

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Председатель правления – М. Д. Ханевич, ответственный секретарь – Н. А. Сизоненко, референт – Ю. В. Плотников

2537-е заседание 11.12.2019, посвященное 100-летию со дня рождения лауреата Государственной премии СССР и Совета Министров СССР, заслуженного деятеля науки РСФСР, почетного доктора Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова, доктора медицинских наук, профессора, генерал-майора медицинской службы Михаила Ивановича Лыткина.

Председатели – П. Н. Зубарев, М. Д. Ханевич

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. Б. Н. Котив, И. И. Дзидзава, С. А. Солдатов, А. В. Смородский, А. А. Аполлонов, А. В. Слободяник, М. А. Стольников, И. Н. Тиубергенов (кафедра госпитальной хирургии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» Минобороны России). **Комплексное лечение пациента с циррозом печени, осложненным синдромом портальной гипертензии.**

Больной К. страдал циррозом печени с 2011 г. В апреле и июне 2014 г. он перенес два эпизода кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП), купированные эндоскопическим лигированием. В октябре диагностирован рецидив кровотечения из ВРВП. С диагнозом «Цирроз печени, класс В по Child-Pugh, синдром портальной гипертензии, ВРВП III, рецидивирующее пищеводно-желудочное кровотечение, диуретикоконтролируемый асцит» 27.10.2017 г. больному произведен дистальный спленоренальный анастомоз. Послеоперационный период гладкий. Рецидивов кровотечения не было. С апреля 2017 г. отмечено прогрессирование печеночной недостаточности. 14.12.2017 г. выполнена ортотопическая трансплантация печени. Через месяц отмечено значительное повышение трансаминаз. По результатам трепан-биопсии печени, признаков отторжения трансплантата не выявлено. При ангиографии диагностирован стеноз печеночной артерии, выполнена ангиопластика и стентирование. С 26.03.2018 г. по 30.03.2018 г. находился на лечении в клинике урологии по поводу острого левостороннего орхоэпидидимита. На фоне длительного приема НПВС 12.04.2018 г. развилось кровотечение из эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Кровотечение остановлено комбинированным эндоскопическим гемостазом. Спустя 12 ч развилась тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии (ТЭЛА) вследствие флеботромбоза нижних конечностей. Установлен съемный кава-фильтр. В ходе комплексного ангиографического исследования при целиакографии диагностирован рестеноз собственной печеночной артерии, в связи с чем выполнены баллонная ангиопластика и рестентирование. 16.04.2018 г. выявлены признаки острого гнойного орхоэпидидимита слева, выполнена орхэктомия слева. При контрольных динамических УЗИ диагностированы формирующиеся периферические абсцессы 2, 3, 5, 6, 7, 8 сегментов печени. Иммуносупрессивная терапия отменена. Абсцессы дренированы чрескожно под УЗ-контролем. На фоне этапного пункционно-дренажного лечения гнойные

очаги санированы. Иммуносупрессивная терапия возобновлена. Выписан в удовлетворительном состоянии. При контрольных обследованиях в отдаленном периоде признаков рецидива инфекционно-воспалительных изменений и нарушений функции трансплантата нет. Пациент социально адаптирован, вернулся к труду.

Ответы на вопросы. Больному 60 лет, работает инженером. Болей нет. Уменьшилась утомляемость. Алкоголь принимает – только шампанское. Лихорадки нет. Отмечается снижение слуха (больной – артиллерист). Операция длилась около 20 ч вследствие аномалии развития сосудов. ТЭЛА связана с гиподинамией, тромбозом глубоких вен нижних конечностей на фоне варикозного расширения. Лекарственная профилактика тромбозов продолжается.

П. Н. Зубарев (председатель). Представлен новый уровень пересадки печени.

2. Б. Н. Котив, И. И. Дзидзава, Д. П. Кашкин, А. В. Смородский, С. А. Солдатов (кафедра госпитальной хирургии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова»). **Этапная хирургическая коррекция внепеченочной портальной гипертензии при тотальном тромбозе магистральных сосудов бассейна воротной вены.**

Цель демонстрации – показать вариант хирургической коррекции внепеченочной портальной гипертензии при невозможности радикального шунтирующего вмешательства с успешной клинической и социальной реабилитацией в отдаленном периоде.

