

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

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

2445-е заседание 25.02.2015 г.

Председатель — О. Н. Эргашев

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. В. К. Балашов, Э. Г. Топузов, М. А. Бобраков, Э. Э. Топузов (кафедра госпитальной хирургии им. В. А. Опеля СЗГМУ им. И. И. Мечникова). **Нестандартная хирургическая тактика при раке толстой кишки, осложнённом обширным абсцессом брюшной полости.**

Больная Г., 45 лет, госпитализирована в клинику 18.02.2014 г. с жалобами на сильные боли в животе, больше по правому фланку, увеличение живота, резкое снижение массы тела, выраженную слабость. Больная пониженного питания. В правых отделах живота пальпируется плотное, несмещаемое опухолевое образование размером 25×20×25 см. Выраженная анемия (50 г/л). Диагноз: опухоль брюшной полости? Анемия. 20.02.2014 г. выполнена компьютерная томография с контрастированием. Заключение: образование восходящей ободочной кишки с переходом на печеночный изгиб, абсцесс правого фланка брюшной полости с инфильтрацией клетчатки брюшной стенки, абсцесс правой большой поясничной мышцы. Под местной анестезией произведено пункционное дренирование абсцессов брюшной полости при УЗ-наведении. Получено 1500 мл густой жидкости коричнево-зелёного цвета с неприятным запахом. В послеоперационном периоде состояние улучшилось, интенсивность болей снизилась. 05.03.2014 г. произведена операция: среднесрединная лапаротомия. Метастатических поражений не обнаружено. В восходящей ободочной кишке выявлена большая, плотная, несмещаемая, бугристая опухоль размером 15×14×14 см. Учитывая несмещаемость опухоли, воспалительные изменения в правой половине брюшной полости, сформирован илеотрансверзоанастомоз (ИТА) «бок в бок». Послеоперационное течение гладкое. Больная выписана 19.03.2014 г. С 21.04.2014 г. пациентка получила 3 курса неoadъювантной полихимиотерапии по схеме FOLFOX. Операция 30.05.2014 г. В брюшной полости выпота и отдалённых метастазов нет. Правую подвздошную область занимает опухоль слепой кишки 12×8×7 см, прорастающая боковую и заднюю брюшную стенку, мало смещаемая. Других изме-

нений не выявлено. Ранее сформированный ИТА проходим. Произведена правосторонняя расширенная гемиколэктомия с оставлением ранее сформированного ИТА. Мобилизованы правая половина ободочной кишки и терминальный отдел подвздошной с опухолью. При этом иссечены фрагмент брюшной стенки (мышцы, апоневроз), участок правых яичниковых сосудов, участок правой поясничной мышцы. Подвздошно-ободочные и средние ободочные сосуды перевязаны у основания. Выше дефекта боковой брюшной стенки мобилизован лоскут, состоящий из брюшины и поперечной фасции, с помощью которого дефект закрыт. Препарат: 1) резецированная кишка с опухолью; 2) 29 лимфатических узлов для гистологического исследования. Гистологическое заключение: аденокарцинома с инвазией всех слоёв стенки кишки, в краях резекции опухолевого роста нет, в исследованных 29 лимфатических узлах метастазов рака не выявлено. 16.06.2014 г. больная выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение онколога.

Ответы на вопросы. Больна с лета 2013 г., когда появились слабость, головокружение, сердцебиение. В настоящее время жалоб нет. Стул ежедневный, нормальной консистенции. В массе тела прибавила. Правый мочеточник был выделен, опухоль его не прорастала. ИТА сформирован левее средней ободочной артерии. Ответ на химиотерапию был — опухоль уменьшилась в размере и стала смещаемой. После пункции и дренирования выделение гноя продолжалось и прекратилось только после формирования ИТА. Лучевые исследования производили дважды из-за неполной информативности первого.

Прения

Д. А. Гранов. Это категория экстренной онкологии, где успешно сочетались хирургия и онкология. Больная нуждается в активном наблюдении.

Э. Г. Топузов. Больную полгода наблюдали врачи. Был огромный живот, возникла мысль о карциноматозе. После дренирования и ИТА опухоль значительно уменьшилась.

О. Н. Эргашев (председатель). Высока вероятность, что лечение окажется радикальным.

