

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

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

2540-е заседание 12.02.2020 г.

Председатель – В. П. Акимов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. Я. В. Гавришук, А. Е. Демко, А. Н. Тулунов, Е. А. Колчанов, И. В. Кажанов, Д. В. Кандыба, Д. М. Опул (ГБУСПб «НИИ СП им. И. И. Джанелидзе»). **Минимально инвазивное лечение пострадавшего при закрытой сочетанной травме.**

Цель демонстрации – показать возможность использования минимально инвазивного способа лечения пострадавшего при закрытой сочетанной травме.

Пострадавший А., 26 лет, 07.11.2019 г. получил тяжелую сочетанную травму головы, груди, живота, таза, позвоночника, конечностей в результате падения с высоты 5-го этажа во время строительных работ. Доставлен через 1 ч 25 мин в травмоцентр I уровня (СПб. НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе). Сознание пострадавшего по шкале комы Глазго – 15 баллов, АД – 115/75 мм рт. ст., ЧСС – 105 уд. в мин. Жалобы при поступлении на боли в области груди справа, в правой верхней конечности, в области таза. При рентгенографии правого плеча выявлены переломы хирургической шейки правой плечевой кости со смещением отломков и дистального эпифиза плечевой кости и локтевого отростка со смещением отломков. При ультразвуковом исследовании живота обнаружена свободная жидкость в брюшной полости: под печенью, под селезенкой, в малом тазу. Для оценки характера повреждения органов брюшной полости выполнена спиральная компьютерная томография (СКТ) живота с внутривенным контрастированием. Обнаружены участки разрывов паренхимы печени. Для остановки продолжающегося кровотечения произведена ангиография с селективной эмболизацией поврежденных сосудов печени. Переломы костей таза фиксированы минимально инвазивным методом с использованием канюлированных винтов, выполнена первичная хирургическая обработка раны в области правого локтевого сустава, наложен аппарат внешней фиксации на правую верхнюю конечность. Через 2 недели после травмы произведен накостный металлоостеосинтез переломов правой плечевой кости. Послеоперационный период протекал без особенностей, выполняли повторные УЗИ живота и общий анализ крови. В удовлетворительном состоянии больной выписан на 23-и сутки после травмы.

Представлен видеofilm, где больной показал выполнение физических упражнений в полном объеме.

Ответы на вопросы. В клинике весь объем исследований возможен круглосуточно – они заняли 1 ч. Лапароскопию не делали, основываясь на стабильном состоянии больного, отсутствии признаков перитонита, небольшом количестве жидкости в брюшной полости (менее 500 мл), оценке состояния больного по 3 шкалам. Последовательность мероприятий: КТ, ангиография, эмболизация, остеосинтез. Расчетный объем

кровопотери – около 700 мл. При травме груди имел место ушиб правого легкого, ушиба сердца не было. Почечной недостаточности не отмечено.

В. П. Акимов (председатель). Пострадавший доставлен в травмоцентр I уровня, применены современные методики, поэтому получен великолепный результат.

2. А. Е. Демко, И. М. Батыришин, С. А. Шляпников, Ю. С. Остроумова, Д. С. Склизов, Г. А. Пичугина (ГБУСПб «НИИ СП им. И. И. Джанелидзе»). **Тактика «открытого живота» в лечении перитонита, осложненного тяжелым абдоминальным сепсисом.**

Цель демонстрации – показать эффективность применения тактики «открытого живота» у больной с полиорганной недостаточностью и тяжелым абдоминальным сепсисом.

Большая Д., 42 лет, 06.04.2017 г. переведена из иногороднего стационара в НИИ СП им. И. И. Джанелидзе. 13.03.2017 г. больная была оперирована в экстренном порядке по поводу ущемленной рецидивной послеоперационной грыжи с применением сетчатого трансплантата. Послеоперационный период осложнился развитием на 7-е сутки (20.03.2017 г.) спаечной тонкокишечной непроходимости с некрозом петли тонкой кишки. Это потребовало повторной операции: удален сетчатый трансплантат, произведена резекция тонкой кишки. 02.04.2017 г. (12-е сутки) выявлены несостоятельность швов анастомоза и разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Произведена ререзекция тонкой кишки с анастомозом. В последующем еще дважды выполнялась резекция тонкой кишки с формированием новых анастомозов в связи с несостоятельностью швов. Развившийся тяжелый абдоминальный сепсис, внутрибольничная двусторонняя пневмония, тотальное нагноение послеоперационной раны явились причиной перевода пациентки на 24-е сутки после первой операции в Городской центр по лечению тяжелого сепсиса НИИ скорой помощи.