Больная, 50 лет, наблюдается гепатохирургом с момента манифестации тромбоза ствола и притоков воротной вены в возрасте 9 месяцев (1968) с диагнозом «Портальная гипертензия, внепеченочная форма: неонатальный тромбоз воротной вены в фазе сформировавшегося коллатерального кровотока с кавернозной трансформацией воротной вены, множественными спонтанными портокавальными коллатеральными забрюшинного пространства. Варикозное расширение вен пищевода III степени, рецидивирующие пищеводные кровотечения (14 эпизодов с 1972 по 1995 г.), гемостаз: медикаментозный и с помощью зонда Блекмора. Спленэктомия по поводу тромбоза флебитической спленомегалии (1972). Лапаротомия, эмболизация вен пищевода и желудка через левую желудочную вену 28.09.1982 г. Лапаротомия, адгезиолизис, ревизия магистральных притоков воротной вены 18.03.1986 г. Лапаротомия, транссекция пищевода 15.12.1995 г. Эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода 9.02.2011 г. Портальная гастропатия легкой степени. Портальная холангиопатия». Распространенный характер тромбоза магистралей портального бассейна и отсутствие селезеночной вены не позволили выполнить радикальную хирургическую коррекцию портальной гипертензии с формированием портокавального шунта. Задействованный арсенал разобщающих вмешательств обеспечил гемостаз при рецидивах кровотечения и этапную эрадикацию варикозно расширенных вен пищевода. Частичная

декомпрессия бассейна воротной вены по сформировавшейся сети портокавальных коллатералей забрюшинного пространства предотвращает избыточный кровоток по гастроэзофагеальному пути и сдерживает прогрессирование варикозного расширения вен пищевода. В настоящее время пациентка социально адаптирована, работает, воспитывает 3 внуков. По данным ежегодных контрольных обследований, варикозное расширение вен пищевода I степени, не прогрессирует, кровотечение не рецидивировало.

Ответы на вопросы. Возможно, последняя операция была наиболее полезной (самый долгий светлый период). В дальнейшем планируется эндоваскулярный тромблизис. Явлений печеночной недостаточности не наблюдалось. При тромбозе воротной вены у детей часто диагностируются желтуха новорожденных и гепатит. К тромбозу мог привести омфалит новорожденных. От катетеризации пупочной вены сейчас отказались.

П. Н. Зубарев (председатель). Поздравляем авторов с уникальным наблюдением успешного длительного положительно-го исхода лечения больной учениками М.И. Лыткина.

ДОКЛАД

Ю. Л. Шевченко, Ю. М. Стойко, С. А. Матвеев, П. Н. Зубарев, Б. Н. Котив, И. А. Соловьев (ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н. И. Пирогова», ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова»). **Профессор М. И. Лыткин – ученый, хирург-энциклопедист, педагог, и его школа.**

22 ноября 2019 г. исполнилось 100 лет со дня рождения лауреата Государственной премии СССР и Совета Министров СССР, заслуженного деятеля науки РСФСР, почетного доктора Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова, доктора медицинских наук, профессора, генерал-майора медицинской службы Михаила Ивановича Лыткина. Доклад посвящен основным этапам творческой биографии и вкладу профессора М. И. Лыткина в создание хирургической школы Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова.

Участник Великой Отечественной войны, выдающийся военный врач-хирург, ученый-энциклопедист и талантливый педагог Михаил Иванович вошел в историю российской медицины как блестящий клиницист, творчески развивший основные направления в хирургии. В течение 20 лет (1968–1988) М. И. Лыткин возглавлял несколько кафедральных коллективов ВМедА им. С. М. Кирова: общей хирургии, хирургии усовершенствования врачей и госпитальной хирургической клиники. В эти годы особенно ярко раскрылись его талант хирурга и широкий диапазон научной, практической и педагогической деятельности в области хирургической патологии легких и плевры, пищевода, ободочной и прямой кишки, септического эндокардита, сепсиса и септического шока, хирургической обработки ран и термических поражений, гнойных заболеваний кисти, хирургического лечения заболеваний и повреждений крупных кровеносных сосудов. Получило развитие новое направление – хирургическая гепатология и лечение осложнений синдрома портальной гипертензии. Проводились исследования по наиболее значимым практическим вопросам неотложной хирургии органов брюшной полости: лечению тяжелых форм перитонита, перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. По инициативе профессора М. И. Лыткина организован Городской центр по лечению желудочно-кишечных кровотечений, где активно внедрялись органосохраняющие вмешательства.

