

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

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

2556-е заседание 25 мая 2022 г.

Председатель – Г. М. Рутенбург

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. П. Н. Ромащенко, Н. А. Майстренко, А. А. Курыгин, В. В. Семенов, А. А. Мамошин, С. А. Прудьева (ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова»). **Эндовидеохирургическое устранение ущемленной грыжи у больного после энтеротомии**

Цель демонстрации – показать лечебно-диагностические возможности эндовидеохирургического лечения ущемленных грыж у коморбидных пациентов с энтеротомией в анамнезе.

Пациент Р., 81 года, 15 марта 2021 г. поступил в клинику факультетской хирургии Военно-медицинской академии по неотложным показаниям с диагнозом направления «ущемленная вентральная грыжа». Больной предъявлял жалобы на постоянные ноющие боли в области грыжевого выпячивания, располагающегося в проекции белой линии живота, которое перестало самостоятельно вправляться. Подобные жалобы беспокоили пациента в течение трех дней и возникли после эпизода физической нагрузки, однако от госпитализации больной сначала отказывался. В связи с усилением болевого синдрома пациент госпитализирован в клинику, где установлен диагноз «ущемленная грыжа белой линии живота». Также из анамнеза известно, что в 2016 г. пациент перенес энтеротомическое шунтирование по поводу неокклюзионной тривентрикулярной гидроцефалии. С учетом характера грыжи и возможной близости грыжевых ворот по отношению к энтеротомическому шунту с целью профилактики его повреждения выполнена диагностическая лапароскопия через точку Палмера. Установлено, что ущемленной явилась некротизированная прядь большого сальника, при этом грыжевые ворота диаметром около 1,5 см находились в непосредственной близости от энтеротомического шунта без нарушения функционирования последнего. С учетом длительности заболевания, размеров грыжевых ворот выполнено устранение грыжи аугментацией грыжевых ворот неабсорбирующей нитью. Послеоперационный период протекал без осложнений. При контрольном обследовании через 1 год данных за рецидив грыжи нет.

Ответы на вопросы.

Доцент В. И. Кулагин: Привлекали ли вы нейрохирургов, зная о наличии шунта?

– О шунте знали анамнестически и предполагали, что шунт находится в проекции ущемления. С нейрохирургами мы не консультировались, проблем не было. Но сейчас пациент находится у них под наблюдением.

Профессор К. В. Павелец: Вы на высочайшем уровне определяли коморбидность пациента, через какое же время пациент был доставлен в операционную?

– Через полтора часа.

Прения

Доцент В. И. Кулагин: Данная демонстрация показывает развитие нашей медицины. Но пациенты с ущемленными грыжами должны быть прооперированы ранее в плановом порядке. Презентация великолепна. Ситуации с коморбидными состояниями встречаются все чаще. В целом, не нужно бояться шунтов.

Профессор Г. М. Рутенбург: Выполнена операция у пациента в пожилом возрасте. В целом, презентация великолепная.

2. М. Ю. Кабанов, К. В. Семенов, Д. Ю. Бояринов, М. Н. Мянзелин, Т. Л. Горшенин, М. Ю. Ладоша, Д. М. Яковлева, Д. Б. Дяттерев, В. В. Алексеев, С. Е. Садовцев (СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России). **Успешное лечение пациента с хроническим калькулезным панкреатитом, осложненным внутрибрюшным кровотечением из кисты хвоста поджелудочной железы на фоне новой коронавирусной инфекции COVID-19.**

Цель демонстрации – показать преимущество лечения и современные эндоскопические технологии в лечении вирусного панкреатита пациента с калькулезным панкреатитом и новой коронавирусной инфекцией, осложненной аррозивным внутрибрюшным кровотечением.