На момент перевода имелись признаки системной воспалительной реакции и полиорганной недостаточности (SIRS=3, SOFA=7). При осмотре обнаружена ушитая лапаротомная рана с гнойным отделяемым между швов. В первые же сутки 07.04.2017 г. пациентка была прооперирована. Выявлена несостоятельность швов анастомоза, множественные межпечельные и подпеченочные абсцессы с некрозом подкожно-жировой клетчатки в области послеоперационной раны. Выполнена резекция анастомоза с выведением концевой еюностомы в 50 см от связки Трейца, установка системы NPWT. На 2-е сутки выполнена программная релапаротомия, удаление NPWT-системы, санация и дренирование брюшной полости. На 5-е сутки после операции SOFA=0, больная переведена на хирургическое отделение. В связи с развитием синдрома короткой кишки пациентка получала комбинированное питание. Рана зажила первичным натяжением.

Через 3 месяца (05.07.2017 г.) пациентке выполнена реконструктивная операция – восстановление непрерывности тонкой

кишки. Послеоперационный период протекал без осложнений. На 12-е сутки пациентка выписана на амбулаторное лечение. Общая длина тонкой кишки составляет 90 см.

Ответы на вопросы. В лечении больной принимали участие гастроэнтерологи и нутрициологи. Получала ферментные препараты, Октреотид, Сандостатин, Омепразол. Вывести подвздошную кишку для питания не могли по техническим условиям. К вечеру сильно устает. Поправилась на 30 кг. Стул – 1 раз в сутки. Имеется послеоперационная грыжа.

Прения

А. Е. Демко. Представлена тактика «damage-control». Подобные больные поступают нередко. Еюностомия для питания позволяет их спасти. Есть центр нутриционной поддержки, что позволяет подготовить больных к операции.

М. Д. Ханевич. НИИ скорой помощи – учреждение, где могут помочь подобным больным. Попытки формировать анастомозы без нутриционной поддержки привели к описанному явлению. Больной повезло, что осталось 50 см подвздошной кишки, – это явилось ключом к победе.

В. П. Акимов (председатель). Следует дополнительно оценить метод отрицательного давления, примененный у больной.

ДОКЛАД

В. Г. Вербицкий, Г. И. Синенченко, А. Е. Демко, Д. В. Кандыба, С. А. Платонов, М. А. Киселев, А. О. Парфенов (ГБУСПб «НИИ СП им. И. И. Джанелидзе», ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова», 2-я кафедра хирургии усовершенствования врачей). Дифференцированная хирургическая тактика при лечении гастроуденальных кровотечений у пациентов пожилого и старческого возраста.

Проанализированы результаты лечения 260 больных с кровотечением из язв желудка (ЯЖК), которые находились на лечении в НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе в 2014–2015 гг. Основными задачами обследования больных с ЯЖК являлись клиническая оценка состояния пациента, установление источника кровотечения, определение степени тяжести кровопотери и устойчивости гемостаза. На основании полученных данных определялась хирургическая тактика лечения у каждого конкретного больного и прогнозировалось дальнейшее течение заболевания. Изучены результаты лечения 20 пациентов с рецидивным язвенным гастроуденальным кровотечением, у которых была предпринята попытка транскатетерной артериальной эмболизации (ТАЭ) для остановки продолжающегося кровотечения и профилактики его рецидива геморрагии в условиях НИИ СП им. И. И. Джанелидзе в период с 2013 по 2017 г. В основную группу были включены больные в возрасте (62,7±14,8) года, с высокой коморбидностью, кровопотерей более 30 % объема циркулирующей крови. Тяжесть состояния по шкале APACHE II составляла у 14 пациентов 26 баллов и более, у 4 больных – 20–25 баллов. Каллезный характер язвенного дефекта размером 2 см и более отмечен у 8 больных. Контрольную группу составили 30 пациентов с гастроуденальными кровотечениями, схожие по возрастным показателям и тяжести сопутствующих заболеваний, которым ТАЭ не выполнялась. Технический успех ТАЭ наблюдался у 19 (95 %) больных. Клиническая эффективность ТАЭ в виде остановки продолжающегося кровотечения и отсутствия рецидива в дальнейшем была достигнута у 19 больных. Неблагоприятный исход отмечен у 3 (15 %) больных в связи с декомпенсацией тяжелых, конкурирующих с ЯГДК общесоматических заболеваний. Рецидива кровотечения и осложнений ТАЭ во всех наблюдениях не отмечено. В контрольной группе умерли 7 (23,3 %) пациентов. Повторный рецидив кровотечения возник у 4 (13,3 %) пациентов. 2 пациентам удалось выпол-

нить повторный эндоскопический гемостаз с благоприятным исходом, у 2 больных выполнено паллиативное оперативное вмешательство. Таким образом, улучшение результатов лечения гастроуденальных кровотечений у пациентов пожилого и старческого возраста может быть достигнуто за счет более широкого применения ангиографической эмболизации для профилактики и лечения рецидива кровотечения, расширения показаний для срочных радикальных операций вне рецидива геморрагии и снижения частоты паллиативных вмешательств.