Профессор М. И. Лыткин, обладая широким научным кругозором и организаторскими способностями, пользовался большим уважением в медицинском сообществе страны

и за рубежом. Михаила Ивановича всегда отличало постоянное стремление приобретать новые знания, осваивать новые области и новые высоты хирургической деятельности. Эти качества он передал многочисленным ученикам. Под руководством и при консультациях профессора М. И. Лыткина выполнены и защищены 20 и более 50 кандидатских диссертаций по актуальным вопросам клинической и военной хирургии. Опубликовано свыше 400 научных работ, из них 4 учебника, 5 учебных пособий и 13 монографий.

М. Д. Ханевич (председатель). Хирургическое общество Пирогова отметило выдающийся вклад Михаила Ивановича Лыткина в российские медицину и хирургию.

Поступил в редакцию 18.12.2019 г.

2538-е заседание 25.12.2019 г., посвященное 65-летию со дня рождения заслуженного деятеля науки РФ, заслуженного врача РФ, лауреата премии правительства РФ в области науки и техники, доктора медицинских наук, профессора Михаила Дмитриевича Ханевича.

Председатель – И. А. Соловьев

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *М. Д. Ханевич, С. М. Ваикуров, К. Ю. Мусатов, А. К. Иванова* (СПбГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»). **Хирургическое лечение гигантской забрюшинной опухоли с синхронной злокачественной опухолью желудка.**

Цель демонстрации – представить редкое наблюдение хирургического лечения гигантской забрюшинной опухоли и синхронной злокачественной опухоли желудка, обсудить возможности комплексного подхода к лечению первично-ножественных опухолей.

Большая, 38 лет, поступила 16.08.2016 г. в плановом порядке. Жалобы на общую слабость, дискомфорт и периодические боли во всех отделах живота, увеличение живота, похудение на 10–15 кг с марта 2016 г. 23.05.2016 г. при ФГДС в нижней трети желудка обнаружено полиповидное образование с бугристой слизистой оболочкой на широком основании, около 1,5 см в диаметре (аденокарцинома Gr2). При КТ брюшной полости и малого таза 30.05.2016 г. выявлено образование забрюшинного пространства 256×178×345 мм, с мягкотканым элементом в проекции левого надпочечника 72×70×161 мм; образование занимает практически весь живот и таз. При рентгенографии груди 02.06.2016 г. патологических изменений не обнаружено. При цитологическом исследовании пунктата заднего свода влагалища от 06.06.2016 г. обнаружены комплексы клеток железистого рака. Диагноз: «Рак желудка сTxNxM1 IV ст. Карциноматоз брюшины, метастазы в забрюшинное пространство. Асцит». С 20.06 по 22.07.2016 г. проведено 3 цикла 1-й линии химиотерапии по схеме FOLFOX. На фоне проводимой терапии к третьему циклу отмечено ухудшение самочувствия, продолжение увеличения размеров живота; появились одышка, анемия. При МРТ брюшной полости и малого таза 26–27.07.2016 г. обнаружены забрюшинные опухолевые образования неоднородной структуры за счет участков с высоким содержанием жира, занимающие практически всю брюшную полость и малый таз (240×161×237 и 97×81×142 мм). ФГДС 13.08.2016 г. – без динамики по сравнению с 23.05.2016 г. В результате проведенного консилиума принято решение о хирургическом лечении (IV стадия рака желудка сомнительна. Возможна синхронная опухоль: забрюшинная опухоль и рак желудка). 25.08.2016 г. выполнена симультанная комбинированная операция: лапаротомия, удаление опухоли забрюшинного пространства с левосторонней адреналэктомией, дистальная субтотальная резекция желудка, аднексэктомия

слева. Гистологическое, иммуногистохимическое и FISH-исследования 07.10.2016 г.: 1) мягкотканная опухоль – дедифференцированная липосаркома; 2) нейроэндокринная опухоль желудка G₂, Ki 67 – 4 %, инвазия в подслизистый слой; 3) рак *in situ* железистого эпителия желудка (аденокарцинома в пределах слизистой оболочки); в регионарных лимфоузлах желудка и краях резецированного желудка опухолевых клеток нет. Окончательный диагноз: «Первично-множественная синхронная злокачественная опухоль: 1) дедифференцированная липосаркома забрюшинного пространства pT2bN0M0 G₂–3, III стадия; 2) нейроэндокринная опухоль желудка pT1bN0M0 G₂, IA стадия, Ki 67 – 4 %; 3) рак желудка pTisN0M0, 0 стадии. Операция: удаление опухоли забрюшинного пространства с левосторонней адреналэктомией и дистальная субтотальная резекция желудка 25.08.2016 г.». Больная выписана из стационара 08.09.2016 г., на 23-е сутки после госпитализации и на 14-е сутки после операции. При контрольном исследовании 05.12.2019 г. (МРТ, КТ, ФГДС) данных за прогрессирование не получено.

