

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Председатель правления – А. Л. Акопов, ответственный секретарь – А. А. Ильин,
референт – А. Н. Галилеева

2551-е заседание 9 февраля 2022 г.

Председатель – С. А. Шляпников

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. И. М. Батыришин, Д. В. Фомин, А. М. Антонова (ГБУ СПб НИИ СП им. И. И. Джанелидзе). **Успешное лечение пациента с тубулярной дупликацией толстой кишки, осложненной перфорацией и перитонитом.**

Цель – показать редкую причину осложненной интраабдоминальной инфекции.

Пациент У., 32 лет, поступил в отделение реанимации НИИ СП им. И. И. Джанелидзе 21.02.2021 г. в экстренном порядке с клиникой перитонита и тяжелого сепсиса через трое суток от начала заболевания. Из анамнеза известно, что в 5-летнем возрасте установлен диагноз «Болезнь Гиршпрунга». При обзорной Рг-графии органов брюшной полости выявлен свободный газ в брюшной полости. Установлен диагноз: перфорация полого органа, разлитой перитонит. Пациенту по жизненным показаниям выполнено оперативное вмешательство. При лапаротомии: признаки разлитого калового перитонита, в средней $1/3$ нисходящей ободочной кишки выявлен воспалительный инфильтрат размерами 15×10 см. При мобилизации левой половины толстой кишки обнаружено, что имеет место неполная тубулярная дупликация ободочной кишки с пролежнем и перфорацией каловым камнем ее слепого сегмента. Объем операции: обструктивная левосторонняя гемиколэктомия, санация и дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства слева. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан на 24-е сутки после операции.

Через 3 месяца после выписки поступил для планового оперативного вмешательства. Выполнено восстановление непрерывности толстой кишки. Выписан на 9-е сутки.

Через 2 месяца после планового оперативного вмешательства поступил повторно в НИИ СП им. И. И. Джанелидзе с клиникой забрюшинного абсцесса. Выполнено чрескожное пункционное дренирование абсцесса под УЗ-контролем. Выписан на 17-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Ответы на вопросы

Профессор А. Е. Демко: Какая морфологическая картина при гистологическом исследовании стенки удаленной кишки?
– Ничего специфического не выявлено.

В. И. Кулагин: Удвоение правой половины кишечника тоже встречается?

– Удвоение кишечника может быть с левой и правой половины кишечника.

Признаки хронической интоксикации были?

– Да, были. У него раз в 1–1,5 месяца было очень болезненное отхождение каловых камней. Фиброколоноскопии

несколько раз пытались выполнить, но так как не удавалось нормально подготовить кишечник, исследования были неинформативны.

Профессор С. А. Шляпников: Удалось ли найти описание подобного пациента в таком возрасте?

– Нет, не удалось.

Прения

В. И. Кулагин: Лечение дивертикулов еще с 1980 г. – выключение левой половины ободочной кишки по Земляному. Но выключенный участок кишки все равно забивался камнями. То, с чем и пришлось столкнуться. Но профессор Земляной показывал, что выключение кишки – это первый этап, а второй – левосторонняя гемиколэктомия. Мы сегодня заслушали информацию об уникальной операции. Спасибо за презентацию.

В. И. Ульянов: Мне кажется, что не нужно путать дивертикулы (где отсутствует мышечный слой) с врожденной патологией.

Профессор С. А. Шляпников (председатель): Это уникальное наблюдение, так как авторы не нашли в литературе, чтобы с данной патологией пациент был оперирован в 32 года. Второй момент – все-таки не нужно отправлять таких пациентов к психиатру. Замечательно, что у нас такая клиника, которая позволяет оперировать пациентов с подобной патологией.

2. А. В. Осипов, О. Н. Резник, С. А. Платонов, В. С. Дайнеко, А. В. Святненко, М. И. Сафоев, М. А. Киселев, А. Е. Демко (ГБУ СПб НИИ СП им. И. И. Джанелидзе, ФГБВОУВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ). **Мультидисциплинарный подход к лечению комбинированных осложнений ортотопической трансплантации печени.**

Цель – показать возможности многоэтапного малоинвазивного лечения комбинированных осложнений ортотопической трансплантации печени при использовании мультидисциплинарного подхода.

Большая Ж., 55 лет, поступила в НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе 27.04.2021 г. в состоянии средней тяжести. Предъявляла жалобы на боли в эпигастрии, тошноту, пожелтение кожных покровов, повышение температуры тела до 38,6 °С. Обследована в отделении экстренной медицинской помощи. Поставлен предварительный диагноз: Стриктура общего желчного протока? Механическая желтуха. Острый холангит легкой степени тяжести. Указанные жалобы появились за 3 недели до обращения в стационар.

В анамнезе у пациентки ортотопическая трансплантация печени по поводу цирроза печени (класс С по Чайлд-Пью) в октябре 2020 г., получала комбинированную иммуносупрессивную терапию. Показанием к пересадке печени явился цирроз печени (класс С по Чайлд-Пью). Ранний

послеоперационный период осложнялся тромбозом общей печеночной артерии, из-за чего 26.10.2020 г. (вторые сутки п/о периода) была выполнена тромбэкстракция и эндоваскулярное стентирование общей печеночной артерии.

28.04.2021 г. при МРТ живота выявлены признаки билиарной гипертензии, стриктур в области билиобилиарного анастомоза. Скопление жидкости в подпеченочном пространстве (гематома?). Данных за нарушение перфузии трансплантата не выявлено.

В анализах крови обращали на себя внимание: анемия (гемоглобин – 88 г/л), гипербилирубинемия (общий билирубин 149 мкмоль/л, прямой билирубин 141,3 мкмоль/л). ФЭГДС – эрозивная гастропатия на фоне атрофии слизистой. По данным УЗИ – расширение внутривисцеральных протоков до 14 мм.

30.04.2021 г. выполнена ангиография, выявлен рестеноз 80 % в ранее имплантированном стент-графте собственной печеночной артерии.

С учетом риска отторжения трансплантата, прогрессирующей гипербилирубинемии, клиники острого холангита, консилиумом принято решение о малоинвазивном хирургическом лечении.

30.04.2021 г. предпринята попытка эндоскопического стентирования, которое не удалось выполнить из-за множественных эшелонированных стриктур в области билиобилиарного анастомоза.

30.04.2021 г. произведено чрескожное чреспеченочное наружное дренирование общего желчного протока.

В послеоперационном периоде отмечалась выраженная положительная динамика в виде купирования синдрома системной воспалительной реакции, нормализации уровня билирубина.

20.05.2021 г. в плановом порядке выполнена гибридная операция: чрескожное чреспеченочное и эндоскопическое стентирование общего желчного протока по типу «рандеву». С техническими сложностями проводник заведен из холедоха донорского трансплантата в холедох реципиента, захваченного корзиной Dormia эндоскопа, заменен на стандартный проводник и произведено стентирование общего желчного протока (пластиковый стент длиной 10 см, диаметром 8).