Пациентка Л., 47 лет. Из анамнеза известно, что с мая 2021 г. страдает болевым синдромом на фоне хронического калькулезного панкреатита. В августе 2021 г. дренирована инфицированная киста левой доли печени в одном из стационаров города. В связи с новой коронавирусной инфекцией переведена в СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» с функционирующим дренажом из кисты левой доли печени, при переводе отделяемое по дренажу мутное, до 70 мл/сутки, с тенденцией к уменьшению объема отделяемого. Проводилось лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19 согласно клиническим рекомендациям. На 9-е сутки после дренирования дренаж удален. 11.09.2021 г. в связи с нестабильной гемодинамикой переведена в ОРИТ, зафиксирована асистолия, реанимационные мероприятия эффективны. Параллельно с реанимационными мероприятиями дообследована, выявлены признаки внутрибрюшного кровотечения. После стабилизации состояния выполнена диагностическая лапароскопия, в брюшной полости кровь, источник достоверно верифицировать не удалось, выполнена конверсия доступа, в брюшной полости до 2000 мл крови, источник – киста хвоста поджелудочной железы с разрывом, осложненная продолжающимся внутрибрюшным кровотечением. Стенки кисты плотно сращены с капсулой селезенки, выполнена спленэктомия с резекцией хвоста поджелудочной железы, ложе тамponировано марлевыми тампонами, брюшная полость дренирована ПХВ дренажом. В первые сутки после операции возник рецидив кровотечения из области ложа удаленной селезенки, выполнена релапаротомия, остановка кровотечения. В послеоперационном периоде сформировался абсцесс в области хвоста поджелудочной

железы, который был дренирован под УЗИ наведением на 10-е сутки, и панкреатическая фистула с дебитом отделяемого до 200 мл в сутки с содержанием амилазы до 1000 ЕД. Проводилась комплексная терапия. Пациентка выписана на 56-е сутки в удовлетворительном состоянии с дренажами, по которым за сутки отделялось до 150 мл отделяемого.

Через 35 суток после выписки пациентка в плановом порядке госпитализирована для дообследования и лечения. Выполнена МСКТ органов брюшной полости, на которой сохраняется картина калькулезного панкреатита с наличием конкрементов в области головки, с развитием панкреатической гипертензией. Для восстановления оттока панкреатического сока выполнена ЭРХПГ, прямая вирсунгоскопия. Под контролем Spyglass выполнена электрогидравлическая литотрипсия конкрементов главного панкреатического протока. Послеоперационный период неосложненный. Пациентка выписана на амбулаторное лечение.

Ответы на вопросы.

Доцент В. И. Кулагин: У пациентки аневризма селезеночной артерии. Планируете ли вы ее устранение?

– Да, мы перенесем это на более поздний период. Но мы обязательно попробуем сделать это эндоваскулярно.

Профессор И. А. Соловьев: Вы при поступлении делали КТ?

– Нет, у нее были представлены снимки КТ из другого лечебного учреждения.

Профессор П. Н. Ромашенко: Вы как-то верифицировали все-таки диагноз?

– Хронический панкреатит с развитием паранекротических кист. На гистологическое исследование была отправлена только селезенка, обычного строения.

Доцент А. С. Прядко: Вы повторно оперировали пациентку?

– Нет, пациентку оперировали в пятницу, а только в понедельник выполнили КТ, и данные об аневризме получили только тогда.

Прения

Профессор С. Я. Ивануса: Хочется отметить несколько положений. Это оказание хирургической помощи в условиях пандемии. Великолепная и прекрасная демонстрация, но к летальному исходу могло привести кровотечение, и если бы больной была выполнена ангиография, проблем было бы меньше.

Доцент А. С. Прядко: Эта катастрофа случилась во время коронавирусной инфекции, и выполнить ангиографию было сложно. Профузное кровотечение можно было остановить, перевязав устье селезеночной артерии. Но дежурные хирурги выполнили спленэктомию в тех условиях, в которых они находились. У пациентки генез хронического панкреатита скорее всего неалкогольный, ей необходимо исключить патологию паразитовидных желез.

Доцент В. И. Кулагин: В НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе таких пациентов 2–3 в год. В нашем учреждении, когда кисты локализуются в хвосте с вовлечением селезенки, тоже применяется дренирование этой области с последующей ангиографией или выполнением спленэктомии, как выполнили авторы.

Профессор Г. М. Рутенбург (председатель): Данная демонстрация подняла две проблемы: 1) шоковое состояние, связанное с кровотечением в условиях коронавирусной инфекции; 2) наличие конкрементов в Вирсунговом протоке.

З. П. Н. Ромашенко, Н. А. Майстренко, А. С. Прядко, А. К. Алиев (ФГБВОУ ВО Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница»). **Непреднамеренные повреждения желчевыводящих протоков: диагностика и тактика хирургического лечения.**

Цель доклада – представить рациональную программу диагностики и хирургического лечения больных с непреднамеренными повреждениями желчевыводящих протоков.