Ответы на вопросы. У родственников опухолевых заболеваний не отмечено. Задержка обращения больной к врачу связана с предположением о развитии третьей беременности. Мысли о липосаркоме были. Химиотерапию заставили планировать результаты пункции заднего свода влагалища. Опухоль в основном располагалась в левой половине живота, соприкасалась с левым надпочечником. Левая почка и брыжейка толстой кишки сохранены. Самочувствие больной хорошее. Масса тела восстановилась. Контрольные осмотры проводятся через каждые 3 месяца после операции.

Прения

М. Х. Фридман. Мы демонстрировали больную с липосаркомой 83 лет. Симптоматика связана с ростом опухоли и сдавлением органов.

М. Д. Ханевич. Больная подвергалась химиотерапии. Опухоль на этом фоне может резко уменьшиться, поэтому резекция желудка была обоснованной.

И. А. Соловьев (председатель). Предпринятую тактику лечения оправдывают компартмент-синдром, одышка. Аденокарцинома с локализацией только на слизистой оболочке вряд ли могла сопровождаться карциноматозом. Такую опухоль желудка можно было удалить эндоскопически. Липосаркомы могут рецидивировать. Но хороший результат налицо, он оправдывает план лечения.

2. М. Д. Ханевич, С. М. Ваикуров, А. В. Хазов (СПбГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»). **Успешное лечение гигантского десмоида передней брюшной стенки.**

Цели демонстрации – показать актуальность и эффективность активной хирургической тактики у пациентов с абдоминальным десмоидом; возможность замещения больших костно-мышечных дефектов полипропиленовой сеткой с удовлетворительным клиническим и функциональным результатом.

Пациентка С., 27 лет, 13.03.2015 г. поступила в ГКОД с жалобами на образование мягких тканей правой подреберной области. В 2014 г., во время беременности, больная отметила быстрый рост образования, обратилась за медицинской помощью. На фоне беременности 29–30 недель произведена МРТ органов брюшной полости: внеорганный образование правой подреберной области 22×21×11 см. Трепан-биопсия опухоли 04.07.2014 г. в НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова: веретенноклеточная опухоль с низкой митотической активностью. ИГХ от 25.08.2014 г.: гистологическая картина и иммунофенотип опухоли мягких тканей соответствуют фиброматозу десмоидного

типа. Принято решение о донашивании беременности с последующим хирургическим лечением опухоли. Повторно больная обратилась за медицинской помощью в 2015 г. КТ ОГК 03.03.2015 г. – объемное патологическое образование поддиафрагмального пространства справа. Клинический диагноз: «Абдоминальный десмоид правой подреберной области с вовлечением печени и передних отростков VII–X ребер справа». Сопутствующие заболевания: вегетососудистая дистония по гипотоническому типу; варикозная болезнь вен нижних конечностей в стадии компенсации. На 3-и сутки госпитализации (16.03.2015 г.) выполнена операция: иссечение опухоли мягких тканей передней брюшной стенки и правой половины грудной клетки с резекцией передних отростков VII–X ребер справа, экстраплевральной резекцией правого купола диафрагмы, атипичной резекцией правой доли печени (S4), холецистэктомией и пластикой раневого дефекта проленовой сеткой. ПГИ от 20.03.2015 г.: фиброматоз десмоидного типа (агрессивный фиброматоз) с инвазией в мышцы, отдавливающий печень, без инвазии в паренхиму, но с интимным сращением с печенью; желчный пузырь без особенностей. Заключительный диагноз: «Абдоминальный десмоид правой подреберной области с вовлечением правого купола диафрагмы, печени, желчного пузыря, передних отростков VII–X ребер справа». Выписана из стационара 31.03.2015 г. в удовлетворительном состоянии на амбулаторное долечивание. В настоящее время данных за прогрессирование заболевания нет. Пациентка ведет активный образ жизни, продолжая профессионально заниматься спортом (волейбол).

Наблюдение демонстрирует актуальность и эффективность активной хирургической тактики у пациентов с абдоминальным десмоидом, возможность замещения больших костно-мышечных дефектов полипропиленовой сеткой с удовлетворительным клиническим и функциональным результатом.