ДОКЛАДЫ

1. Д.Ю.Семенов, М.Е.Борискова, У.В.Фарафонова, П.А.Панкова, Н.С.Фещенко, И.Т.Зинкевич, О.Л.Кочнева, Л.Е.Колоскова, М.А.Быков, Г.В.Волчков (кафедра общей хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова», ООО «Мед-ЛабСПб», Санкт-Петербург, Россия). **Оперативное лечение папиллярного рака щитовидной железы у пациентов группы высокого риска.**

Одной из актуальных проблем современной тиреоидологии является улучшение результатов лечения больных с папиллярным раком щитовидной железы путём решения вопроса об адекватном объёме оперативного лечения и уменьшения послеоперационных осложнений. В связи с этим основной целью работы явилось совершенствование хирургической тактики лечения высокодифференцированного рака щитовидной железы путём введения в протокол дооперационного обследования пациента определения мутации гена BRAF, экспрессии натрий-йодного симпортера (НИС), а также оценки эффективности использования интраоперационного нейромониторинга возвратного нерва. В ходе выполнения нашего исследования обследованы 102 пациента с папиллярным раком щитовидной железы, оперированных с 2011 по 2014 г. На дооперационном этапе выполнено молекулярно-генетическое исследование материала пункционной биопсии. Методика определения мутации V600E гена BRAF в биопсийном материале заключалась в выделении ДНК из клеток, исследование выполняли на сорбенте в присутствии солей гуанидина. Для выявления мутации T1799A (Val 600 Gln) в гене BRAF использовали метод аллель-специфичной полимеразной цепной реакции (ПЦР) с детекцией продуктов амплификации в полиакриламидном геле. Экспрессию НИС определяли методом проточной флюороцитометрии. Окончательную верификацию диагноза проводили по данным гистологического исследования. При выявлении мутации гена BRAF больным выполняли тиреоидэктомию с центральной лимфодиссекцией под контролем нейромониторинга, при отсутствии — объем операции определяли действующими согласительными документами Европейской тиреоидологической ассоциации. Среди 102 пациентов с установленным, по данным гистологического исследования, диагнозом папиллярного рака щитовидной железы BRAF-мутация была выявлена с частотой 58,8%. При мутации гена BRAF достоверно чаще можно выявить прорастание капсулы щитовидной железы ($p=0,00875$), мультицентричность ($p=0,00184$) и метастазы в локорегионарные лимфатические узлы ($p < 0,001$). Частота выявления каждого из этих признаков составила 40,48, 33 и 75% соответственно. При использовании многомерного регрессионного анализа выявлено, что при BRAF-мутации хотя бы один из факторов агрессивного течения присутствует в 75,6% ($p < 0,001$). При исследовании экспрессии НИС наименьший уровень наблюдали в группе больных с рецидивом заболевания после радиойодтерапии ($p=0,0028$), тогда как у пациентов без рецидива уровень экспрессии НИС был достоверно выше.

Вывод. BRAF-положительный статус опухоли и низкая экспрессия НИС определяют показания к тиреоидэктомии с центральной лимфодиссекцией.

Ответы на вопросы. Мутация гена BRAF встречается только при папиллярном раке. При опухолях размером менее

1 см риск агрессивного течения опухоли выше. Оплата исследований проводилась из полученного гранта.

Прения

Э.Э.Топузов. Есть маленькие опухоли, но с агрессивным течением, и большие, но неагрессивные. Это определяет биологию опухоли при одинаковом гистологическом строении.

А.Ю.Гостимский. Разные опухоли ведут себя по-разному. В обсуждаемом исследовании изучены отдалённые результаты и показано, что органосохраняющие операции себя оправдывают. При микропораках папиллярного строения вряд ли стоит расширять объём операции, но центральную диссекцию надо делать всегда.

А.С.Кузьмичев. Р.А.Черняк анализировал результаты работы Е.А.Валдиной и определил прогностические шкалы. Единственный надёжный прогностический фактор — размер опухоли. Считаю, что BRAF и другие методики себя не оправдывают.

О.Н.Эргашев (председатель). Доклад направлен на определение прогноза течения опухоли и выбор оптимального лечения, поэтому представляет интерес.

2. Б.Н.Комив. Отчёт председателя Правления Хирургического общества Пирогова за 2013–2015 гг.