В раннем послеоперационном периоде отмечалась стойкая положительная динамика в виде нормализации клинического и биохимического анализов крови, нормализации температуры тела.

26.05.2021 г. произведена эндоваскулярная баллонная ангиопластика и рестентирование собственной печеночной артерии. Чрескожный чреспеченочный дренаж закрыт на 6-е сутки и удален через 14 дней после операции. При контрольной МР-холангиографии дефектов наполнения не выявлено, регрессия признаков билиарной гипертензии. Пациентка выписана на амбулаторное лечение на 10-е сутки послеоперационного периода. Через месяц после операции больная госпитализирована в НИИ скорой помощи для замены стента и контрольного обследования. Патологии не выявлено.

Ответы на вопросы

Профессор С. А. Шляпников: Первый стент тоже был с лекарственным покрытием?

– Да.

С чем связана компрессия?

– С внешним воздействием.

М. В. Лазуткин: Сколько времени прошло после стентирования холедоха и когда ожидается замена стента?

– Мы ее обследуем каждые 3 месяца, но стент пока не меняем (а уже прошло 9 месяцев).

А стоит ли ждать билиарной дисфункции или все сделать в плановом порядке?

– Вопрос сложный, мы пока думаем об этом.

В. И. Кулагин: Речь идет о двух стентах: сосудистый и желчный. Принципиально лечили желчный холангит, поэтому сначала решали вопрос билиарной гипертензии, а когда выявили ишемию – ее также устранили.

Прения

Профессор С. А. Шляпников: Главное, что работает слаженная команда мультидисциплинарного подхода.

3. В. А. Мануковский, Д. В. Кандыба, А. Е. Демко, А. Н. Тулупов, С. Ш. Тания, В. Е. Савелло, Я. В. Гавришук, И. В. Кажанов (ГБУ СПб НИИ СП им. Джанелидзе, ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова МЗ РФ, ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ, ФГБОУ ВО «ПСПбМУ им. И. П. Павлова»). **Эволюция стратегии оказания специализированной медицинской помощи у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой в условиях травмоцентра I уровня.**

Цель – проанализировать опыт лечения пострадавших с тяжелой сочетанной травмой (ТСТ), прошедших через противошоковую операционную в период с 2006 по 2020 гг.

Методы и материалы. Проведен анализ лечения 2795 пострадавших с политравмой в период с 2006 по 2021 гг. За последние годы отмечается тенденция к снижению количества таких пациентов. В структуре по механизму получения травмы преобладали ДТП – 58 %, кататравма – 15,6 %, а прочие причины встречались реже. Среди пострадавших в 79 % случаев преобладали мужчины, а их средний возраст составил 36 лет. Женщины составили 21 %, средний возраст – 40 лет. Повреждения головы диагностировались у 81 % пострадавших, лицевого скелета у 23 %, груди у 75,5 %, живота у 57,2 %, конечностей у 76 %, таза у 47,2 %, позвоночника у 21 %. Балльная оценка тяжести шокогенной травмы осуществлялась в противошоковой операционной с применением шкал Ю. Н. Цибина, ВПХ-П, ВПХ-П(П), ISS, а степень повреждения органов – на основе шкал AIS, AAST. Пострадавшие разделялись на 3 группы: прогноз для жизни положительный, сомнительный и отрицательный. Осуществлялась оценка эффективности применения лечебно-тактического динамического прогнозирования в остром и раннем периодах травматической болезни (ТБ), включая тактику Nonoperative management – (NOM), Earlytotal care – (ETC), а тактика Damage Control Surgery при осложненном течении травматической болезни. Отмечается дальнейшая эволюция стратегии оказания специализированной хирургической тактики в сторону активизации хирургической тактики с широким применением малоинвазивных и малотравматичных методов лечения, таких как Thoracic Endovascular Aortic Repair – (TEVAR), стентирование магистральных артерий конечностей, эндоваскулярная селективная эмболизация при висцеральной травме, при травме таза, Negative Pressure Wound Therapy – (NPWT) при гнойно-септических осложнениях с формированием компартмент синдрома. Тактика NOM применялась у пострадавших с висцеральной травмой, но при стабильной гемодинамике. Так, при травме селезенки у 52 пострадавших в 60 % случаев применение NOM позволило сохранить орган у 26 (50 %) пациентов и снизить летальность на 5,2 % у этой категории пострадавших. Хирургическая тактика ETC применялась во всех случаях у пострадавших с положительным прогнозом для жизни. Помощь всем пострадавшим с сомнительным и отрицательным прогнозом для жизни осуществлялась на основе лечебно-тактического динамического прогнозирования с учетом интегральной оценки тяжести состояния и развития осложнений с учетом тактики Damage Control Surgery. TEVAR применялся в 75 % при травме грудного отдела аорты

с разрывом III типа (псевдоаневризма) у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой груди. Во всех случаях вмешательство не ухудшило тяжесть течения травматической болезни и в настоящее время является методом выбора оперативного лечения. Метод NPWT применялся при лечении пострадавших со взрывными ранениями и повреждениями опорно-двигательной системы, осложненными развитием компартмент синдрома конечностей, раневой инфекции (целлюлофасцит, флегмоны), а также с тяжелой сочетанной травмой живота при лечении перитонита и абдоминального компартмент синдрома. Во всех случаях конечность удалось сохранить, очищение и закрытие ран с последующим проведением окончательного остеосинтеза проводилось на (21±3) суток раньше, чем при лечении традиционными методами.

Результаты. Основываясь на представленной стратегии в остром периоде травматической болезни удалось, не усугубляя тяжесть течения ТБ, провести на 47,3 % больше стабилизирующих операций при травме конечностей, на 46,7 % при травме таза, на 41,2 % при травме лицевого скелета, на 27,5 % больше декомпрессивно-стабилизирующих вмешательств при осложненной травме позвоночника, уменьшить на 27,7 % повторных санационных торакальных операций в раннем периоде травматической болезни. Ранняя стабилизация костей таза дала возможность снизить частоту осложнений в 1,5 раза. Все это позволило у пострадавших с отрицательным прогнозом для жизни уменьшить жизнеугрожающие гнойно-септические осложнения на 32,4 % и снизить летальность на 24 %.

Заключение. Хирургическая тактика в рамках эволюции стратегии оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим с тяжелой сочетанной травмой будет и в последующем претерпевать изменения в виде более широкого применения малотравматичных методов диагностики и лечения: лучевых, эндоваскулярных, хирургических, эндовидеохирургических, травматологических.

Ответы на вопросы

Профессор С. А. Шляпников: Существует ли в настоящее время регистр сочетанной травмы?

– Нет.

Существуют ли российские рекомендации при сочетанной травме?

– На данный момент нет.