Ответы на вопросы. Самочувствие хорошее. Травм брюшной стенки не отмечала. После операции не занималась спортом в течение года. Границы опухоли определялись визуально и с участием гистологов. Десмоиды не метастазируют, как рабдомиосаркомы, но растут. Есть рекомендация НИИ им. Герцена применять гормонотерапию (тамоксифен), но у больной этот вопрос не ставился (маленький ребенок). Лучевая и фотодинамическая терапии не использовались. Есть собственный опыт криодеструкции, но показаний к ней, в связи с радикальным удалением опухоли, не было.

И. А. Соловьев (председатель). Большое образование у молодой женщины на фоне беременности, возможно, требовало применения гормонотерапии с учетом уровня эстрадиола, химио- и лучевой терапии, но результат оправдывает предпринятую тактику.

ДОКЛАД

М. Д. Ханевич, С. В. Коновалов, Р. Н. Долгих, Э. А. Каливо, М. Х. Фридман, А. Р. Карапетян (СПбГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова»). **Хирургическая реабилитация больных с толстокишечными свищами и колостомами.**

В 1997 г. приказом председателя Комитета здравоохранения Санкт-Петербурга № 200 был создан Городской научно-практический центр реконструктивно-пластической хирургии кишечника на базе Городской больницы № 20 (научный руководитель – М. Д. Ханевич). Центр являлся клинической базой Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова. В 2005 г. Центр переведен в Городской клинический онкологический диспансер.

Проанализированы результаты лечения 449 больных с толстокишечными свищами и колостомами. Непрерывность

толстой кишки восстановлена у 232 (51,7 %), толстокишечные свищи устранены у 29 (6,6 %), параколотомические грыжи – у 81 (18,0 %), вентральные грыжи – у 42 (9,3 %), стриктуры колостомы – у 30 (6,6 %), выпадение кишки через колостому – у 35 (7,8 %) больных. Таким образом, у 261 (58,1 %) пациента хирургические вмешательства были направлены на восстановление непрерывности толстой кишки, у 188 (41,9 %) – на улучшение функционирования колостом. При восстановлении непрерывности кишки наибольшие сложности возникли у 108 пациентов с короткой культи прямой кишки (менее 10 см). При этом у 47 пациентов была установлена очень малая (до 5 см) культя прямой кишки. Для таких случаев была разработана техника хирургических вмешательств с восстановлением проходимости толстой кишки аппаратным способом «на площадку» с использованием сначала отечественных компрессионных циркулярных аппаратов АКА-2 и АКА-4, а в последующем – зарубежных скрепочных циркулярных аппаратов типа ILS Ethicon.

Исследование состояния жизненно важных органов и систем организма, состояния общей резистентности организма и его иммунного статуса позволило установить оптимальные сроки проведения восстановительных операций на толстой кишке в период от 45 до 90 суток с момента выписки пациентов из стационара и при отсутствии признаков прогрессирования онкологического заболевания. Восстановление непрерывности кишки было успешно выполнено у 68 пациентов с продолженным опухолевым ростом или на фоне рецидива опухоли в оставшейся части толстой кишки. Концентрация пациентов для хирургической реабилитации в специализированном центре позволила значительно сократить число послеоперационных осложнений (3,4 %) и сохранить уровень послеоперационной летальности в пределах 1–2 %.

Ответы на вопросы. Сочетанные операции проведены более чем у половины больных. Восстановительные операции допустимо выполнять в первые 2–6 месяцев, если больной не получал химиотерапию. При химиотерапии они возможны позже, после завершения лечения. Автор – сторонник более ранних операций. То же касается осложнений лечения (нагноение и т. д.).

И. А. Соловьев (председатель). Присоединяюсь к предложениям, выдвинутым в докладе. Напомню, что майор М. Д. Ханевич был самым молодым докторантом в академии.

Поступил в редакцию 13.01.2020 г.

2539-е заседание 22.01.2020 г.

Председатель – В. А. Кащенко

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А. В. Решетов, А. А. Найденов, А. Ю. Литвинов, А. А. Петросян, К. Ф. Великий, А. В. Елькин, Д. А. Свиридо (СПб ГБУЗ «Городская больница № 26»; ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России). **Успешное лечение синдрома Бурхаве при позднем обращении за медицинской помощью.**

Цель демонстрации – показать возможность первичного шва стенки пищевода в отдаленные сроки после его разрыва.

Летальность при синдроме «банкетной травмы» до настоящего времени остается высокой, особенно при позднем обращении за медицинской помощью. При операциях позднее 24 ч от момента разрыва пищевода летальность достигает 50 % и более, а попытки шва дефекта пищевода нередко заканчиваются несостоятельностью швов.