В настоящее время в обществе состоят 353 человека, из них 41 — почётных члена. За отчётный период приняты в общество 31 человек. Проведено 39 собраний, на которых заслушаны 46 докладов и 65 демонстраций. Состоялись 4 совместных собрания: по 2 заседания с Научным обществом онкологов Санкт-Петербурга и Ленинградской области и Российским обществом хирургов. 2 заседания были посвящены юбилеям. Пожеланием к будущему Правлению является повышение активности сдачи членских взносов. Предложен новый состав Правления: В.П.Акимов, Д.А.Гранов, С.Я.Ивануса, А.М.Карачун, В.А.Кашченко, Ю.А.Спесивцев, А.В.Хохлов.

3. С.М.Лазарев. Отчет редколлегии журнала «Вестник хирургии им. И.И.Грекова».

Старейшему хирургическому журналу России в этом году исполнилось 130 лет. За отчетный 2-летний период (2013–2014 гг.) издательство «Эскулап» продолжало выпускать журнал объемом 120–150 стр. (6 номеров в год). В 2013 г. поступили 208 статей, отказано — 33 (16%), напечатано — 148 (71%). В 2014 г. поступили 202 статьи, отказано — 34 (17%), напечатано — 144 (71%). Тираж журнала — 620 экз. (2013 г.), 520 экз. в 2014 г. Журнал издается без спонсорской поддержки. Журнал имеет мировой рейтинг, входит в перечень журналов, утвержденных в списке ВАК (546-е место из 2269). Журнал отражает интересы, прежде всего, хирургов Северо-Запада страны и непонятно почему в 2014 г. на него подписались в Санкт-Петербурге и области всего 40 человек.

В журнале регулярно публиковались протоколы заседаний Хирургического общества Пирогова, его секции (сердечно-сосудистых хирургов и ангиологов), Общества детских хирургов Санкт-Петербурга и Научно-практического общества анестезиологов и реаниматологов Санкт-Петербурга.

Необходимо отметить, что уровень научных работ остается не всегда достаточно высоким, не соответствует

«Правилам для авторов», которые публикуются в каждом номере. Члены редколлегии и редакции более 80% статей дорабатывают, оформляя их в соответствии с этими правилами.

Работа правления общества и редколлегии журнала единоклассным голосованием признана удовлетворительной.

Поступил в редакцию 20.04.2015 г.

2446-е заседание 11.03.2015 г.

Председатель — Б.Н.Котив

ДЕМОНСТРАЦИЯ

К.В.Павелец, М.А.Протченков, А.А.Соколова, Д.С.Русанов, М.В.Антипова, М.К.Павелец, П.С.Федорова, Г.Н.Флоровский (кафедры факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова ГБОУ ВПО СПбГПМУ, общей хирургии ГБОУ ВПО СПбСЗГМУ им. И.И.Мечникова, общей хирургии с курсом эндоскопии ГБОУ ВПО СПбГПМУ, СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Возможность комбинированного хирургического лечения первично-множественного рака большого дуоденального сосочка, слепой кишки и лейомиомы желудка у пациента старческого возраста.**

Пациент А., 78 лет, поступил в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы 14.02.2014 г. с клиникой безболевого механической желтухи, рецидивирующего холангита. Болен 3 нед. В анамнезе: ИБС, стенокардия напряжения 2-го ф.кл., гипертоническая болезнь III стадии, артериальная гипертензия II степени, риск сердечно-сосудистых осложнений IV стадии; инфраренальная аневризма брюшной аорты, ОНМК (2000), ТУР опухоли мочевого пузыря с курсами лучевой терапии (2007), лапароскопическая холецистэктомия (2007), полипэктомия задней стенки желудка с выявлением локусов умеренно дифференцированной аденокарциномы (2013). Общий билирубин 98 мкмоль/л. По результатам УЗИ, магнитно-резонансной холангиопанкреатографии, эндоскопической панкреатографии, ЭСГ, фиброколоноскопии в головке поджелудочной железы выявлено новообразование диаметром 25 мм, главный проток поджелудочной железы расширен до 8 мм, большой дуоденальный сосочек выбухает в просвет двенадцатиперстной кишки на $\frac{2}{3}$ диаметра кишки (умеренно дифференцированная аденокарцинома), полный блок на уровне дистальной части общего желчного протока. Эпителиальное образование задней стенки желудка Па–Пс 1,2×1,7 см с нарушением слоев стенки и инфильтрацией до подслизистого слоя, лимфоаденопатия, в куполе слепой кишки блюдцеобразная опухоль на $\frac{1}{2}$ окружности с изъязвлением в центре (низкодифференцированная аденокарцинома). 19.02.2014 г. выполнена чрескожная чреспеченочная холангиостомия под ультразвуковым и рентгенологическим контролем. После купирования желтухи больной оперирован в плановом порядке 19.03.2014 г.: иссечение опухоли задней стенки желудка, пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция, правосторонняя гемиколэктомия, внутривенная фотодинамическая терапия с лазерным облучением зоны лимфодиссекции. В послеоперационном периоде на 11-е сутки