Методы и материалы. Представлен анализ 102 пациентов с различными вариантами повреждений желчевыводящих протоков (ПЖП), поступивших в период с 2005 по 2021 г., которые были получены во время выполнения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) в стационарах Санкт-Петербурга и Ленинградской области и впоследствии поступили в клинику факультетской хирургии им. С. П. Фёдорова ВМедА и на ее клиническую базу в хирургическое отделение Ленинградской областной клинической больницы. Диагностика ПЖП во время ЛХЭ заключалась в тщательной ревизии зоны оперативного вмешательства и выполнении интраоперационной холангиографии. Методами инструментального исследования ПЖП в послеоперационном периоде явились: УЗИ-живота, МРХПГ, КТ, чредренажная фистулография и диагностическая лапароскопия.

Результаты. Доказано, что при полных повреждениях основных желчевыводящих протоков (ОЖП), выявленных во время операции и в послеоперационном периоде, целесообразно выполнение наружного дренирования как первого этапа лечения при узком диаметре ОЖП, высоком операционно-анестезиологическом риске (ASA-4), наличии сосудистого компонента повреждения и инфекционно-гнойных осложнений. Такой подход исключает риск развития грозных осложнений и позволяет выполнить успешную реконструктивную операцию вторым этапом через 3–6 месяцев с хорошими отдаленными результатами. Установлено, что при полных повреждениях ОЖП, отсутствии инфекционно-гнойных осложнений, тяжести соматического состояния пострадавшего ASA I–III, диаметре ОЖП более 6 мм, отсутствии сосудистого компонента повреждения показано выполнение реконструктивной операции в виде формирования ГЕА по Ру. Восстановительное оперативное вмешательство целесообразно выполнять при выявлении частичного повреждения ОЖП или его окклюзии (клипсой, лигатурой), как во время операции, так и после нее. Формирование билиобилиарных анастомозов (ББА) при полных ПЖП, выявленных как во время операции, так и в послеоперационном периоде, не оправдано в связи с его рубцеванием. Эндоскопическое транспапиллярное стентирование при частичном (краевом) повреждении ОЖП является альтернативой длительного дренирования на Т-дренаже. Устранение желчеистечения из неосновных желчевыводящих протоков достигается их клипированием или ушиванием при релапароскопии.

Заключение. Выбор исчерпывающего оперативного вмешательства у больных ПЖП с учетом ведущих критериев: общесоматического состояния пациента, инфекционно-гнойных осложнений, масштаба повреждения, диаметра пересеченного ОЖП, механизма повреждения (термический или механический), травма печеночного сосуда, позволяет обосновать выбор рационального варианта хирургического вмешательства и значительно уменьшить число осложнений, летальность и повысить качество жизни.

Ответы на вопросы.

Профессор Б. В. Сигуа: Как часто сложная анатомия является причиной повреждения?

– Не часто.

Как вы относитесь к каркасным дренажам?

– Положительно, мы их ставим.

Можно ли вычленив группу пациентов, приходящих на плановую операцию, которым необходимо выполнить МРТ?

– Да, в некоторых случаях действительно необходимо до операции выполнить МРТ.

Профессор А. Е. Демко: За последние 5 лет число повреждений в стационарах второго уровня уменьшилось?

– К сожалению, нет.

Профессор К. В. Павелец: Длительность стояния транс-печеночных дренажей?

– Максимум два года, но я знаю и больше. По нормам – не менее 6 месяцев.

Доцент В. И. Кулагин: У Вас все чужие, или есть и Ваши пациенты?

– Единичные есть.

Прения

Профессор К. В. Павелец: Громадное спасибо за доклад, за обогащенный опыт. К сожалению, молодые хирурги недостаточно знают открытую хирургию. От лапароскопической операции многие не могут перейти на открытые операции.

Профессор П. Н. Ромашенко: Такое количество осложнений очевидно связано с тем, что мы недостаточно хорошо обучаем будущих хирургов в клинической ординатуре. Мы еще не говорили о юридическом преследовании докторов, 5 из них – только в этом году. Необходимо обратить внимание на этапность лечения больных. Пациенты со сложной холецистэктомией не должны оперироваться в стационарах второго уровня.

Профессор Г. М. Рутенбург (председатель): Непреднамеренное повреждение – термин, который бросается в глаза. Огромный материал собран у авторов, сопоставимый материал. Благодаря опыту хирургов они смогли добиться таких хороших результатов. Интраоперационная холангиография помогла бы своевременно установить вид повреждений. Еще раз спасибо представителям кафедры и баз кафедры за такой интересный материал, представленный в докладе.