Ответы на вопросы. Эмболизировали спиралью питающий сосуд. Использовали композитный клей. При высокой коморбидности эндоваскулярный гемостаз более показан. Эндоскопический гемостаз является «золотым стандартом», но рецидивы возможны. Из 20 ангиографий 19 оказались успешными, 1 оказалась безуспешной в связи со стенозом чревного ствола. Малигнизированных язв в этих наблюдениях не было. Признаков почечной недостаточности у больных не наблюдалось. После резекции желудка все больные живы, умершие были после паллиативных операций. Авторы – сторонники органосохраняющих операций. Спираль не всегда проходит в сосуд, тогда применяется клей, эмболизация.

В. П. Акимов (председатель). Как видно из доклада, споры о преимуществах ваготомии или резекции желудка привели к успешному применению эндоваскулярного гемостаза.

Поступил в редакцию 16.05.2020 г.

2541-е заседание 26.02.2020 г.

Председатель – И. А. Соловьев

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А. А. Рудь, М. Б. Борисов, А. Н. Петров, Б. А. Плахотников, Д. П. Мешаков, Н. Б. Магомедов, В. С. Коскин, И. М. Самохвалов (кафедра и клиника военно-полевой хирургии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова»). **Применение тактики многоэтапного хирургического лечения при обширной циркулярной открытой отслойке кожи у пострадавшей старческого возраста.**

Цель демонстрации – показать возможности спасения жизни и конечности при тяжелой компрессионной травме с обширной отслойкой кожи путем применения тактики многоэтапного хирургического лечения у пациентки старческого возраста с нестабильной гемодинамикой.

Пострадавшая И., 85 лет, доставлена в клинику ВПХ в тяжелом состоянии, спустя 1 ч после травмы в результате ДТП (наезд на нижние конечности колесами автобуса). Объективные показатели при поступлении: сознание ясное, дыхание самостоятельное, эффективное, пульс – 100 уд./мин, аритмичен, АД – 90/60 мм рт. ст., эр. – 3,5·10¹²/л, Нб – 95 г/л, Нт – 29,3, общий белок – 45 г/л. При комплексном обследовании пострадавшей тяжелых повреждений головы, груди, живота, таза не выявлено. Диагностирована множественная открытая травма конечностей. Открытые (Gustilo 3B) переломы костей обеих голеней и правой стопы с обширной циркулярной отслойкой кожи правой голени (35×15 см) и ограниченной открытой полнослойной отслойкой кожи левой голени (10×15 см) с продолжающимся наружным кровотечением. Тяжесть травмы по шкале ВПХ П(МТ) – 16, по ISS – 24 балла. Ввиду кровопотери тяжелой степени и нестабильности гемодинамики у пациентки преклонного возраста, решено сократить объем неотложного оперативного вмешательства. Выполнены отсечение кожного лоскута правой голени, остановка кровотечения диатермокоагуляцией и давящей повязкой. Через 1 ч пациентка из шоковой операционной переведена в ОРИТ, где продолжены мероприятия интенсивной терапии (ИВЛ, трансфузия

3 доз эритроцитарной взвеси и 2 доз свежемороженой плазмы). Отсеченная кожа отделена от подкожной клетчатки, законсервирована в холодильнике в стерильной банке в растворе 0,9 %-го NaCl. Через 14 ч (после стабилизации состояния) выполнены отсроченная первичная хирургическая обработка ран голени, реимплантация отслоенного участка кожи правой голени по В. К. Красовитову, фиксация костей обеих голени в спицестержневых аппаратах. Всего перелито 5 доз эритроцитарной взвеси и 4 дозы свежемороженой плазмы. На 3-и сутки пациентка переведена на профильное отделение сочетанной травмы. Первичное приживление реплантированных аутотрансплантатов (70 %) произошло на 15-е сутки. Остальные участки были подготовлены к пластическому замещению и закрыты с помощью аутодермопластики через 30 дней от момента травмы. Полное заживление раневых поверхностей наступило на 45-е сутки. Проводились коррекция стояния отломков и создание условий для консолидации переломов костей голени. Срок стационарного лечения составил 85 суток. Затем пациентка находилась на амбулаторном лечении. Через 5 месяцев разрешено ходить с дополнительной опорой на ходунки.