отмечена тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА) — левой нижнедолевой артерии, с чем удалось справиться консервативными мероприятиями. С 7-х суток налажено энтеральное питание. Швы сняты на 18-й день. Выписан на 28-е сутки после операции. В настоящее время по результатам клинического и лабораторно-инструментального обследования данных за рецидив новообразований, желтуху и легочную гипертензию нет. Состояние удовлетворительное. Дееспособность сохранена.

Ответы на вопросы. До операции больной похудел на 15 кг, сейчас масса тела восстанавливается. Диеты не придерживается. Строение злокачественных опухолей одинаково, в желудке опухоль не подтверждена. Онкомаркеры исследуются. Объем операции стремились уменьшить в связи со старческим возрастом и состоянием больного. Если бы после операции гистологически был выявлен рак желудка, то предприняли бы резекцию желудка. В реанимационном отделении находился 7 дней. Пилоросохраняющая панкреатодуоденорезекция была дополнена пилородигитоклазией. Перистальтика стимулировалась медикаментозно. ТЭЛА возникла в отделении на 11-е сутки после операции. До и после операции выполняли Эхо-КГ. У более молодого больного объем операции был бы расширен.

Прения

М.Д.Ханевич. У больного, 78 лет, перенесшего инсульт, имеющего аневризму брюшной аорты, хирурги, анестезиологи, реаниматологи пошли на риск. Залогом успеха явилось мастерство хирурга, какую-то роль сыграло сохранение привратника.

Б.Н.Котив (председатель). У больного раковая болезнь. Решение вопроса об иссечении опухоли желудка дискуссионно. Изменения сосудов привели к ТЭЛА.

ДОКЛАДЫ

1. *П.К.Яблонский, Г.Г.Кудряшов, С.М.Нуралиев, А.О.Аветисян, А.Р.Козак, И.В.Васильев, О.П.Соколова* (ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России). **Робот-ассистированные операции в торакальной хирургии: опыт одного центра.**

Робот-ассистированные операции широко применяются в урологии, гинекологии, кардиохирургии. Применение данной технологии в торакальной хирургии недостаточно освещено в доступной литературе. С мая 2013 г. по апрель 2014 г. в СПбНИИФ оперированы 29 больных. Операции выполняли на установке «da Vinci Si Surgical System» (Intuitive Surgical) с использованием комбинированной анестезии с раздельной интубацией. Устанавливали 4 торакопорта (1 — для камеры, 2 — инструментальных, 1 — ассистентский). Для обработки крупных сосудов использовали эндоскопические сшивающие аппараты и клипсы с замковым механизмом. Препарат удаляли в герметичном контейнере. Всего выполнены 30 операций: 6 сублобарных резекций (интраоперационная кровопотеря составила 10–50 мл, продолжительность операций 65–192 мин), 19 лобэктомий (кровопотеря 30–300 мл, длительность операций 130–300 мин), удаление новообразований средостения у 5 больных (кровопотеря 30–200 мл, длительность операции 120–240 мин). У 1 пациентки с сочетанием

тимомы и новообразования верхней доли правого легкого произведены одномоментная расширенная тимэктомия и верхняя лобэктомия с лимфодиссекцией. Имела место одна конверсия доступа в торакотомию при недостаточном прошивании ткани легкого эндоскопическим сшивающим аппаратом (кровопотеря 1200 мл, длительность операции 285 мин). У 2 больных с массивными плевральными сращениями (при выполнении лобэктомий по поводу внутрилегочной секвестрации и при деструктивном туберкулезе) кровопотеря достигала 500–530 мл, продолжительность операции 380–515 мин. В 1-е сутки после операции произведена 1 реторакоскопия по поводу гипокоагуляционного внутривидеального кровотечения. Послеоперационный период у всех больных сопровождался минимальным болевым синдромом, непродолжительным сбросом воздуха по дренажам. Несмотря на некоторые недостатки (дороговизна и сложность операционного оборудования и расходного материала, зависимость оператора от ассистента, отсутствие тактильного хирургического контроля, невозможность смены вектора операционного угла более чем на 120°), есть безусловные преимущества роботизированной технологии: сглаживание движений хирурга и фильтрация его тремора, 3D-визуализация, амбидекстрия; время конверсии доступа в торакотомию сравнимо с торакоскопическими вмешательствами. Применение «da Vinci Si Surgical System» в торакальной хирургии эффективно и безопасно. Длительность операции и объем интраоперационной кровопотери зависят от выраженности спаечного процесса.