Прения

Профессор С. А. Шляпников: В прошлом году создана ассоциация хирургов неотложной помощи. Что дало городу отделение сочетанной травмы? 1. Облегчает логистику пациентов. 2. Преимущество. 3. У ординаторов появляется пример комплексного лечения при наличии сочетанной травмы. 4. Пациент не должен переходить из одного отделения в другое.

В. Ю. Ульянов: Сначала было создано отделение по лечению шока. Основа патогенетической теории шока – это лечение кровопотери. Прежде всего проблему начинают решать с места происшествия: проведение реанимационных мероприятий, стабилизация гемодинамики. Потом мы поняли, что все пациенты, доставленные спустя один час с момента травмы и без инфузионной терапии получали септические осложнения. А все, кого доставили после двух часов – погибали. Остается дискуссионным вопрос: есть ли смысл создавать отделения сочетанной травмы? Главное – реанимационные мероприятия и борьба с шоком. Нужно решить проблему с быстрой доставкой пациента в лечебное учреждение.

Профессор С. А. Шляпников (председатель): лечение сочетанной травмы проводится в НИИ скорой помощи, 800 проблему коек, дежурства 3 раза в неделю, и Военно-полевой

хирургии ВМА – дежурства 4 раза в неделю. И. И. Дерябин и С. А. Селезнев – авторы книги о травматической болезни. Одна из задач создания отделения сочетанной травмы – разработка методических рекомендаций. Сепсис вылечить за 40000 рублей – нереально, так как это лечение стоит 600000 рублей. Медикоэкономические стандарты обосновали, сколько денег нужно.

Поступил в редакцию 17.05.2022 г.

2552-е заседание 23 марта 2022 г.

Председатель – А. В. Гостимский

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А. Л. Акопов, Г. Г. Хубулава, С. П. Марченко, А. А. Захаренко, А. Н. Швецов, С. Д. Горбунков, Н. Н. Гургенидзе, А. Г. Геворгян, И. В. Казанцев, Е. А. Куликов, О. В. Голощанов (НИИ хирургии и неотложной медицины ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. И. П. Павлова). **Случай радикальной резекции нейробластомы средостения у пациента с аномалией развития ветвей аорты.**

Цель – выполнить технически сложное оперативное вмешательство совместно с кардиохирургами без осложнений и в кратчайшие сроки после операции продолжить специфическую терапию.

На демонстрации представлена пациентка Г., 9 лет, заболела в июле 2020 г., когда заметили припухлость в области шеи. Выполнена компьютерная томография по данным которой выявлено: в средостении паравerteбрально на уровне C3-Th3 выявлено объемное образование 65×49×80 мм с неровными четкими контурами, распространяющееся через межпозвоночное отверстие на уровне Th2-Th3. Образование также распространяется на шею, смещает латерально трахею, компримирует пищевод, муфтообразно охватывает правую подключичную артерию и ее ветви. Также выявлена аномалия отхождения правой подключичной артерии непосредственно от дуги аорты – Arteria Lusoria. Выполнена биопсия лимфатического узла и комплекс лабораторных исследований, по данным которых установлен следующий диагноз: нейробластома средостения, IV стадия INSS, M стадия INRGSS (метастатическое поражение лимфоузлов шеи, множественные очаги поражения костей). MYCNamp- del1p-, группа высокого риска. Получала терапию по протоколу NB 2004, лечение проходило с грубым нарушением тайминга (неблагоприятные условия в семье), в феврале 2021 г. при контрольном обследовании перед планируемыми оперативным лечением установлен диагноз раннего рецидива. Получила 4 курса терапии по схеме RIST с удовлетворительным ответом. В июне 2021 г. следующим этапом выполнено оперативное лечение: стернотомия. Удаление опухоли средостения. Имплантация правой подключичной артерии в правую общую сонную артерию. Оперативное вмешательство запланирован и выполнено с бригадой кардиохирургов. Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациентка вертикализована на 2-е сутки, дренажи удалены на 3-и сутки. Менее чем через месяц после оперативного лечения пациентке выполнена успешная ВДПХТ с аутотрансплантацией гемопоэтических стволовых клеток. Посттрансплантационный период протекал без особенностей, в дальнейшем пациентке начата иммунотерапия таргетными антителами. Данное клиническое наблюдение демонстрирует возможности выполнения всех этапов лечения ребенка с опухолью сложной анатомической локализации и высокими хирургическими рисками в условиях университетской клиники. Тщательное планирование оперативного вмешательства совместно с кардиохирургами позволило выполнить

технически сложное оперативное вмешательство без осложнений и в кратчайшие сроки после операции продолжить специфическую терапию.

Ответы на вопросы.

Профессор С. А. Шляпников: Как часто у детей возникают подобные опухоли и всегда ли им проводится адьювантная терапия?

– Локализация в области заднего средостения – 10 %. Адьювантная терапия проводится всегда.

2. А. Н. Котин: Возможна ли радикальная резекция?

– Очень редко. Была ли остаточная опухоль при сцинтиграфии?

– Нет.

Прения

А. Н. Котин: Используем ли мы у детей такой доступ?

– Нет. Возможно ли было использовать торакоскопический метод? Но удалось ли удалить данную опухоль радикально? У нас нет опыта, чтобы так сохранить сосуды и восстановить их анатомию.

А. Л. Акопов: Наш опыт операции у детей – около двух лет, и в основном это – нейробластомы. У детей есть свои особенности. Если у взрослого опухоль прорастает в сосуд, мы удаляем опухоль вместе с сосудами. У детей можно попробовать выделить сосуд, что нам и удалось. В связи с аномальным расположением артерии (за трахеей и за пищеводом) боялись кровотечения, поэтому и выбрали такой доступ. На сегодняшний день назрела необходимость взаимодействия взрослого хирурга и детского. У нас создается коллектив, направленный на лечение детской онкологии.

Председатель: А. В. Гостимский: При нейробластомах у детей, чем раньше установлен диагноз и выполнена операция – результаты лучше, чем старше – результаты хуже. Доступ правильный тот, который привел к хорошим результатам. Хочу всех поздравить с хорошим результатом.

2. И. А. Комолкин, А. Ю. Мушкин, Д. Б. Маламашин (ФГБУ «СПбНИИФ» МЗ РФ). **Врожденные пороки развития грудино-реберного комплекса у детей. Систематизация. Технические возможности. Перспективы развития.**

Цель – выбор тактики хирургического лечения деформаций грудной клетки при редких пороках развития грудино-реберно-verteбрального комплекса у детей. Представлены классификация врожденных пороков развития грудино-реберно-verteбрального комплекса (ГРВК), результаты хирургического лечения 21 пациента с ГРВК. Во всех наблюдениях удалось снизить степень компрессии легких, увеличить объем грудной полости и исправить деформацию грудной клетки.