Больной В., 41 года, был доставлен в СПбГБУЗ «Городская больница № 26» 04.11.2019 г., в 17:40, с жалобами на боли в спине, пояснице, слабость и одышку. Из анамнеза известно,

что 03.11.2019 г. он участвовал в праздничном застолье, после которого появились тошнота и рвота. Впоследствии появились вышеописанные боли. К врачу обратился более чем через сутки от начала заболевания. При поступлении состояние больного было крайне тяжелым: АД – 70/40 мм рт. ст., пульс – 124/мин, температура тела – 36,0 °С. На шее определялась припухлость и крепитация. Лабораторно отмечались выраженный лейкоцитоз, тромбоцитопения, гипербилирубинемия, азотемия. Рентгеновское обследование с контрастом (верографин) выявило у больного полостное образование в средостении с воздухом и контрастом, реактивный плеврит слева. Контраст свободно попадает в средостение через дефект в наддиафрагмальном отделе пищевода. При ФГДС выявлен продольный дефект стенки пищевода слева, в наддиафрагмальной области, на 38 см от резцов, длиной 2–3 см. Установлен диагноз: «Синдром «банкетной травмы», спонтанный разрыв пищевода от 03.11.2019 г., медиастинит, пиоторакс слева, септический шок (SOFA=4 балла)». Септическое состояние подтверждено прокальцитониновым тестом (13 нг/мл). После кратковременной подготовки, через 4 ч от момента поступления, на фоне проводимой интенсивной терапии произведена торакотомия слева, в VII межреберье. В плевральной полости до 1 л мутного выпота с фибрином. После санации плевральной полости выявлен дефект медиастинальной плевры, от нижней легочной вены до диафрагмы. Ткани средостения и плевры отечные, черного цвета, с явлениями некроза. Широко вскрыта медиастинальная плевра от диафрагмы до верхней апертуры. Мобилизован пищевод, в наддиафрагмальном отделе которого определяется продольный разрыв длиной 7 см. Ткани пищевода по краям разрыва некротизированы, черного цвета. Край раны пищевода иссечены, после чего дефект пищевода ушит на зонде, проведенном в желудок, непрерывным двухрядным атравматическим швом. Все клетчаточные пространства средостения раскрыты, дренированы двумя силиконовыми перфорированными дренажами. Санирована и дренирована плевральная полость, торакотомная рана ушита наглухо. Длительность операции – 1 ч 5 мин. Проводилась инотропная поддержка, массивная инфузионная терапия. Начата эмпирическая антибактериальная терапия Ванкомицином (2 г/сутки) и Меропенемом (3 г/сутки) с последующей дезэскалацией (Сульперазон и Амикацин), несмотря на отрицательные результаты неоднократных бактериальных исследований крови, мочи, мокроты, отделяемого из очага инфекции. Налажена активная аспирация по дренажам, стоящим в плевральной полости и средостении, с санацией средостения антисептическими растворами. Питание больного осуществлялось через желудочный зонд. На 6-е сутки после операции больной переведен на отделение, где продолжали проводимое лечение. Явления медиастинита и эмпиемы плевры были купированы. Лечился в реанимационном отделении повторно, в связи с рецидивом делириозного состояния. Дренажи из плевральной полости удалены на 9-е сутки после операции, из средостения – на 19-е сутки. Пероральное питание после рентгеноконтрастного контроля целостности пищевода возобновлено на 16-е сутки. В удовлетворительном состоянии больной выписан 09.12.2019 г. Представлен видеофильм беседы с больным.

Ответы на вопросы. Питание через зонд начали с 3-х суток. Гастро- и эзофагостому не формировали. Обычная причина смерти – абдоминальный сепсис. ФГДС считали показанной, так как могли выявиться дефекты, не видимые при рентгеновском исследовании. После операции дважды проводили исследования с контрастом и метиленовой синькой – несостоятельности швов не было. Использовался викрил. Малоинвазивные технологии, стентирование не применялись в связи с поздним поступлением, они требовали бы больше времени.

Прения

К. В. Павелец. Срок не всегда влияет на исход. Малоинвазивные технологии возможны, но не всегда оправданы. Важен двухрядный шов. Всю плевру раскрывать не нужно. Торакотомный доступ не всегда обязателен. Клипирование и дренирование считаю возможным. Эндоскопия не всегда носит сберегательный характер.