Ответы на вопросы. Принципиальными преимуществами методики являются лучшая визуализация, более простое овладение методикой, работают обе руки хирурга.

Б.Н.Котив (председатель). Представлен наибольший опыт в России. Плевральная полость меньше по объёму, чем брюшина. Особенности туберкулёза требуют повышения уровня техники. Конверсий полностью избежать нельзя.

2. М.П.Королев. Отчёт о работе Российского общества хирургов (РОХ) в Санкт-Петербурге.

Проведены 4 конференции хирургов Санкт-Петербурга. Система оказания хирургической помощи в Санкт-Петербурге и предложения по её организации стали образцом создания всероссийских рекомендаций. В настоящее время профессиональным обществам придаются новые функции. Получены результаты работы: улучшились исходы лечения острых желудочных кровотечений, острого панкреатита. Но из 4 тыс. хирургов Санкт-Петербурга членами РОХ являются лишь 60 человек. Почти не участвуют в работе хирургии поликлиник, врачи скорой помощи.

Проведено награждение Почетными грамотами за лучшие демонстрации и доклады: Н.А.Майстренко и др., Д.В.Гладышев и др., А.В.Павловский и др., Е.И.Дрогомирецкая и др.

Состоялись выборы Правления Хирургического общества Пирогова. В него вошли 7 человек. На закрытом заседании председателем Правления избран Д.А.Гранов, заместителем С.Я.Ивануса. Члены Правления: В.П.Акимов, А.М.Карачун, В.А.Кащенко, Ю.А.Спесивцев, А.В.Хохлов.

Поступил в редакцию 20.04.2015 г.

2447-е заседание 25.03.2015 г.

Председатель — С.Я.Ивануса

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А.В.Павловский, Т.Л.Пирцхалава, С.В.Шаповал, Д.Н.Майстренко, Р.Г.Аванесян (отдел оперативной хирургии и интервенционной радиологии ФГУ РНЦРХТ, кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии СПбГПМУ). **Лечение местно-распространенного рака шейки желчного пузыря с восстановлением кровообращения по правой печеночной артерии.**

Цель демонстрации: обсудить трудности дифференциальной диагностики опухоли Klatskin и рака шейки желчного пузыря с инфильтрацией гепатодуоденальной связки, показать наблюдение двухлетней безрецидивной выживаемости пациента с местно-распространенным раком желчного пузыря.

Больная К., 43 года, направлена в ФГУ РНЦРХТ из Марининской больницы после успешного устранения механической желтухи. Диагноз: опухоль Klatskin, тип IV по Bismuth, стентирование долевых желчных протоков 12.01.2013 г., желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит. По данным обследования, в воротах печени опухоль неправильной формы размером 3×4 см. По данным диагностической ангиографии, сосудистой инвазии не выявлено. Выполнена внутриартериальная химиоинфузия в чревный ствол (гемзар 1000 мг+элоксатин 100 мг). Радиальная операция 05.06.2013 г. При ревизии выявлена опухоль шейки желчного пузыря, распространяющаяся на ворота печени и левый долевой проток. В толще опухоли лежат правая и левая печеночные артерии. Выполнены левосторонняя гемигепатэтомия с удалением I сегмента, резекция правого долевого протока (край резекции негативный) до уровня сегментарных желчных протоков, резекция правой печеночной артерии с анастомозом «конец в конец», тригепатикоэнтероанастомоз на отключенной по Ру петле тонкой кишки. Гистологическое заключение: умеренно дифференцированная аденокарцинома желчного пузыря, врастающая в жировую ткань, стенка сосуда артериального типа с разрастаниями аденокарциномы, лимфатические узлы без опухолевых элементов. При контрольных исследованиях (УЗИ, СКТ, онкомаркеры) в феврале 2015 г. данных за рецидив заболевания не получено, в настоящее время жалоб не предъявляет, ведет активный образ жизни.