Ответы на вопросы. Самочувствие больной хорошее, есть отеки конечностей. Она занимается лечебной гимнастикой в течение 3–4 ч в сутки с перерывами с тренерами по фитнесу, аэробике, шейпингу. Лечение отслойки кожи обсуждалось в обществе еще в 1929 г. Кожу, по данным литературы, сохраняли при температуре +4 °С в течение от 3–4 суток до 2 недель.

И. А. Соловьев (председатель). Получен хороший функциональный результат у больной старческого возраста.

2. М. Б. Борисов, В. И. Бадалов, В. В. Денисенко, А. Р. Гребнев, Е. В. Ганин, В. А. Чупряев, И. М. Самохвалов (кафедра и клиника военно-полевой хирургии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова»). **Применение тактики многоэтапного хирургического лечения у пострадавшего с политравмой, включающей сложные множественные механотермические повреждения конечностей.**

Цель демонстрации – показать эффективность применения тактики многоэтапного хирургического лечения («damage control orthopedics») при тяжелой сочетанной травме и комбинированном механотермическом поражении.

Пациент 3., 30 лет, получил травму в результате ДТП (во время езды на мотоцикле был сбит автомобилем). Доставлен в клинику ВПХ в тяжелом состоянии. Диагностирована тяжелая сочетанная травма головы, груди, конечностей, ОЧМТ, перелом основания черепа, ушиб головного мозга тяжелой степени. Закрытая травма груди с множественными переломами ребер справа, ушиб правого легкого. Множественная механотермическая травма конечностей. Открытый (Gustilo 3C) (полный внутрисуставной проксимального метаэпифиза – Schatzker V – и диафиза в средней трети) перелом правой большеберцовой кости. Контактный ожог 2 % кожи правой голени 3В ст. Открытый (Gustilo 3B) перелом диафиза левой большеберцовой кости в средней трети. Перелом левой малоберцовой кости. Рвано-ушибленная рана средней трети левой голени с повреждением задней большеберцовой артерии. Компенсированная ишемия левой стопы. Продолжающееся наружное кровотечение. Острая массивная кровопотеря. Травматический шок III ст. Тяжесть травмы по шкале ВПХ П(МТ) – 19, по ISS – 43. При поступлении выполнены плевральная пункция справа, первичная хирургическая обработка раны правой голени, остановка продолжающегося кровотечения, краевой шов задней большеберцовой артерии; внеочаговая фиксация правой большеберцовой кости; первичная хирургическая обработка открытого перелома костей левой голени, внеочаговая фиксация в стержневом аппарате левой большеберцовой кости,

люмбальная пункция. Лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии на протяжении 14 суток с развитием осложнений: гнойный пансинусит, правосторонняя пневмония, сепсис. По стабилизации состояния пострадавшего на 16-е сутки произведены интрамедуллярный остеосинтез перелома левой большеберцовой кости стержнем с цементно-антибактериальным покрытием; накостный остеосинтез перелома правой большеберцовой кости пластиной с цементно-антибактериальным покрытием, некрэктомия глубокого ожога, несвободная мышечная пластика лоскутом камбаловидной мышцы дефекта мягких тканей правой голени. Этапные свободные кожные пластики ран правой голени. По поводу замедленной консолидации перелома правой большеберцовой кости через 7 месяцев выполнен реosteосинтез интрамедуллярным блокированным стержнем. В послеоперационном периоде отмечено заживление всех ран, консолидация переломов, полное восстановление функции опоры и движения.

Ответы на вопросы. Остеосинтез выполнен пластиной. Больной находился без сознания около 10 суток.

Прения

И. М. Самохвалов. Принципы «damage control» внедрены И. И. Дерябиным. Многопрофильность, объем вмешательства, антиинфекционная терапия должны соотноситься с тяжестью состояния больного.

И. А. Соловьев (председатель). Больной с политравмой, повреждением не только нижних конечностей. Принцип выполнения сначала неотложных вмешательств, а потом других, следует применять не только в травматологии.

ДОКЛАД

И. М. Самохвалов¹, Н. Ф. Фомин¹, В. А. Мануковский², А. Е. Демко^{1, 2}, В. И. Бадалов¹, А. В. Гончаров¹, А. Н. Петров¹, В. В. Суворов¹, В. А. Рева¹, П. П. Ляшедько¹, А. М. Носов¹, В. Б. Бадмаев¹, М. С. Гришин¹, Т. Ю. Скакунова¹ (1 ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова»; 2 ГБУСПБ «НИИ СП им. И. И. Джanelидзе»). **Новые формы подготовки военно-полевых хирургов как основа спасения раненых в военных конфликтах.**