В. И. Кулагин. Обязательны ранний диагноз, операция через 3–4 ч. Диагноз ясен по анамнезу. Менее опасна КТ. Доступ может быть небольшим, абдоминальным. Через него можно сформировать гастро- или еюностому и обойтись без зонда. Малоинвазивные методики полезны при меньшей интоксикации.

В. А. Кащенко (председатель). Получен блестящий результат при чрезвычайно опасном заболевании. Методику лечения определять только по времени не всегда правильно. Допустимы даже экстирпация пищевода, эзофаго- и гастростомия, но исходы не определены. Задачи ограничения места инфекции, дренирования и обеспечения питания решены.

2. К. В. Павелец, М. К. Павелец, С. А. Калюжный, Д. С. Русанов, А. С. Цыплев, А. С. Гладской (кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава России; СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Хирургическое лечение рефлюкс-эзофагита после формирования аппаратного эзофагоэнтероанастомоза.**

Цель демонстрации – показать возможное функциональное осложнение при использовании аппаратного пищеводного анастомоза.

Число лапароскопических резекций желудка в мире увеличилось в 5 раз. Авторы оперировали 14 больных по поводу осложнений после них. Приведено одно подобное наблюдение.

Пациент Ш., 54 лет, поступил в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы 08.10.2018 г. в плановом порядке, с жалобами на постоянно возникающее ощущение изжоги, отрыжки, затруднения при приеме пищи, периодические боли в верхних отделах живота, необходимость возвышенного положения во время сна, обильное слюнотечение, потерю более 10 кг веса. В 2016 г. больной перенес лапароскопическую гастрэктомию по поводу гастроинтестинальной стромальной опухоли тела желудка. Выписан на амбулаторный этап лечения. В последующем у больного отмечено появление клинической картины выраженного рефлюкс-эзофагита. Неоднократно обращался за медицинской помощью в различные лечебные учреждения Санкт-Петербурга, строго соблюдал все предписанные рекомендации. Несмотря на проводимую терапию, состояние больного оставалось без значимой положительной динамики, сохранялась вышеописанная симптоматика, в связи с чем он обратился в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы для выполнения рентгеноскопии с последующим решением о необходимости реконструктивной операции. Больной обследован (рентгеноскопия пищевода, ФГДС, УЗИ, КТ органов брюшной полости) – данных за прогрессирование и рецидив основного заболевания не получено. 10.10.2018 г. пациенту выполнена операция в объеме реконструкции эзофагоеюноанастомоза из левостороннего абдоминоторакального доступа. При ревизии выявлена длинная петля тощей кишки, с тремя межкишечными анастомозами, анастомозированная с пищеводом. Пищевод над анастомозом мобилизован, прошит аппаратом УО-40 и пересечен. Для мобилизации по Ру перевязаны третья и четвертая еюнальные ветви. Участок тощей кишки, дистальнее связки Трейца и отступая от последнего межкишечного анастомоза, удален. В ретроперикардальном сегменте пищевода, под корнем левого легкого, сформирован инвагинационный анастомоз по Цацанди с межкишечным соустьем по Ру, отступая 70 см от

эзофагоэнтероанастомоза. При гистологическом исследовании удаленного препарата данных за опухолевый рост не получено. Послеоперационный период протекал без особенностей. На 2-е сутки послеоперационного периода переведен из ОРИТ в профильное отделение. При контрольной рентгеноскопии пищевода на 2-е сутки пассаж по кишке без особенностей, затеков контрастного вещества не выявлено. Зонд удален, начато энтеральное питание. На 7-е сутки послеоперационного периода удалены дренажи из плевральной и брюшной полостей. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Больной выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение онколога по месту жительства. При контрольном обследовании через 1 год признаков рецидива и рефлюкс-эзофагита не выявлено. Питается удовлетворительно.

Ответы на вопросы. Дренажи после первой операции удалены через 2 месяца. Причина формирования трех межкишечных анастомозов остается неясной. Первый межкишечный анастомоз располагался на 30 см дистальнее эзофагоэнтероанастомоза. Больной спал только сидя, питался дробно, принимал Альмагель, Гевискон. Сейчас питается обычно, спит в любом положении. Здесь показания к операции ставил сам больной.

Прения

Б. Н. Котив. Рефлюкс-эзофагит – осложнение, не всегда зависящее от способа формирования анастомоза, аппаратного или ручного. Он не исключается при инвагинационном анастомозе. Отводящая петля не должна быть короткой.