Ответы на вопросы. Больной ранее предлагали операцию по поводу желчнокаменной болезни. Билирубин был 400 мкмоль/л. Опухоль проросла в сосуд (гистологически подтверждено), его диаметр 2,5 см, шов формировал ангиохирург. Химиотерапию производили внутриартериально, в том числе до операции. Аджьювантную терапию начали через 3 мес. Проведенная система химиотерапии пока не является стандартом. Больная прибавила в массе тела, аппетит сохранен, соблюдает диету. Признаков холангита нет. КТ производится каждые 3 мес. Онкомаркеры не были повышены.

Прения

М.С.Диникин. В горнокодиспансере химиотерапия до операции применяется давно, но внутриартериально не

проводится, назначается внутривенно. По-видимому, внутриартериальная терапия оправдана.

К.В.Павелец. Как показала демонстрация, расширенные резекции себя оправдывают. Причина несостоятельности швов — недостаточность кровоснабжения. 2 года жизни после такой операции — прекрасный результат.

С.Я.Ивануса (председатель). Показана полезность передачи больной от одной группы хирургов другой. Артериальная реконструкция — перспективное направление. Стандартов химиотерапии пока нет. Желательно разработать рекомендации.

2. К.В.Павелец, О.Г.Вавилова, М.А.Протченков, А.М.Хаиров, Д.С.Русанов, М.К.Павелец (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова СПбГПМУ и Мариинская больница). **Вариант хирургической коррекции алиментарного ожирения.**

Цель демонстрации — показать вариант гастрощунтирования и пластики кожи передней грудной стенки при алиментарном ожирении.

Пациент Ф., 36 лет, поступил в 6-е хирургическое отделение 25.05.2009 г. в плановом порядке с жалобами на избыточную массу тела, одышку, снижение толерантности к физической нагрузке, повышенную потливость. Больной 3 года активно прибавляет в массу тела ввиду переядания, отсутствия режима приема пищи. В момент поступления рост пациента 178 см, масса тела 175 кг, ИМТ 55,4 кг/м². Пациент обследован. По данным рентгеноскопии, выявлено увеличение в размерах и опущение желудка. УЗИ органов брюшной полости: признаки жирового гепатоза. Обследован эндокринологом: данных за эндокринопатию не получено. Соматически пациент не отягощен. Предоперационный диагноз: алиментарное ожирение III степени. После подготовки 03.06.2009 г. больному выполнена операция — шунтирование желудка. В ходе операции сформирован «малый» желудок объемом до 50 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 10-е сутки после операции.

Через 1,5 года больной похудел на 71 кг и поступил на плановое обследование. Основной жалобой на момент поступления был косметический дефект передней грудной стенки в виде «кожных фартуков» в проекции грудных желез. Абдоминального «кожного фартука» не было. Обследован: данных за эндокринопатию, образования грудных желез, предстательной железы не получено. Уровень ПСА в норме. Гастроэнтерологических жалоб не предъявлял. По данным рентгеноскопии желудка и ФГДС патологических изменений не выявлено. Больной оперирован 16.02.2011 г. Выполнена пластика кожи передней грудной стенки. Послеоперационный период протекал без осложнений, раны зажили первичным натяжением. Выписан на 8-е сутки после операции. При контрольном обследовании в 2015 г. жалоб не предъявляет, состояние удовлетворительное, рост 178 см, масса тела 105 кг, ИМТ 33,4 кг/м².

Ответы на вопросы. Больной значительно располнел после травмы и ограничения двигательного режима. Большой сальник не удаляли. Сейчас массу тела стремится сохранить в большей степени физической нагрузкой (сквоштеннис до 5 раз в неделю и 3 раза в неделю пробежки), чем питанием. Диета: утром гречневая каша с куриной грудкой,

обед — не более 0,5 л, то же — в ужин. Строго соблюдал диету 2 года. От алкоголя отказался. Его осматривают каждые полгода. Изменения стула и желудочный дискомфорт не отмечает. Оставление дистальной культи желудка позволяет вернуться к обычной анатомии в будущем. Противоязвенной терапии не требовалось.

Прения

В.А.Кашенко. Надо менять отношение к этим операциям. Это метаболическая хирургия. Метаболизм улучшается еще до похудения. Страховые компании смотрят на эти операции как на косметические. Этот взгляд надо исправлять.