Эффективное оказание медицинской помощи раненым основано на оптимальной организации этапного лечения, оснащении этапов эвакуации имуществом и техникой, а также качественной подготовке хирургических кадров, обеспечивающих спасение жизни и возвращение в строй раненых военнослужащих. К сожалению, понимание необходимости постоянного совершенствования и поддержания должного уровня квалификационных навыков военных хирургов приходит только после совершения большого числа тактических и технических ошибок при оказании хирургической помощи раненым в начале каждого военного конфликта. При этом «мирная хирургия» становится все более малоинвазивной и узкоспециализированной, а многие практические хирурги не получают общехирургических навыков. Федеральные образовательные стандарты по специальности «Лечебное дело» в настоящее время не содержат такой дисциплины, как «Военно-полевая хирургия». Необходимость приобретения прочных практических навыков оказания хирургической помощи раненым обуславливает поиск новых форм подготовки военных хирургов. Решение данной проблемы возможно за счет организации последипломных интенсивных практических курсов по военно-полевой хирургии и хирургии повреждений, включающих в себя короткие 15-минутные лекции-наставления (по особенностям организации хирургической помощи и основным принципам выполнения оперативных вмешательств при конкретных повреждениях) и – главное – самостоятельную

(под руководством преподавателей-экспертов) отработку техники выполнения оперативных доступов и приемов на хирургических тренажерах-симуляторах разной сложности, приближенных к человеку биообъектах («живая хирургия» на свиньях) и кадаверном материале (в том числе с использованием перфузируемых трупов). К подобному заключению пришли и зарубежные специалисты. Для военных хирургов перед выездом в зону конфликтов дополнительно проводятся краткосрочные курсы «ASSET» и «ATOM» (США), «MOST» (Великобритания), «CACHIRMEX» (Франция) и др. В нашей стране единственным таким курсом по военно-полевой хирургии и хирургии повреждений является курс «СМАРТ» («Современные методы и алгоритмы лечения ранений и травм»). Он разработан сотрудниками кафедры военно-полевой хирургии ВМедА и проводится на протяжении 2 лет совместно с кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии ВМедА им. С. М. Кирова и СПб. НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе. Доказанная эффективность обучения на курсе «СМАРТ» позволяет рекомендовать его в качестве сертификационного как для военных хирургов, так и для хирургов травмоцентров I–III уровней Минздрава РФ.

Ответы на вопросы. История преподавания военно-полевой хирургии начинается с С. П. Коломнина. В США клинический ординатор обучается в течение 5 лет. Имеется робот Цезарь. Расширяется ангиотравматология. Труп-симулятор – свинья. Каждые 5 лет должна проводиться 5-месячная подготовка. Стоимость курса – не менее 1000 Евро и более. Хирурги в России получают 3-дневные циклы стоимостью 35 тысяч рублей.

С. Я. Ивануса. В хирургии важна реализация намеченных целей, работа по алгоритмам. В этом готова всем помочь кафедра военно-полевой хирургии Академии.

Н. А. Бубнова. Мы прослушали чрезвычайно содержательный доклад. Поздравляю мужчин-хирургов, особенно военных, с наступающим праздником Дня защитника отечества.

И. А. Соловьев (председатель). Доклад актуален, но в гражданской хирургии правила военно-полевой хирургии выполняются не всегда. Много нового вносит малоинвазивная хирургия, полезен СМАРТ-курс.

Поступил в редакцию 16.05.2020 г.

2542-е заседание 11.03.2020 г.

Председатель – Д. В. Гладышев

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. С. М. Ваикуров, А. В. Анисимова (СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»). **Длительное комплексное лечение больной с первично-множественными метастазами опухолями.**

Цель демонстрации – показать эффективность длительного упорного лечения больной с распространенной меланомой кожи и раком почки.

Под нашим наблюдением находится пациентка Ф., 82 лет, которая поступила в ГКОД в сентябре 2004 г. по поводу метастазов злокачественной опухоли без выявленного первичного очага в паховые лимфатические узлы справа. 22.09.2004 г. выполнена операция – пахово-бедренная лимфаденэктомия справа. Гистологическое исследование: в 4 лимфатических узлах – метастазы меланомы. При дальнейшем наблюдении за больной обнаружена опухоль кожи правой голени, которую расценили как меланому. 28.10.2004 г. больной выполнена операция – широкое иссечение опухоли кожи правой голени, свободная кожная пластика. Гистологическое исследование: «Эпителиоидная меланома с изъязвлением, толщина по Бреслоу – 8 мм». Послеоперационный диагноз: «Меланома