В. И. Кулагин. Рефлюкс-эзофагит возникает из-за отсутствия клапана, который не заменяется при инвагинационном анастомозе. Минимальное расстояние от эзофагоеюнального до межкишечного анастомоза должно быть не меньше 40 см.

В. А. Кащенко (председатель). Новые технологии не отменяют классических правил формирования анастомоза. Преимущество инвагинационных анастомозов – их надежность. Мы формируем анастомозы линейными сшивающими аппаратами с хорошими результатами.

ДОКЛАД

К. В. Павелец, М. А. Протченков, Д. С. Русанов, М. К. Павелец (кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава России, СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Интраоперационная фотодинамическая терапия – безопасный метод повышения абластичности хирургических вмешательств по поводу рака пищевода.**

Цель – показать влияние интраоперационной фотодинамической терапии (ИО ФДТ) на ближайшие и отдаленные результаты лечения рака пищевода (РП).

Методы и материалы. В докладе представлены сравнительные результаты хирургического лечения 210 больных РП. Основную группу составили 103 больных РП, резекционные вмешательства у которых дополнялись сеансами ИО ФДТ. В качестве фотосенсибилизаторов использовались препараты хлоринового ряда Радахлорин и Фотодитазин. Время одного сеанса облучения – 20 мин, источник света – аппарат «Фара-2». В контрольную группу включены 107 больных, которые перенесли изолированное хирургическое лечение РП. Группы были сопоставимы по основным характеристикам. Непосредственные результаты оценивали по частоте развития и тяжести послеоперационных осложнений по Clavien – Dindo, показателям летальности. Отдаленные результаты оценены по показателям медианы жизни, общей и безрецидивной выживаемости отдельно по стадиям согласно классификации TNM VIII пересмотра.

Результаты. Непосредственные результаты выполненных резекций пищевода в сравниваемых группах не разли-

чались. Побочные эффекты ИО ФДТ не зарегистрированы. Констатируется отсутствие влияния ИО ФДТ на непосредственные результаты лечения.

Сравнение отдаленных результатов лечения больных РП I стадии оказалось невозможным ввиду малого числа наблюдений в группах. Различия в показателях общей выживаемости больных РП II стадии оказались статистически незначимы ($p=0,333$) по Log-Rank критерию.

Значимые различия общей скорректированной выживаемости отмечены у больных с местно-распространенным РП III стадии. Половина пациентов основной группы жили 43 месяца, тогда как половина больных контрольной группы прожили всего 21,6 месяца. При сопоставимых показателях годичной выживаемости в группах (92,3 vs. 97,1 %) отмечено двукратное увеличение доли больных РП, которые прожили 5 лет в группе ИО ФДТ. Совокупные доли больных основной группы, проживших 3 и 4 года, были выше, чем таковые у больных контрольной группы, почти в 2 раза ($p=0,012$).

Медиана общей выживаемости больных подстадии IVA, получивших ИО ФДТ, составила 33,7 месяца, а оперированных без ИО ФДТ – 18 месяцев. Сроки жизни и совокупная выживаемость больных IV подстадии IVA по Gehan's Wilcoxon и Log-Rank-критериям значимо различались в пользу прооперированных с ИО ФДТ ($p<0,05$).

Больные РП IVB-подстадии ожидаемо продемонстрировали наихудшую выживаемость вне зависимости от принадлежности к сравниваемым группам. Это объясняется невозможностью влиять на отдаленные опухолевые очаги, находящиеся вне операционного поля, с помощью ФДТ.

Выводы. 1. У больных с эзофагеальным раком, прооперированных с применением ИО ФДТ без ухудшения непосредственных результатов, отмечается двукратное улучшение показателей 3-, 4- и 5-летней общей выживаемости у больных РП III стадии, статистически значимое улучшение показателей общей выживаемости пациентов IVA-подстадии с появлением 2- и 3-летней выживаемости.

2. Влияния ИО ФДТ на показатели общей выживаемости оперированных больных по поводу РП I и II стадий в нашем исследовании не отмечено.

Ответы на вопросы. Методика интраоперационная, увеличивает длительность операции, используется в пострезекционном периоде, поэтому не всегда положительно воспринимается хирургами. Применяется при раке кожи, молочной железы, желудка, у иноперабельных больных. Влияние неoadьювантной терапии пока неясно.

В. А. Кашенко (председатель). Методика новая, дорогая, результаты обсуждаются. Размер групп еще недостаточен, но некоторые результаты впечатляют. Работу следует продолжить.

Поступил в редакцию 29.01.2020 г.