С 2015 по 2021 г. в ФГБУ «СПб НИИФ» на лечении находился 21 пациент в возрасте от 2 до 17 лет с пороками развития ГРВК. С синдромом Поланда 5 пациентов, с Куррарино-Сильвермана – 5 детей, с синдромом Жене 4 ребенка, с врожденным сколиозом и синдром торакальной недостаточности (СТН) – 4, с множественным хондроматозом костей с поражением реберного каркаса у детей – 3 ребенка. Всем больным проводились клиническое, рентгенологическое исследование (в том числе компьютерная томография (КТ) грудной клетки и легких) и хирургическое лечение.

Выводы. После проведенного лечения во всех наблюдениях удалось снизить степень компрессии легких, увеличить объем грудной полости и исправить деформацию грудной клетки. Единого подхода к лечению пациентов с деформациями грудной клетки при редких пороках развития грудино-реберно-verteбрального комплекса на сегодняшний день нет. Тактика зависит от клинических проявлений, тяжести и распространенности процесса. Благодаря унификации терми-

нологии, выделению ведущего компонента (оси) деформации, и определения индексов, систематизация предполагает более объективную оценку патологии и эффективности ее лечения, что, на наш взгляд, позволит использовать ее в качестве рабочего инструмента в торакальной практике.

Ответы на вопросы.

С. Д. Горбунков: Лоскут широчайшей мышцы спины, перемещающийся на переднюю поверхность груди, насколько хорошо выполняет свою функцию?

– И функциональные, и эстетические результаты, начиная с 3-х, 4-х суток довольно хорошие.

А. Л. Акопов: Каналы финансирования?

– Председатель А. В. Гостимский: Дети растут, и какие результаты через 10 лет?

– Таких данных пока нет.

Прения

Профессор А. Ю. Мушкин: У подростков и у взрослых одним из показателей является косметический дефект. И эти пациенты имеют суицидальную наклонность. Хотел обратить внимание в докладе: улучшено может быть только то, что может быть измерено. Здесь представлены математические измерения, на основании которых можно измерять динамику дальнейшего процесса. У многих оперированных детей возникают осложнения, связанные с трансплантатом. Эти операции улучшают функциональное состояние. Мы сейчас имеем дело с разными пороками.

Профессор А. В. Гостимский (председатель): Доклад очень понравился. 3D-моделирование – это то, что мы можем измерить. К сожалению, количество детей с пороками развития с каждым годом увеличивается, и это приводит к изменению сердечно-сосудистой системы и нарушению функции легких. Большое спасибо за интересный доклад.

3. Н. А. Щеголева, Д. В. Пушкарев, М. Е. Зуев, М. А. Жабрунова (ДГМКЦ ВМТ им. К. А. Раухфуса). **Лапароскопически ассистированная игнопунктурная экстраперитонеальная герниорафия при врожденных паховых грыжах у детей.**

Цель – продемонстрировать наличие эффективного, безопасного и относительно простого способа лечения паховых грыж у детей.

Врожденная паховая грыжа является частой патологией у детей: хирургические вмешательства по данному поводу составляют до 15 % всех операций в детской хирургии. В ДГМКЦ ВМТ им. К. А. Раухфуса для лечения детей с паховыми грыжами используется метод лапароскопически ассистированной игнопунктурной экстраперитонеальной герниорафии.

Для ее выполнения требуется следующее оснащение: лапароскопическая стойка, 3- или 5-мм троакары, лапароскоп, игла для перидуральной анестезии (игла Туохи), нерассасывающаяся нить – Этилон 2/0, нерассасывающаяся плетеная нить – Этибонд 2/0.

Под контролем лапароскопа, установленного в пупочной области, осуществляют безопасное проведение иглы Туохи по латеральной стороне внутреннего отверстия пахового кольца для проведения петли-ловушки из нерассасывающегося шовного материала под брюшиной с оставлением петли в свободной брюшной полости. Затем через тот же прокол проводят иглу с плетеной нерассасывающейся нитью по медиальной стороне необлитерированного влагалищного отростка брюшины. Далее с помощью петли-ловушки выводят лигатуру из брюшной полости. После выведения концов нити за пределы брюшной полости формируют экстракорпоральный узел, которым затягивают дефект внутреннего пахового кольца, и погружают узел под подкожную жировую клетчатку.

У представленного метода отмечены следующие преимущества. Первое – это визуализация контрлатерального пахового

кольца и возможность увидеть «немую» паховую грыжу. Второе – отсутствие таких осложнений, как отек, гематома области мошонки. Кремастерный рефлекс был сохранен во всех случаях. И ни разу мы не столкнулись с ятрогенным крипторхизмом.

При использовании данной техники возможны осложнения в виде повреждения подвздошных сосудов, нижней эпигастральной вены и гонадных сосудов, в нашей практике они не встречались.

Ответы на вопросы

В. С. Гриневич: У вас были проблемы с рецидивами, осложнения?

– У нас рецидивов не было (но у нас не было активного поиска).

Какие показания к данной методике?

– Относительно возраста особых предпочтений нет, но лучше – у маленьких детей.

М. Д. Ханевич: Вы грыжевой мешок не убираете? И что с ним происходит в дальнейшем?

– Мы грыжевой мешок только перевязываем, а потом он облитерируется.

А. Д. Ти: Как давно применяется эта методика?

– 50–70 операций в год, а из них 60 % – лапароскопические. Возраст детей?

– от 1 до 17 лет.

У вас кроме этого метода другие применяются?

– Да.

Прения

М. Д. Ханевич: Интересный доклад о развитии детской герниологии. Отличается от операций у взрослых. Учитывая, что грыжевой мешок облитерируется и осложнений не возникает, это очень хорошо. Прекрасная малоинвазивная методика, значит, у взрослых паховых грыж будет меньше.

Проф. М. В. Шебеньков: Большинство детских хирургов в мире переходят на лечение методикой PIRS. Мы уже около 30 лет используем лапароскопическое ушивание глубокого пахового кольца, но уже последние два года перешли на методику PIRS.

Профессор А. В. Гостимский (председатель): Данная методика лечения грыж основана на самых последних технологиях. Большое спасибо за доклад.

Поступил в редакцию 17.05.2022 г.

2553-е заседание 13 апреля 2022 г.

