кащенко, В.Н. Горбачев, А.С. Шаповалов, П.А. Галкин*

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ЛОКАЛЬНОГО ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ РАН

**(Дорожная клиническая больница, директор – проф. Н.В. Ефимов,
Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова,
главный врач – проф. Я.А. Накатис)**

Одним из современных перспективных методов местного воздействия на раневой процесс является метод терапии ран контролируемым отрицательным давлением (СНР-терапия). Преимуществами метода являются ускоренная эвакуация слабо фиксированных нежизнеспособных тканей, микроорганизмов и экссудата, усиление микроциркуляции в области раневого ложа, стимуляция образования грануляционной ткани.

В работе проанализированы результаты лечения 23 пациентов от 18 до 70 лет, находящихся на стационарном лечении в хирургических отделениях Дорожной клинической больницы и Клинической больницы № 122 имени Л.Г. Соколова по поводу различных гнойных за-

болеваний мягких тканей и костно-суставного аппарата: гнойно-некротические формы синдрома диабетической стопы – 3, некротические раны конечностей при облитерирующем атеросклерозе с ишемией различной степени выраженности – 4, анаэробные флегмоны – 2, обширные некротические раны конечностей – 4, остеомиелиты – 2, трофические язвы – 4, пролежни – 1, гранулирующие раны – 3.

На 2-3 сутки после выполнения хирургической обработки ран в случае отчетливого гемостаза в ране налаживалась система «Suprasorb CNP» с целью терапии локальным отрицательным давлением. Для этого в условиях перевязочной выполнялась санация раны, обработка антисептиком. Затем на раневое ложе помещали слой антимикробной марли специального петельчатого плетения (KERLIX), сверху укладывался силиконовый раневой дренаж и затем поверх него еще один слой антимикробной марли до уровня, чуть возвышающегося над поверхностью кожи. Фиксация повязки осуществлялась с помощью полупроницаемого пленочного покрытия (Suprasorb® F), которое обеспечивает герметизацию раны. Выходной конец силиконового дренажа через полихлорвиниловый переходник подсоединялся к источнику отрицательного давления – насосу «Suprasorb». Критериями оценки эффективности лечения являлись: динамика болевого синдрома, визуальная оценка регенераторных процессов в области раны, бактериологическое исследование раны, отсутствие побочных эффектов. Смену повязки производили через 2-3 суток в зависимости от степени экссудации.

Метод лечения ран контролируемым отрицательным давлением с помощью аппарата «Suprasorb CNP» показывает высокую клиническую эффективность в лечении больных с хирургической инфекцией мягких тканей и костно-суставного аппарата. Во всех случаях отмечена хорошая переносимость и безопасность применения аппарата. Использование метода позволило значительно облегчить пациентам послеоперационный период. Отмечено быстрое очищение раны и активный рост грануляционной ткани, что позволило сократить сроки стационарного лечения.

**ПРАВЛЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА**

Королёв Михаил Павлович, *председатель*
(раб. тел. 275-75-07, моб. тел. +7 - 960 - 2570921)

Кочетков Александр Владимирович, *заместитель председателя*
(раб. тел. 542-61-03, моб. тел. +7 - 921 - 7599155)

Кащенко Виктор Анатольевич, *член правления*
(раб. тел. 558-98-54, моб. тел. 928-95-25)

Левченко Евгений Владимирович, *член правления*
(моб. тел. +7 - 911 - 7500005)

Манихас Георгий Моисеевич, *член правления*
(раб. тел. 756-99-00, моб. тел. +7 - 921 - 9649364)

Рутенбург Григорий Михайлович, *член правления*
(раб. тел. 555-35-15, 555-08-56, моб. тел. +7 - 921 - 9650498)

Чеминава Реваз Валерьянович, *член правления*
(раб. тел. 499-68-51, моб. тел. +7 - 960 - 2665215)

Филонов Алексей Леонидович, *ответственный секретарь*
(раб. тел. 275-73-66, моб. тел. +7 - 921 - 3246416)

Плотников Юрий Владимирович, *референт*
(раб. тел. 543-94-20, дом. тел. 683-45-54)

Мосина Наталия Валентиновна, *казначей*
(раб. тел. 275-73-66, моб. тел. +7 - 921 - 3831386)

Баскакова Зинаида Ивановна, *архивариус*
(раб. тел. 735-88-53, дом. тел. 730-28-65)

Заседания Хирургического общества Пирогова проводятся
во вторую и четвертую среду месяца в аудитории № 7
Санкт-Петербургского государственного медицинского
университета имени академика И.П. Павлова
(ст.м. «Петроградская», ул. Льва Толстого, 6/8).
Начало заседаний в 17⁰⁰

ПРАВИЛА ПОДАЧИ ЗАЯВОК НА ДОКЛАДЫ И ДЕМОНСТРАЦИИ

Тексты докладов и демонстраций – в объеме не более 1 страницы, завизированные руководителем, должны быть представлены в двух экземплярах, выполнены шрифтом Times New Roman, размер 14 пт, одинарный интервал, а также **обязательно (!)** предоставление версии на электронном носителе.

Почтовые корреспонденции предоставлять по адресу:
191104, Санкт-Петербург, Литейный пр., дом 56, корпус 9,
Городская Мариинская больница, Королёву Михаилу Павловичу.

ОБРАЗЕЦ ОФОРМЛЕНИЯ МАТЕРИАЛОВ

ДОКЛАД (ДЕМОНСТРАЦИЯ)

М.П. Королёв, Л.Е. Федотов, Р.Г. Аванесян

ЛИТОЭКСТРАКЦИЯ ИЗ ПРОТОКОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОД КОМБИНИРОВАННЫМ КОНТРОЛЕМ

**(Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская
академия, кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии,
заведующий кафедрой – проф. М.П. Королёв)**

(ТЕКСТ)