Поступил 21.06.2022 г.

2557-е заседание 08 июня 2022 г.

Председатель – А. Л. Акопов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. П. К. Яблонский, А. Р. Козак, А. О. Нефедов, Ю. В. Перминов, О. П. Соколова, И. А. Зайцев (ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии»). **Хирургическое лечение редкой злокачественной опухоли трахеи.**

Цель демонстрации – показать случай эффективного двух-этапного хирургического лечения редкой злокачественной опухоли трахеи. В базе данных PubMed за всю историю официально задокументировано 4 случая хирургического лечения эпителиально-миоэпителиальной карциномы трахеи.

Пациент Б., 73 года, 27 августа 2021 г. госпитализирован в клинику ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России с дыхательной недостаточностью 2–3 ст. и жалобами на прогрессирующую одышку при минимальной физической нагрузке. Из анамнеза известно, что одышка при физической нагрузке появилась на протяжении последних 4–5 месяцев. В последующем вышеуказанные жалобы прогрессировали. В августе появилась одышка при минимальной физической нагрузке. Пациент обратился за медицинской помощью по месту жительства. На МСКТ ОГК от 24.08.2021 г. выявлено образование в просвете трахеи. После консультации торакального хирурга госпитализирован в клинику ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России. Комплексно обследован. На МСКТ ОГК в просвете трахеи по передней стенке в средней 1/3 было выявлено образование размером до 13×14×14 мм с неровным контуром, накапливающее контрастный препарат от +15HU до +54HU, расположенное на расстоянии 58 мм от голосовых связок, на расстоянии 33 мм от латерального края бифуркации и на расстоянии 45 мм от угла карины. При бронхоскопии в средней 1/3 трахеи на уровне 7–8 хрящевого полукольца визуализировалось бугристое обра-

зование розового цвета, неправильной формы, ранимое при инструментальной пальпации, исходящее из передней стенки трахеи. Образование перекрывало просвет трахеи на 3/4, его протяженность составила около 2 см. Пациенту была выполнена ригидная бронхоскопия с целью реканализации просвета трахеи и нормализации функции дыхания посредством механического удаления опухоли с аргонно-плазменной коагуляцией. Гистологическое исследование операционного материала выявило эпителиально-миоэпителиальный рак. Посредством иммуногистохимического исследования верифицирована эпителиально-миоэпителиальная карцинома, клетки позитивные на CK7 и P63, индекс пролиферативной активности (Ki-67) составил 12 %. Вторым этапом пациенту было выполнено хирургическое лечение в объеме циркулярной резекции грудного отдела трахеи с формированием анастомоза «конец в конец» и первичной миопластикой. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Пациент выписан на 18-е сутки после хирургического вмешательства. При контрольном обследовании через 6 месяцев данных за рецидив не получено.

Ответы на вопросы.

Профессор А. Л. Акопов (председатель): Зачем выполнялась цервикотомия?

– Стандартный доступ при резецировании среднего отдела трахеи.

А. А. Ильин: Не могли бы Вы рассказать об анестезиологическом пособии?

– Обычная объемная вентиляция, проводилась через интубационную трубку. Резекция и наложение анастомоза при периодическом апноэ.

Профессор С. Д. Горбунков: А почему для пластики анастомоза использовалась такая маленькая мышца?

– Мышца была уложена только на передней поверхности трахеи.

Прения

А. Р. Козак: Чаще всего подобные пациенты инкурабельны. Всего троих подобных больных удалось прооперировать. В подавляющем большинстве все пациенты с тяжелой дыхательной недостаточностью. Обычная объемная вентиляция проводилась через интубационную трубку.

Профессор А. Л. Акопов (председатель): Случай интересный и непростой. Я бы выделил возраст больного. В 73 года при циркулярной резекции на протяжении пяти колец – это большой объем. Я поддерживаю тот план, который был применен. Доступ выбирает тот хирург, который оперирует. Высокая хирургическая, эндоскопическая и анестезиологическая тактика привела к хорошему результату.