Председатель – А. Л. Акопов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. С. А. Попов, А. В. Павловский, А. А. Поликарпов, А. А. Станченко, В. Е. Моисеенко, Д. А. Гранов (ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. акад. А. М. Гранова» МЗ РФ). **Отдаленный результат лечения нейроэндокринной опухоли поджелудочной железы с массивным метастатическим поражением печени и тяжелой печеночной недостаточностью.**

Цель – показать возможность достижения отдаленной выживаемости и хорошего качества жизни у больной нейроэндокринной опухолью ПЖ с множественным поражением печени и печеночной недостаточностью. Клинический случай продемонстрирован 11.01.2017 г. на 2483 собрании Хирургического общества. Правлением общества было рекомендовано показать отдаленный результат лечения пациентки. Больная Т., 62 лет, с 2009 г. наблюдалась в связи с многоочаговым поражением печени без существенных клинических проявлений с диагнозом «Гемангиоматоз печени». Ежегодно отмечен умеренный рост имеющихся и появление новых

очагов в паренхиме печени. В декабре 2015 г. резкое ухудшение состояния пациентки. По результатам обследований выявлены опухоль хвоста ПЖ и субтотальное метастатическое поражение печени. 21.01.2016 г. биопсия печени, ИГХ исследование – нейроэндокринная опухоль ПЖ (G2). Состояние пациентки ухудшалось, прогрессировали клинико-биохимические признаки печеночной недостаточности, ECOG 3. Поступила в клинику РНЦ РХТ. В феврале, апреле, июне, июле 2016 г. выполнена ангиография: химиоэмболизация печени, химиоинфузия в чревный ствол. На фоне лечения отмечена положительная динамика в состоянии больной, ответ метастазов в печени на лечение, клинико-лабораторные явления печеночной недостаточности полностью разрешились, что позволило выполнить следующий этап комбинированного лечения – удаление первичного очага. 10.08.2016 г. – операция – биопсия новообразований печени, дистальная гемипанкреатэктомия, спленэктомия, холецистэктомия. В период с 29.09.2016 г. по 16.09.2020 г. проведены 14 циклов ангиографии, химиоэмболизации печени, химиоинфузии в чревный ствол. С октября 2020 г. противоопухолевого лечения не получала. По результатам МРТ от 09.2021 г. – стабилизация заболевания, частичный ответ. Жалоб в настоящее время нет. Состояние удовлетворительное. ECOG 0.

Ответы на вопросы

Профессор А. Л. Акопов: тяжелое состояние было связано с печеночной недостаточностью?

– Да.

Прения

Профессор Д. А. Гранов: У нас пациентов с метастазами в печень – 145, с первичной опухолью в поджелудочной железе – 70. Тактика лечения у нас такая, как указана в презентации. Если нет положительной динамики на лечение mts химиотерапией, тогда идем на удаление первичной опухоли, но мы здесь акцентируем, что рекомендуемая химиоинфузия в чревный ствол очень эффективна именно при нейроэндокринных опухолях.

2. А. А. Поликарпов, Т. И. Казачева, П. Г. Таразов, Д. А. Гранов (ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. акад. А. М. Гранова» МЗ РФ). **Случай успешного эндоваскулярного лечения пациентки с редкой первичной злокачественной опухолью печени.**

Цель – показать эффективность эндоваскулярного лечения у пациентки с эпителиоидной гемангиоэндотелиомой печени.

У пациентки Т., 58 лет, в 2014 г. впервые были выявлены билобарные очаговые изменения в печени, выполнена биопсия, гистологическое заключение и ИГХ исследование: эпителиоидная гемангиоэндотелиома печени. МРТ и МСКТ с в/венным контрастированием подтвердили злокачественное новообразование печени. Специфического лечения предложено не было. Пациентка обратилась в наш центр, где после консультации академика РАН, профессора А. М. Гранова было выполнено ПЭТ-КТ с ¹⁸F-ФДГ: билобарно в печени гиподенсные разнокалиберные образования размерами от 14×26 до 49×37 мм, активно накапливают РФП со SUV от 3,6 до 9,4. Решено выполнить классическую масляную химиоэмболизацию печеночной артерии суспензией сверхжидкого липиола и доксорубицина (МХЭПА). За период с июля 2014 г. по декабрь 2014 г. осуществили 4 цикла подоловой МХЭПА, получен частичный ответ по данным ПЭТ-КТ с ¹⁸F-ФДГ, продолжающийся 14 месяцев. В феврале 2016 г. выявлено увеличение размеров ранее эмболизированных узлов, восстановление неоваскуляризации и увеличение SUV. Осуществили 6 циклов комбинированной артериопортальной масляной химиоэмболизации доксорубицином и митомицином С. В настоящее время удалось достигнуть частичного ответа по mRecist. Продолжительность жизни

пациентки составляет 90 месяцев от начала лечения, ремиссия сохраняется в течение последних 24 месяцев.

Представлен пример лечения пациентки с эпителиоидной гемангиоэндотелиомой печени. Эпителиоидная гемангиоэндотелиома – редкая сосудистая опухоль, происходящая из эндотелиальных или презндотелиальных клеток сосудов. Частота встречаемости менее 1 % всех сосудистых опухолей. Несмотря на низкую злокачественность, основная причина смерти пациентов с этой опухолью, локализованной в печени – внутриорганный прогрессирование. Общая выживаемость не превышает 26 месяцев. В случаях билобарного поражения печени системная химиотерапия и лучевая терапия неэффективны. Методом выбора является ортотопическая трансплантация печени, однако дефицит донорских органов ограничивает ее применение.

Ответы на вопросы.

Профессор М. Д. Ханевич: Редкая сосудистая опухоль – почему только химиотерапия? Почему опухоль прекратила рост?

– В нашем центре 4 случая (две трансплантации и две эмболизации). Эффект связан не только с химиотерапией, но и с эмболизацией.

Профессор А. Л. Акопов: При выполнении химиотерапии не стоял вопрос о хирургическом вмешательстве?

– Не было необходимости.

Прения

Проф. М. Д. Ханевич: демонстрируются очень интересные нестандартные клинические случаи и нестандартные подходы в лечении. Метод химиоэмболизации дал очень хороший эффект. Эти демонстрации показывают, что необходимо продолжать наблюдать за подобными больными. Спасибо.

Проф. Д. А. Гранов: Данной пациентке повезло, что химиоэмболизация помогла. И если добились хорошего эффекта – зачем прибегать к хирургическим рискам.

З. И. О. Руткин, А. А. Поликарпов, И. И. Тилеубергенов, В. Н. Жуikov, Д. А. Гранов (ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. акад. А. М. Гранова» МЗ РФ). **Отдаленные результаты комбинированного лечения пациента с гепатоцеллюлярной карциномой BCLCB.**

Цель – показать возможности и отдаленные результаты современных малоинвазивных методов (ВЛС резекция печени, РЧА, ХЭПА) с целью «downstaging» до Миланских критериев и увеличения периода ожидания трансплантации печени в лечении пациентов с распространенной гепатоцеллюлярной карциномой на фоне цирроза печени. Пациент Б., 1958 г. р., с 2013 г. находился в листе ожидания трансплантации печени РНЦРХТ с диагнозом: хронический гепатит С с исходом в цирроз печени (Child-PughB). ПГ. ВРВП Ист. Спленомегалия. Гиперспленизм. Эндоскопическое лигирование ВРВП 2011 г., 2012 г. СД II. По семейным обстоятельствам пропускал плановые визиты к врачу. При обследовании в ноябре 2014 г. выявлено очаговое образование печени до 6 см в диаметре. Уровень АФП не повышен. По данным обследования: МСКТ ОБП, ПЭТ ФДГ установлен диагноз злокачественной опухоли. Учитывая размеры опухоли более 5 см, не соответствующие Миланским критериям, принято решение о снятии с листа ожидания и проведении комбинированного лечения. В январе 2015 г. пациенту выполнена селективная ангиография и неoadьювантная химиоэмболизация левой доли печени 20 мг Доксорубицина с последующим оперативным вмешательством в объеме: видеолапароскопия, РЧ-ассистированная атипичная резекция III сегмента печени. Диагноз ГЦК подтвержден морфологически. По данным ангиографии печени также заподозрено наличие 2 опухолевых очагов в правой доле без явной неоваскуляризации. По данным контрольного МРТ ОБП с примовистом