кожи правой голени Т4вN1M0 – IIIc ст». В послеоперационном периоде проводилась иммунотерапия Реафероном. С декабря 2005 г. отмечено прогрессирование заболевания: мягкотканые метастазы правой голени, множественные метастазы костей скелета. 24.11.2005 г. – широкое иссечение метастатических опухолей мягких тканей правой голени со свободной кожной пластикой. Гистологическое исследование: «Два метастаза меланомы». С декабря 2005 г. по май 2006 г. проведено 6 циклов химиотерапии Дакарбазином. В мае 2006 г. больная обследована, констатирована стабилизация заболевания. Находилась под наблюдением районного онколога. В сентябре 2006 г. обнаружен метастаз меланомы мягких тканей правой голени. 20.10.2006 г. выполнено широкое иссечение метастаза мягких тканей правой голени. Гистологическое исследование: «Метастаз эпителиоидноклеточной меланомы». Консультирована химиотерапевтом, получала бисфосфонаты. В феврале 2012 г. вновь диагностирован метастаз меланомы мягких тканей правой голени. 09.02.2012 г. операция – широкое иссечение опухоли мягких тканей правой голени с пластикой местными тканями. Гистологическое исследование: «Метастаз меланомы». Консультирована химиотерапевтом, рекомендовано проведение химиотерапии Дакарбазином – 5–6 циклов, продолжение лечения бисфосфонатами. Проведено 6 циклов химиотерапии. В декабре 2012 г. при очередном обследовании обнаружена опухоль левой почки, 23.01.2013 г. выполнена лапароскопическая левосторонняя нефрэктомия. Гистологическое исследование: «Почечноклеточный светлоклеточный рак с инвазией в капсулу почки без инвазии в паранефральную клетчатку». В связи с наличием единственной почки произведена смена Бисфосфоната на Резорбу. В октябре 2015 г. диагностирован абсцесс S7 печени, правосторонний реактивный плеврит. 27.10.2015 г. – пункция, дренирование абсцесса печени и правой плевральной полости под контролем УЗИ. На фоне системной и местной терапии наступило полное излечение воспалительного процесса. Было продолжено лечение Зометой по март 2019 г. С целью оценки эффекта лечения выполнена позитронно-эмиссионная и компьютерная томография всего тела с глюкозой (23.10.2019 г.): в органах грудной, брюшной полостей, мягких тканях патологического накопления радиофармпрепарата не определяется. Учитывая отсутствие жалоб и данные обследования, пациентке рекомендовано динамическое наблюдение.

Ответы на вопросы. В анамнезе, кроме всего вышеуказанного, у больной холецистэктомия. Почки удалены вместе с надпочечником из-за большого размера опухоли (3,5 см).

Д. В. Гладышев (председатель). Представлено удачное лечение множественного рака. Возможно, часть почки можно было сохранить.

2. А. В. Старенченко¹, Г. Г. Накопия¹, Ю. В. Гребцов^{1,2}, М. В. Глушков¹, С. А. Данилов^{1,3}, Ю. В. Радионов^{1,3} (1 СПб ГБУЗ «Городская Покровская больница»; 2 кафедра факультетской хирургии им. И. И. Грекова ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова»; 3 кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова ФГБОУ ВО «СПбГПМУ»). **Хирургическое лечение мегадольхоколон у пациента с тяжелым соматическим статусом.**

Цель демонстрации – показать возможность хирургического лечения мегадольхоколон у пациента с выраженной соматической патологией. Обсудить варианты хирургической тактики.

Пациент М., 34 лет, поступил в 7 х/о СПбГБУЗ «Городская Покровская больница» 06.11.2018 г. в экстренном порядке с жалобами на вздутие и боли в животе, нарушение отхождения газов, отсутствие стула. Из анамнеза известно, что пациент с 1984 г. страдает постинфекционным органическим пораже-

нием головного мозга, тривентрикулярной шунтозависимой гидроцефалией, по поводу которой было выполнено трехкратное вентрикулоперитонеальное шунтирование (1998, 2003, 2009). Также пациенту в 2001 г. было выполнено удаление правосторонней субдуральной гидромы. На сегодняшний день сохраняются спастический тетрапарез и симптоматическая эпилепсия с частыми парциальными приступами и вторичной генерализацией. На протяжении 1 года пациента беспокоят кишечные жалобы. За прошедший год пациент был госпитализирован в экстренном порядке в различные стационары Санкт-Петербурга с диагнозом острой кишечной непроходимости 4 раза. В данные госпитализации с явлениями кишечной непроходимости удавалось справиться консервативно, с помощью выполнения видеоколоноскопии с деторсией и опорожнением толстого кишечника. С диагнозом «Мегаколон, колостаз» пациента выписывали из стационаров.