2. А. С. Петров, М. А. Атюков, О. А. Жемчугова-Зеленова, И. Ю. Земцова, О. В. Новикова, М. Н. Янчий, П. К. Яблонский (ФГБОУ «Санкт-Петербургский Государственный Университет», СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2», ФГБУ «НМИЦ Онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава России). **Случай успешного лечения периферического рака нижней доли правого легкого IIIA-N2 стадии (иммунотерапия + хирургическое лечение) с последующей видеоторакоскопической сегментэктомией S6 по поводу метастатического рака левого легкого IA стадии.**

Цель демонстрации – показать актуальность проблемы современной торакальной онкологии, корректное стадирование и лечение НМРЛ IIIA–N2 стадии, использование иммунотерапии в неоадьювантном режиме, а также целесообразность ВТС-сегментэктомии при IA стадии рака легкого, нам предстояло последовательно решать у одного пациента.

Роль хирургического метода в лечении немелкоклеточного рака легкого (НМРЛ) IIIA–N2 стадии окончательно не определена.

Мнения исследователей и экспертов варьируют от исключения пациентов с IIIA стадией рака легкого из числа хирургических кандидатов до выполнения резекции легкого первым этапом без предварительного лечения. Тем не менее, согласно последним международным и российским практическим рекомендациям, наиболее предпочтительным для пациентов с резектабельной IIIA–N2 стадией является выполнение хирургического вмешательства после неоадьювантного лекарственного лечения. В последние годы в литературе появились публикации, посвященные предоперационной иммунотерапии при НМРЛ. Также актуальным и дискуссионным вопросом является выполнение видеоторакоскопических (ВТС) анатомических сегментэктомий в качестве радикальных операций при НМРЛ IA стадии.

В 2015 г. в нашу клинику обратился пациент Г., 65 лет, с периферическим новообразованием нижней доли правого легкого. В ходе обследования у пациента был выявлен плоскоклеточный рак, а по результатам видеомедиастиноскопии была гистологически подтверждена IIIA–N2 стадия заболевания. В неоадьювантном режиме пациенту была проведена иммунотерапия, после чего была выполнена нижняя лобэктомия справа с лимфодиссекцией. После операции пациент получил 3 цикла химиотерапии по схеме EP. Через 3 года у пациента был обнаружен ПЭТ-позитивный очаг в S6 левого легкого, который был расценен как метасинхронный периферический рак cT1aN0M0 стадии. Учитывая размер и локализацию опухоли, перенесенную ранее операцию на правом легком, невозможность полностью исключить солитарный метастаз, было принято решение о выполнении ВТС сегментэктомии S6 слева с лимфодиссекцией. При гистологическом исследовании операционного материала был подтвержден диагноз первичного умеренно-дифференцированного плоскоклеточного рака левого легкого pT1aN0M0 (IA). Ранний послеоперационный период протекал гладко, на 6-е сутки больной был выписан на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии. Было продолжено динамическое наблюдение за пациентом. При контрольном обследовании в мае 2022 г. признаков прогрессирования опухолей выявлено не было.

Нестандартность и уникальность данного клинического наблюдения заключается в том, что такие актуальные проблемы современной торакальной онкологии, как корректное стадирование и лечение НМРЛ IIIA–N2 стадии, использование иммунотерапии в неоадьювантном режиме, а также целесообразность ВТС-сегментэктомии при IA стадии рака легкого, нам предстояло последовательно решать у одного пациента.

Ответы на вопросы.

Профессор С. Д. Горбунков: Спасибо за прекрасный доклад. Выполняли ли ПЭТ-КТ перед первой операцией?

– Не выполняли.

Во время первой операции выполняли ли биопсию плевры?

– Мы удовлетворились дооперационным цитологическим исследованием.

Профессор А. Л. Акопов (председатель): Определяли ли Вы мутационный статус опухоли?

– Да, определяли. Залогом успеха стало сотрудничество хирургов, иммунологов и онкологов. Первая операция была из торакотомного доступа?

– Да.

Прения

Профессор А. Л. Акопов (председатель): Великолепная демонстрация. Очаг в контрлатеральном легком – вторая первичная опухоль или метастаз? Более вероятно, что это вторая первичная опухоль, поэтому и результаты более благоприятные. Интересный момент – это дооперационная диагностика анатомии сосудов, в данной ситуации – вен. Спасибо большое за демонстрацию.

Профессор П. К. Яблонский: Стандартом обследования онкологических больных является ангио-КТ с обязательной реконструкцией сосудистого русла. Различные варианты встречаются от 5–16 % случаев, что следует учитывать при планировании анатомических сегментэктомий, а иногда и лобэктомий.