в марте 2015 г. подтверждено наличие 2 опухолевых узлов ГЦК в проекции SVI, VIII печени размерами до 2 см. В мае 2015 г. выполнена повторная ангиография и неoadьювантная химиоэмболизация правой доли печени 30 мг Доксорубицина с последующим оперативным вмешательством в объеме: чрескожная РЧА опухолевых узлов SVI, VIII сегментов печени под УЗИ контролем. В декабре 2015 г. по данным обследования отмечен полный ответ на проведенное лечение по критериям m-Recist, признаков прогрессирования опухоли не выявлено. С учетом эффекта от проведенного лечения и соответствия пациента Миланским критериям принято решение о восстановлении в листе ожидания ОТП. 18.05.2016 г. пациенту выполнена операция: Лапаротомия по Starzl, гепатэктомия с сохранением ретропеченочного отдела нижней полой вены. Ортотопическая трансплантация печени от трупного донора по методике PiggyBack. Послеоперационный период без серьезных (Clavien>IIIb) осложнений. В динамике на декабрь 2021 г. – по данным КТ, МРТ состояние расценивается как полный ответ на проведенное лечение. Полностью социально и физически адаптирован.

Ответы на вопросы.

Профессор А. Л. Акопов: Часто бывает, что после трансплантации печени возникает рецидив?

– При гипоцеллюлярной карциноме у 3 % рецидив в трансплантате.

Прения

Профессор Д. А. Гранов: У данного пациента цирроз печени и быстрое прогрессирование опухоли. Лечение в несколько этапов. Необходимо следить и устранять прогрессирование цирроза.

4. П. Г. Таразов, А. А. Поликарпов, Д. А. Гранов (ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. акад. А. М. Гранова» МЗ РФ).

Эволюция методов интервенционной радиологии в лечении опухолей гепато-панкреато-билиарной зоны.

Цель – показать высокую эффективность комбинации фотодинамической терапии с регионарной химиотерапией при опухоли Клатскина. В докладе представлены современные методы рентгенохирургического лечения злокачественных опухолей печени, желчных протоков и поджелудочной железы. Эволюция обусловлена совершенствованием инструментария, позволяющего выполнять суперселективные вмешательства, использованием новой аппаратуры и новых лекарственных противоопухолевых препаратов. При новообразованиях печени в рутинную практику, помимо масляной химиоэмболизации, вошли эмболизация лекарственно-насыщаемыми микросферами, радиоэмболизация, предоперационное окклюзирование воротной вены. Эти методы позволили значительно улучшить результаты лечения больных гепато- и холангиоцеллюлярным раком, метастазами колоректального рака и злокачественного карциноида в печень, другими вторичными опухолями, в том числе при их химиорезистентности к системной терапии. Различные комбинации локорегионарного воздействия эффективны при раке поджелудочной железы: химиоинфузия в сочетании с химиоэмболизацией вызывает хороший симптоматический эффект и улучшает показатели выживаемости; наилучшие результаты наблюдаются при их комбинации с лучевой терапией. Пред- и послеоперационные рентгеноэндоваскулярные вмешательства позволили значительно улучшить исходы гепатопанкреатодуоденальной резекции. Сделан вывод о том, что развитие и внедрение методов интервенционной радиологии существенно улучшает результаты лечения опухолей гепато-панкреато-билиарной зоны. Рентгеноэндоваскулярные вмешательства являются важной и часто необходимой составляющей комбинированного лечения.

Ответы на вопросы.

Профессор А. Л. Акопов: Малый круг? Эмболизация брахиоцефальных артерий. Тромбоаспирация при ТЭЛА 90 % хороших результатов (НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, Мариинская больница).

Прения

Профессор Д. А. Гранов: Может показаться, что специально подобрали подобные демонстрации, но сейчас эндоваскулярное лечение (эмболизация) очень широко используется. Скоро это все появится в международных рекомендациях. Как сейчас изменилось отделение ангиографии? В нашем центре эндоваскулярной хирургии с 2003 г. врачи сами ведут пациентов, записывают истории болезни и выполняют пациентам эндоваскулярные методы лечения. Такая схема позволяет достичь результатов. Анатолий Михайлович потратил 50 лет на развитие данных методик. Спасибо.

Профессор Д. Н. Майстренко: Главная заслуга Анатолия Михайловича – в нашем институте он ввел командный подход. Вам всем спасибо, что вы его помните.

Профессор А. Л. Акопов (председатель): Большой вклад Анатолий Михайлович внес и в развитие городской медицины. *Поступил в редакцию 17.05.2022 г.*

2554-е заседание 27 апреля 2022 г.

Председатель – А. В. Павловский

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. Б. В. Сигуа, А. С. Качиури, Д. В. Гуржий, А. В. Беляева, С. Ю. Ракита, С. А. Винничук, В. П. Земляной (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова МЗ РФ). **Случай лечения пациента с первичной меланомой пищевода, скрывающейся под маской низкодифференцированной опухоли.**

Цель – показать сложность диагностики редкого злокачественного новообразования – первичной меланомы пищевода, а также продемонстрировать возможности современного комбинированного лечения данной категории больных. Уникальность представленного клинического наблюдения заключается в том, что нам не удалось обнаружить в мировой литературе случаев меланомы пищевода с семейным анамнезом злокачественных опухолей пищевода.

Пациент С., 46 лет, госпитализирован 08.09.2021 г. в клинику факультетской хирургии им. И. И. Грекова Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова с диагнозом «Образование пищевода».

Из анамнеза известно, что с февраля 2021 г. появились симптомы скапливания пены во рту, с июля 2021 г. отмечает снижение массы тела на 13 кг (ИМТ при поступлении – 23,0 кг/м²). С конца августа отметил ухудшение состояния в виде затруднения прохождения твердой, а затем и жидкой пищи. Амбулаторно выполнена ВЭГДС: в нижне-грудном отделе пищевода визуализируется образование, полностью обтурирующее просвет пищевода, взята биопсия. Учитывая полученные данные, а также выраженную картину дисфагии, пациент в срочном порядке был госпитализирован в клинику факультетской хирургии им. И. И. Грекова.

При опросе пациента получены данные об отягощенном семейном онкологическом анамнезе: родная сестра отца в возрасте 58 лет умерла от рака пищевода.