Во время настоящей госпитализации у пациента наблюдались клинические и рентгенологические признаки острой кишечной непроходимости. В условиях операционной под наркозом выполнена фиброколоноскопия (ФКС), по результатам которой выявлена значительно удлиненная (до 40 см) сигмовидная кишка. Левые отделы толстой кишки значительно раздуты газом. Произведено удаление газов и кишечного содержимого. После ФКС состояние стабильное, жалоб нет, газы отходят. Через 3 дня после госпитализации в стационар у пациента развился очередной эпизод вздутия, болей в животе, нарушение отхождения газов. С данной ситуацией удалось справиться консервативными методами. Пациент консультирован нейрохирургом: противопоказаний для оперативного лечения не выявлено. Учитывая постоянные приступы болей и эпизоды нарушения кишечной проходимости, требующие госпитализации и стационарного лечения, а также неудовлетворительное качество жизни, принято решение об оперативном лечении с диагнозом: «Идиопатический мегадолихоколон с поражением нисходящей и сигмовидной кишки, тяжелое течение». Планировалось выполнение резекции нисходящей ободочной и сигмовидной кишки с формированием трансверзоректоанастомоза. Интраоперационно выявлено тотальное расширение всей толстой кишки. Диагностирован мегадолихоколон, тотальное поражение. Выполнена колэктомия с формированием J-резервуара и илеоректального анастомоза. Послеоперационный период – без особенностей. Гистологическое заключение: «Структура стенки кишки сохранена, при этом отмечается выраженное распространенное истончение всех слоев стенки толстой кишки в правых и левых отделах. Наиболее выраженная атрофия мышечного слоя». При ИГХ визуализируется уменьшение количества интрамуральных субмукозных и субсерозных нервных ганглиев в участках истонченного кишечника. Выписан на 11-е сутки. В дальнейшем пациент консультирован нутрициологом, проведен курс послеоперационной терапии. В настоящий момент ограничений по питанию нет. Стул ежедневный – 2–3 раза в сутки. Потеря в весе нет.

Ответы на вопросы. По поводу гидроцефалии в Италии сформирован вентрикулоперитонеальный шунт. Получал Ботулотоксин, эффект длился около 6 месяцев. Операция выполнена в срочном порядке, гастроэнтерологом больной не обследован. Протективную илеостому не формировали. Остался среднеампулярный отдел прямой кишки.

Прения

М. Д. Ханевич. Эффект от лечения получен, но возникло много вопросов.

Н. А. Майстренко. Больной со сложным неврологическим заболеванием должен был наблюдаться гастроэнтерологом.

Операция проведена по хирургическим основаниям – должны быть исследованы все отделы толстой кишки. Алгоритм лечения опубликован в 2016 г. До операции план был составлен неверно.

Д. В. Гладышев (председатель). Несмотря на трудности и недостатки дооперационного ведения больного, мы видим положительный эффект от лечения.

ДОКЛАД

П. Н. Ромащенко¹, Н. А. Майстренко¹, Р. В. Орлова², К. В. Шелехова³, К. Г. Шостка⁴, А. С. Прыдко^{1,5}, М. В. Лысанюк¹, А. К. Иванова² (1 кафедра факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова»; 2 СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»; 3 СПб ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)»; 4 СПб ГБУЗ «Ленинградский областной клинический онкологический диспансер»; 5 СПб ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница»). **Мультимодальный подход к диагностике и лечению больных гастроэнтеропанкреатическими нейроэндокринными опухолями.**

Выявление нейроэндокринных опухолей (НЭО) за последние десятилетия повсеместно увеличилось, что обусловлено значительным улучшением их диагностики. Вместе с тем выбор рациональной диагностической программы и обоснованной лечебной тактики у данных пациентов представляет значительные трудности. Изучены результаты обследования и лечения 325 больных НЭО: в органах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) опухоли локализовались у 189 обследованных, в поджелудочной железе (ПЖ) – у 125, локализация первичной опухоли осталась неустановленной у 11. Обследование включало в себя оценку клинических проявлений, лабораторную диагностику с определением уровня общих (хромогранин-А – ХГ-А, нейронспецифическая енолаза – НСЕ) и специфических (инсулин, гастрин, серотонин, 5-ГИУК и др.) опухолевых маркеров. Инструментальная диагностика заключалась в применении лучевых (УЗИ, СКТ, МРТ), эндоскопических (ФГС, ФКС) и радиоизотопных (ПЭТ-КТ с ¹⁸FДГ и ⁶⁸Ga) методов исследований, направленных на определение локализации НЭО и оценку распространенности опухолевого процесса. Установлено, что основной причиной поздней диагностики НЭО являются особенности клинических проявлений заболевания: опухоли явились «случайной» находкой в ходе обследования сопутствующих заболеваний либо диспансеризации у 16,2% больных, диагностированы в связи с развитием острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у 13,4%, выявлены целенаправленно при развитии карциноидного синдрома у 12,8% соответственно. Генерализация опухолевого процесса на момент диагностики заболевания установлена у 34,9% обследованных пациентов. В ходе оценки информативности лабораторных методов в диагностике НЭО установлено, что чувствительность ХГ-А и НСЕ зависит от локализации опухоли и распространенности онкологического процесса. В отличие от других опухолевых маркеров, повышение уровня НСЕ > 50 нг/мл свидетельствует о высокой степени злокачественности опухоли. У больных НЭО ПЖ повышение уровня РЭА > 10 мг/мл и СА19-9 > 58 ед./мл указывает на высокий потенциал злокачественности опухоли. Оценка денситометрических характеристик НЭО ПЖ в различные фазы СКТ по степени накопления контрастного препарата в панкреатическую фазу исследования позволяет достоверно дифференцировать НЭО от нейроэндокринной карциномы (НЭК). Установлено, что выявляемый при СКТ опухолевый конгломерат в брыжейке достоверно свидетельствует о локализации НЭО в тонкой кишке. Рациональное применение и комплексная оценка результатов лабораторно-инструментальных и морфоло-