3. С. Ю. Дворецкий, А. С. Агизиев, Р. П. Мишра, А. Л. Акопов (ФГБУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава РФ). **Диагностика и хирургическое лечение новообразований вилочковой железы.**

Цель доклада – демонстрация современных принципов диагностики и хирургического лечения больных с новообразованиями вилочковой железы, которые все чаще встречаются в практике торакальных хирургов.

Опухоли вилочковой железы (тимуса) локализующиеся в переднем средостении, составляют 5–10 % всех опухолей средостения. Этиология заболевания неизвестна. Для тимом характерно локорегионарное распространение с высоким уровнем местных рецидивов. У 30 % больных с патологией тимуса течение заболевания осложняется наличием миастении – аутоиммунным заболеванием, проявляющимся прогрессирующей мышечной слабостью и патологической мышечной утомляемостью. При отсутствии инвазивного роста основным методом лечения является хирургическое удаление вилочковой железы. При местнораспространенных формах заболевания проводится индукционное химиолучевое лечение. В настоящее время для лечения патологии вилочковой железы используется как стандартный хирургический доступ – стернотомия, так и малоинвазивные доступы с применением эндовидеохирургических и роботических технологий. Выбор хирургического доступа зависит от опыта и предпочтений оперирующего хирурга, оснащенности клиники, наличия у больных с опухолями вилочковой железы миастении. В последние время в некоторых клиниках используется видеоторакоскопический субкисфоидальный доступ, позволяющий при выполнении тимэктомии хорошо визуализировать оба диафрагмальных нерва и шейные доли тимуса.

С 2014 по 2022 г. на отделении торакальной хирургии ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова получали лечение 124 пациента с новообразованиями переднего средостения. Заболевания тимуса диагностированы в 48 наблюдениях, что составило 55 % от всех опухолей переднего средостения. Миастения была подтверждена у 9 (19 %) больных. Видеоторакоскопический доступ при выполнении тимэктомии использован в 32 наблюдениях, из них: правосторонний – 19 пациентов, левосторонний – 13 пациентов, двусторонний – один пациент. В 4 наблюдениях выполнена конверсия доступа. Видеоторакоскопическая субкисфоидальная попытка тимэктомии осуществлена в 12 наблюдениях, у 2 пациентов имела место конверсия доступа. Причиной интраоперационной конверсии малоинвазивного доступа к открытому (стернотомия, торакотомия) были: местное распространение опухоли – 4 больных; кровотечение – один больной; избыточная количество жировой клетчатки в средостении – один больной. При патоморфологическом исследовании операционного материала у 20 (43 %) больных диагностирована тимома, различной степени дифференцировки. В 28 (67 %) случаев выявлены другие морфологические изменения тимуса (гиперплазия, киста, тимопома, эктопированная ткань щитовидной железы, рак тимуса).

Ответы на вопросы.

Профессор П. К. Яблонский: Как вы обходитесь без крюка? И комфортно ли вам работать на такой глубине на шее?

– Авторы этого доступа предлагают монопорт. Для камеры этого достаточно, а манипулировать в плевральной полости лучше из доступа под мечевидным отростком или поставить два порта в правую и левую плевральные полости.

Доцент В. И. Кулагин: Какое количество таких пациентов в неврологических стационарах?

— В клинике неврологии — не знаю. Но к нам обратилось 48 пациентов, из них 20 % с миастениями.

Прения

Профессор П. К. Яблонский: Разрешите поздравить с серьезным и вдумчивым докладом. Очень интересный материал собран и анализирован в данном докладе. Хотел бы ответить на вопрос о вскрытии перикарда спереди. Там аорта, и может возникнуть очень серьезное осложнение. Меня смущает достаточно большое расстояние при субсифоидальной методике операции. Нам всем не хватает отдаленных результатов. Необходимо собрать всем свои результаты, чтобы потом можно было их обобщить и прийти к каким-то общим и обоснованным данным, и была бы создана интересная база данных. Спасибо, и будем продолжать работать.

Профессор А. Л. Акопов (председатель): Сегодня имеет место некоторая революция при операциях на вилочковой железе. Малоинвазивная хирургия стала использоваться при тимомэтомии намного чаще. На западе сейчас 50 % торакоскопически и 50 % до сих пор традиционно открыто оперируют. Отличный обобщающий доклад.

Поступил 21.06.2022 г.

2558-е заседание 22 июня 2022 г.