В связи с тем, что материал биопсии, взятый на амбулаторном этапе, оказался неинформативен, выполнена ВЭГДС. Следует отметить, что только со второго раза удалось получить информативный биопсионный материал: низкодифференцированный плоскоклеточный рак пищевода. Также в клинике

выполнена МСКТ с в/в контрастированием: отмечено расширение пищевода до 5 см на уровне его ретрокардиального сегмента, в клетчатке кардиоэзофагеального перехода отмечается конгломерат лимфатических узлов общими размерами 29×31 мм. Данных за отдаленное метастазирование не получено. По результатам обследования был поставлен диагноз: плоскоклеточная карцинома средне-нижнегрудного отдела пищевода cT2N1M0 G3, II стадия.

Учитывая наличие у пациента клиники прогрессирующей дисфагии, локорегионарного распространения опухоли, а также ограниченных данных о гистологическом типе опухоли, принято решение о проведении на первом этапе лечения оперативного вмешательства. 05.10.2021 г. выполнена субтотальная резекция пищевода с одномоментной внутриплевральной пластикой пищевода желудочным стеблем, лимфодиссекцией 2F из комбинированного лапаротомного и правостороннего торакотомного доступа. Послеоперационный период протекал гладко, без особенностей. По результатам окончательного патогистологического исследования поставлен диагноз: меланома пищевода pT3N1. При иммуногистохимическом исследовании в опухолевых клетках выявлена выраженная экспрессия SOX 10, экспрессия панцитокератина, мутация V600E в гене BRAF отсутствует. После получения результатов иммуногистохимического исследования пациент был проконсультирован дерматологом, офтальмологом на предмет возможного наличия первичного очага. Данных за меланому кожи и глаз не получено. По результатам ПЭТ-КТ другой очаговой патологии не выявлено. Пациенту было проведено 3 цикла адъювантной иммунотерапии пембролизумабом. При контрольной ПЭТ-КТ данных за наличие рецидива и прогрессирование заболевания не получено.

Ответы на вопросы.

Профессор К. В. Павелец: На каком уровне сформировали анастомоз?

– Выше v. azygos.

Какой тип формирования анастомоза?

– Аппаратный.

Поражение в лимфоузлах?

– В трех лимфоузлах определялась + ткань.

Профессор М. Д. Ханевич: Какой аппарат использовали?

– Размер 25.

Прения

Профессор А. В. Павловский: Встречается меланома анального канала, влагиалища, легких и т.д. Меланома пищевода известна, но, в отличие от кожи, сложна для диагностики. Если бы Вы сразу узнали, – начали бы с операции или иммунотерапии?

– С операции. Но, учитывая отдаленные результаты после операции, – они неутешительны, не дают длительной выживаемости. Поэтому, если столкнетесь с подобным – проконсультируйтесь с химиотерапевтами.

Профессор К. В. Павелец: Хорошо, что пациент жив. Но если брать клинические рекомендации, то, если опухоль больше двух см, а сейчас – больше пяти см – показана адъювантная терапия. Но то, что она дает положительный эффект – 25–30 %, никто там не указывает. Конечно я не за аппаратный анастомоз, так как он дает изжогу и те проявления, которые у данного пациента.

Профессор М. Д. Ханевич: Я полностью поддерживаю Константина Владимировича, что ни о какой адъювантной терапии речи нет. Лучше начинать с операции. В отношении наложения анастомоза – кто как умеет. Аппаратный дает меньше несостоятельности, но дает изжогу чаще, чем обычный.

Профессор Б. Г. Сигуа: Я оперировал данного пациента. Но получить четкую гистологию не представлялось возможным. В связи с этим было принято решение о первичной операции не

только с целью лечения, но и диагностики. В данной ситуации, конечно, и речи о первичной адьювантной терапии не могло быть. Анастомозы, и те, и другие, мы накладываем индивидуально. Если анастомоз узкий – накладываем в ручном режиме. Если больше 25 см – то накладываем аппаратный. В отношении изжоги пациент очень своеобразный, он не только до сих пор пищу принимает лежа, но он еще ее и запивает алкоголем. Поэтому однозначного ответа на наличие у пациента изжоги нет.

2. Р. Г. Аванесян, А. П. Иванов, А. В. Подкаменев, Н. В. Жарова, Н. К. Павелец, А. С. Кашин, Е. Е. Аладьева (ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ, СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница», СПбГБУЗ «Детская городская больница № 2 Святой Марии Магдалины»). **Двухэтапное лечение травматического разрыва поджелудочной железы.**

Цель – показать возможности комбинированного подхода при тяжелой травме поджелудочной железы (AAST II–III ст.), осложненной наружным желчным свищем у пациента детского возраста.

Пациент К., 11 лет, поступил в СПбГБУЗ «Детская городская больница № 2 Святой Марии Магдалины» 06.08.2021 г. с диагнозом «Закрытая травма живота, травматическое повреждение поджелудочной железы – ушиб и размозжение тела». Из анамнеза известно, что 05.08.2021 г. получил травму – упал на ручку самоката, удар пришелся на область эпигастрия. В связи с тяжелым состоянием при поступлении пациент госпитализирован в ОРИТ. Выполнено МСКТ органов брюшной полости, при котором выявлены признаки травматического повреждения поджелудочной железы II–III степени по классификации AAST (разрыв), значительное количество выпота в полости малого таза. Состояние больного стабилизировалось после проведения консервативной терапии, для дальнейшего лечения переведен в 1 х. о. При УЗИ от 12.08.2021 г. на уровне тела поджелудочной железы выявлена киста размерами 9×5×6 см, количество выпота в брюшной полости уменьшилось до 20 мл. При МСКТ от 20.08.2021 г. картина кистозного образования тела поджелудочной железы, хронического панкреатита, спленомегалии. В динамике отмечалось нарастание показателей α -амилазы крови и увеличение размеров полости кисты при УЗИ от 30.08.2021 г. до размеров 15×7,5×9 см.

Больной консультирован 01.09.2021 г. Первым этапом решено выполнить наружное дренирование полости кисты под УЗ-контролем. При дренировании получено около 300 мл содержимого с высоким содержанием амилазы (110300 Ед/л). Состояние больного улучшилось, боли купированы, показатели клинического и биохимического анализов крови нормализовались, больной был выписан с наружным дренажом под наблюдение хирурга поликлиники.

С 13.01.2022 г. по 26.01.2022 г. находился на стационарном лечении в 4 х. о. ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ, где была выполнена попытка минимально инвазивного восстановления целостности и проходимости протока поджелудочной железы под Rg-контролем в связи с сформированным наружным панкреатическим свищем. Реканализировать проток поджелудочной железы через остаточную полость кисты не удалось.

Больной повторно госпитализирован в 4 х. о. ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ 09.03.2022 г., после дообследования 14.03.2022 г. выполнена операция: цистопанкреатикоеюноанастомоз на изолированной по Ру петле. Послеоперационный период протекал благополучно, 01.04.2022 г. в удовлетворительном состоянии больной выписан под наблюдение хирурга поликлиники.