гических методов диагностики позволили уменьшить число НЭО без установленной локализации первичного очага в 3 раза (с 9,8 до 3,4 %). Хирургический метод являлся основным у больных с локализованными и местно-распространенными НЭО. У пациентов с генерализованными НЭО применение хирургического лечения (циторедукция либо удаление первичной опухоли) по сравнению с лекарственной терапией привело к увеличению медианы выживаемости (МВ) в 1,8 раза (с 24 до 42,4 месяца). При нерезектабельных печеночных метастазах включение в программу лечения химиоэмболизации печеночной артерии (ХЭПА) привело к снижению уровня опухолевых маркеров на 36,3 %, сопровождалось увеличением МВ пациентов на 12 месяцев. Проведение комплексного лечения увеличило МВ пациентов с генерализованными НЭО в 2 раза (с 29,9 до 60 месяцев), НЭЖ – в 2,8 раза (с 10,1 до 28,5 месяца). Определены клинико-морфологические критерии, негативно влияющие на прогноз заболевания: возраст >60 лет; локализация НЭО в ПЖ, толстой кишке, неустановленная локализация первичной опухоли; индекс пролиферативной активности (Ki-67) в опухолевых клетках >10 %; III–IV стадия опухолевого процесса на момент диагностики заболевания. Наличие данных признаков у больных после радикального хирургического лечения является основанием для проведения адьювантной лекарственной терапии, у пациентов с генерализованным опухолевым поражением – раннего комплексного лечения. Наилучшие показатели 5-летней выживаемости достигнуты в группе больных НЭО желудка (81,1 %) и тонкой кишки (70 %), наихудшие – у пациентов НЭО толстой кишки (50 %) и без установленной локализации первичной опухоли.

НЭО являются мультидисциплинарной проблемой, решение которой не представляется возможным без взаимодействия специалистов различного профиля. Применение мультимодального

подхода в определении диагностической программы и выборе лечебной тактики позволяет достоверно улучшить результаты лечения и качество жизни больных НЭО.

Ответы на вопросы. Верификация опухолей достигнута практически у всех больных. Локализованные и местно-распространенные формы подвергались хирургическому лечению. Химиоэмболизация только обсуждалась. При резектабельных опухолях морфологическая диагностика во время операции выполнялась не всегда. Прогрессирование возможно в пределах 1,5–2 лет, даже при опухолях менее 2 см. Авторы в этих условиях склоняются к активной тактике лечения. После радикального хирургического лечения лекарственная терапия проводилась, особенно при Ki67>10. При локализованных формах химиотерапия не всегда показана. Морфологическая верификация при локализованных формах не всегда позволяет уточнить диагноз. Видеокапсульная эндоскопия применялась у 2 больных. Опухоль обнаружили лишь у 1.

В. А. Кащенко. К лечению требуется междисциплинарный подход. Неоадьювантную терапию мы применяем чаще. Важно создать регистр из нескольких учреждений.

П. Н. Ромашенко. Создание регистра позволило расширить имеющиеся представления. Протоколы ежегодно пересматриваются. Сведения о пролиферативной активности необходимо расширять и исследовать. Чувствительность капсульной энтерографии – 87 %.

Д. В. Гладышев (председатель). Раковый регистр позволяет расширить знания, но он не используется. Хирурги перестали заполнять извещения о запущенности онкозаболеваний. Здесь сведения из 5 учреждений позволили обобщить материал и сообщили новые данные.

Поступил в редакцию 16.05.2020 г.