С.Я.Ивануса (председатель). Это большая и важная, нарастающая проблема. Есть данные о более 7 тыс. операций, выполненных в последние годы. Лапароскопические вмешательства пока не имеют преимуществ. Осложнения возможны. Отмечается до 2% судебных исков. Больных желательно концентрировать в специализированных хирургических отделениях.

ДОКЛАД

А.Е.Демко, А.Н.Тулупов, В.В.Сорока, С.Ш.Тания, Н.Д.Ашраф, А.В.Иванов, М.А.Ермаков, А.И.Бабич (СПбНИИ СП им. И.И.Джанелидзе). **Ранения магистральных сосудов груди и живота. Современные подходы к диагностике и лечению.**

Повреждения магистральных сосудов являются одним из наиболее сложных и ответственных разделов неотложной хирургии и хирургии повреждений. В настоящее время не наблюдается снижения этого вида травм. Наиболее часто данные повреждения встречаются у пациентов молодого и среднего возраста. Также актуальность данной темы обусловлена тем, что, помимо классических проявлений повреждений, есть субклинические формы, которые зачастую пропускают в раннем периоде после травмы/ранения. Диагностический алгоритм зависит, прежде всего, от стабильности гемодинамики у пострадавшего. При стабильной гемодинамике возможно применение всего арсенала диагностических методик, проведение диагностики по «большому кругу», в случае нестабильной гемодинамики необходимо как можно раньше выполнять эксплорацию, остановку кровотечения. Общими принципами при выполнении оперативных вмешательств на магистральных сосудах являются: знание анатомии области, на которой проводится оперативное вмешательство; выбор оптимального оперативного доступа, приемы и методы временного гемостаза, соблюдение проксимального и дистального контроля кровотечения перед восстановлением целостности поврежденного сосуда, а также обоснованное применение тактики контроля повреждений и многоэтапного хирургического лечения. Во время выполнения оперативных вмешательств по поводу ранений живота необходимо знание анатомии забрюшинных структур, классификации забрюшинных гематом и владение приемами левосторонней (Маттокса) и правосторонней (Каттеля—Брааша) висцеральных ротаций. Нами проанализированы результаты лечения данной категории пострадавших в СПбНИИ СП с применением различных оперативных техник с 2002 г. В докладе

приведены клинические примеры, демонстрирующие наиболее частые ошибки и верные пути того, как их избежать.

Выводы: применение подходов к диагностике и лечению пострадавших с повреждениями магистральных артерий и вен, основанных на принципах доказательной медицины, позволяет улучшить результаты их лечения. Знанием данных подходов и навыков должен владеть каждый хирург, имеющий дело с экстренной хирургией и хирургией повреждений.

Ответы на вопросы. Эндovasкулярные методы окклюзий сосудов не применяли. FAST-исследование недостаточно информативно. Фенестрацию перикарда выполняли. Торакоскопия показана только при устойчивой гемодинамике. Она возможна даже при кровопотере в 1,2 л. Реинфузия крови обязательна — через «Cell-saver» отечественного производства. По данным литературы, минимальная летальность 64%.

Прения

В.А.Корнилов. Доклад обширен, его нужно было разделить на три. На поле боя эти раненые умирают. В клинике есть возможность выполнить КТ, ангиографию, установить стент-графт. Клиника ВПХ ВМедА им. С.М.Кирова еже-

годно публикует руководства, включающие рекомендации по помощи этим больным. Важно оценивать вид ранящего снаряда, меры помощи, летальность. Желательно выбирать доступ: торакоскопия, субксифоидальная внебрюшинная фенестрация перикарда, торакотомия. Опасен рециркуляционный синдром. Эндovasкулярная баллонная окклюзия аорты позволяет выиграть время.

М.Д.Ханевич. Я работал в СпбНИИ СП с 1998 по 2004 г. при массовом поступлении раненых. Важна скорость доставки. Если человек с ранением сердца доставлен в стационар, он должен жить. Из 9 раненых умер только 1. Нужен современный шовный материал. При тампонаде перикарда помощь должна быть оказана уже в приемном покое. Нельзя забывать о возможности сквозных ранений.

С.Я.Ивануса (председатель). Все вопросы военной хирургии в одном докладе раскрыть нельзя. Это травмоцентр I уровня, куда быстро доставляют раненых. Аппаратная реинфузия требует большего времени. Сочетание повреждений сосудов с травмами внутренних органов ухудшает результаты.

Поступил в редакцию 20.04.2015 г.