Ответы на вопросы.

Профессор Б. В. Сигуа: Если бы Вас пригласили на консультацию к ребенку сразу – Вы бы все равно соблюдали выжидательную тактику?

– Да. Удалить тело и хвост поджелудочной железы сразу и наложить анастомоз в этот период невозможно. Не нужно провоцировать у ребенка возникновение сахарного диабета. Поэтому выбираем выжидательную тактику и сохраняем железу.

Профессор К. В. Павелец: Хочу поблагодарить автором за хорошую презентацию. У взрослых – оперируют сразу, а вот у детей – абсолютно правильно, что выбрана выжидательная тактика.

Профессор А. Е. Демко: Мы прослушали классический доклад о травме поджелудочной железы. Тяжесть такой травмы определяется повреждением брыжеечных сосудов, протока поджелудочной железы и окружающих органов. Поэтому о радикальной операции и речи быть не может. Только при кровотечении идем на срочную операцию. В данной ситуации выбрана абсолютно правильная выжидательная тактика – образование кисты. Дождались и наложили анастомоз.

Профессор А. В. Павловский (председатель): Хочу поблагодарить авторов за прекрасную презентацию данной патологии.

3. Б. В. Сигуа, С. В. Петров, В. П. Земляной, А. А. Курков, И. И. Губков, А. В. Вовк, Д. А. Чернышев (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова МЗ РФ, СПбГБУЗ Елизаветинская больница). **Современная стратегия лечения пациентов с раком желудка, осложненным кровотечением, в условиях многопрофильного стационара.**

Цель – является демонстрация возможностей различных методов гемостаза при лечении больных с желудочными кровотечениями опухолевого генеза согласно собственным и актуальным литературным данным.

Кровотечение как наиболее частое осложнение рака желудка является серьезной проблемой современной хирургии и представляет интерес не только для врачей-онкологов, но, как правило, для врачей дежурных стационаров. Помимо известных медикаментозных средств гемостаза существуют и общепризнанные традиционные методы эндоскопического гемостаза и транскатетерной ангиографической эмболизации, не теряют своей актуальности и хирургические вмешательства в случае неэффективности других методов гемостаза. В последнее время стали появляться сообщения об использовании лучевой терапии в качестве метода лечения и профилактики желудочных кровотечений опухолевого генеза.

Широкий выбор методов гемостаза побудил нас проанализировать наиболее актуальные публикации за последние годы по данной тематике с целью проведения сравнительной оценки эффективности различных методов лечения и соответственно возможного выбора оптимального из них.

Проведенный систематический обзор литературы включал и наше собственное исследование, основанное на анализе результатов лечения 142 пациентов с метастатическим раком желудка, осложненным кровотечением. Пациенты были разделены на 2 группы: ретроспективный анализ включал пациентов, пролеченных с 1996 по 2006 гг. – контрольная группа. В этой группе отсутствовала единая лечебная концепция и пациентов преимущественно оперировали в экстренном порядке при поступлении или в случае рецидива кровотечения.

Проспективный анализ включал пациентов, находившихся на лечении с 2007 по 2015 гг. – основная группа. В данной группе применен разработанный лечебно-диагностический алгоритм, основанный на объективной оценке устойчивости эндоскопического гемостаза (предложены эндоскопические и клинические критерии высокого риска рецидива кровотечения) и определения сроков и объема операции.

Уточнение показаний для осуществления эндоскопического гемостаза и усовершенствование его методов позволило снизить долю оперативных вмешательств в лечении такого рода пациентов, а в структуре самих операций снизить долю

экстренных вмешательств, благодаря чему уменьшилась частота послеоперационных осложнений и летальности.

Ответы на вопросы.

Профессор А. Е. Федотов: Критерии эффективности эндоскопического гемостаза?

– Непосредственно визуальное наблюдение остановки кровотечения.

Временные критерии экстренные/срочные?

– Экстренные 2–4 ч, срочные – 24–48 ч. Экстренные операции редко, но иногда приходится с этим сталкиваться – это операция отчаяния, но ее приходится выполнять. Срочные выполняются хирургическим пациентам, но им успевали провести стадирование и выполнить лимфодиссекции.

Вы чем выполняете эмболизацию?

– Спиралью.

Профессор А. Е. Демко: Каков процент неэффективного гемостаза при раке желудка?

– До 20 %.

В случае кровоточащего рака желудка имеет место быть эмболизация?

– В первую очередь эндоскопически, если не получается – тогда эмболизация.

Профессор М. Д. Ханевич: При рецидиве кровотечения?

– Повторно попытка эндоскопически. Если снова кровотечение – оперативное лечение.

Прения

И. А. Соловьев: Тема чрезвычайно интересная, я не помню, чтобы потребовалась экстренная помощь – операция у больных с раком желудка. Это пациенты запущенные, в коморбидном состоянии, с анемией, и оперировать их ночью – выполнять экстирпацию желудка в ночное время – я бы поставил под сомнение. Это не хирургические, а все-таки онкологические

пациенты. И этот тезис сомнительный. Мы стараемся их стадировать. И больных с карциноматозом стараемся не оперировать радикально, выполняя большую операцию, а останавливаться на эндоскопической остановке кровотечения.

Профессор М. Д. Ханевич: Доклад не вызывает никакой критики. Большое количество пациентов оперируется в экстренном и срочном порядке. Это недопустимо.

Профессор Б. В. Сигуа: Работа состоит из двух больших блоков. Первый блок – с 2006 по 2016 г. Поэтому использовали старую классификацию. Второй блок – после 2016 г. Критерии устойчивости гемостаза однозначно указать невозможно. Если гемостаз достигнут и трактуется как устойчивый, его стабилизируют и дальше оперируют в плановом порядке. Если пациент полностью стабилизируется – его отправляет в онкологический стационар.

Профессор А. Е. Демко: Крайне интересный доклад. Этих больных не увидишь в онкологических стационарах, они все-таки поступают в хирургические стационары. Крайне интересная тема для молодых хирургов. Она не укладывается в клинические рекомендации для пациентов с язвенной болезнью. Крайне редко удастся выполнить полноценный эндоскопический гемостаз. И здесь на первый план будет выступать катетерный эндоваскулярный гемостаз. Спасибо за доклад.

Профессор А. В. Павловский (председатель): Я поддерживаю Андрея Евгеньевича. Самое важное, когда видишь такого пациента – необходимо посмотреть на его будущее. У него чрезвычайно высокий риск повторного кровотечения. Парадигма лечения рака желудка чрезвычайно изменилась. Лечение начинают с химиотерапии. Качество жизни пациента зависит от того, выполнена ли ему резекция желудка. Но, если есть отдаленные метастазы, то подобная операция не рассматривается. Тема до сих пор не решена. Хирурги и онкологи ждут.

Поступил в редакцию 17.05.2022 г.