Председатель — А. В. Гостимский

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. П. Н. Ромашенко, Н. А. Майстренко, Д. С. Криволапов, А. Г. Арданкин, А. И. Строгонов (ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова»). **Ретроперитонеоскопическая адреналэктомия по поводу функционирующей феохромоцитомы больших размеров.**

Цель демонстрации — показать возможности эндоскопических технологий в лечении больной функционирующей феохромоцитомой больших размеров и особенности их ведения в периперитонеальный период.

Пациентка Б., 34 лет, поступила в клинику факультетской хирургии им. С. П. Фёдорова Военно-медицинской академии в плановом порядке с диагнозом направления «феохромоцитома левого надпочечника». Заболела 3 года назад, когда впервые появились приступы учащенного сердцебиения, которые в последний год участились до 2–3 раз в неделю, стало повышаться АД до 200/105 мм рт. ст., присоединились повышенная потливость и выраженная бледность лица с пульсацией периферических сосудов шеи. В октябре 2021 г. при УЗИ, а затем и КТ живота в области левого надпочечника выявлено образование размером до 8,5 см, неровными контурами и неоднородной структурой с перегородками, плотностью в нативе от 18 до 49 HU. При оценке гормонального статуса установлено повышение уровня в моче метанефрина до 680,16 мкг/сутки (при норме ниже 350 мкг/сутки), норметанефрина до 1021,3 мкг/сутки (при норме меньше 600 мкг/сутки), хромогранина А до 239,5 мкг/л (при норме меньше 100 мкг/л). Пациентке было показано хирургическое лечение в объеме левосторонней адреналэктомии после предоперационной подготовки, которая проводилась в течении 3 недель альфа-адреноблокатором (доксазозин с подбором дозировки с 1 мг до 11 мг в сутки) и β-адреноблокатором (метопролол 12,5 мг 2 раза в день) с целью разрешения артериальной гипертензии и купирования тахикардии. Эффективность предоперационной подготовки доказана клиническими (нормализации АД 100/60 мм рт. ст., пульса 56 уд./мин, регресса нейровегетативных проявлений) и инструментальными данными исследования центральной гемодинамики методом компрессионной осцилометрии ОПСС —

1146 (норма 1700–2400), сердечный выброс 3,1 (норма 3,0–5,0). 02.12.2021 г. выполнена операция: ретроперитонеоскопическая адреналэктомия слева. Коррекция повышения АД (максимально 200/100 мм рт. ст.) на этапе мобилизации опухоли осуществляли инфузией нитропрусида Na и β-адреноблокаторов под контролем инвазивного мониторинга АД. В послеоперационном периоде у пациентки отмечались признаки надпочечниковой недостаточности, потребовавшие вазопрессорной коррекции в течение 2 суток (норадреналин до 0,15 мг/кг мин). Показатели АД нормализовались на 110 и 60 мм рт. ст., ЧСС до 70 ударов в минуту. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана в удовлетворительном состоянии.

Ответы на вопросы.

Профессор А. В. Гостимский (председатель): Почему выполнили фрагментацию опухоли?

— Частичная фрагментация, так как все образование удалить было сложно.

Профессор С. А. Ивануса: Как принимали решение о доступе, лапароскопически или традиционно?

— Ситуация была пограничная, но приняли решение удалять лапароскопически.

Профессор А. Л. Акопов: А остается ли место для традиционных операций?

— Да, если размеры опухоли больше, или опухоль локализуется в правом надпочечнике.

— А 4 часа — это не много для данной операции?

— Хирургам 3 раза приходилось останавливаться во время операции, так просили анестезиологи.

Прения

Профессор П. Н. Ромашенко: Мы в 10 % случаев оперируем этих пациентов открытым способом. Учитывая, что поражен левый надпочечник и небольшой размер опухоли, было принято решение оперировать лапароскопически.

Профессор А. В. Гостимский (председатель): Пациентка 3–4 года наблюдалась, и только после этого нашелся доктор, который смог поставить диагноз. Кафедра факультетской хирургии уже около 100 лет занимается патологией надпочечников. Спорный момент — фрагментация образования, так как часть опухоли при этом, возможно, теряется. Конечно, риск небольшой. Мне хотелось бы поздравить авторов с успехом.

2. С. Г. Шаповалов (ФГБУ «ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России»). **Концепция хирургической реабилитации женщин с деформацией передней грудной клетки после мастэктомии.**

Цель демонстрации — разработать концепцию хирургической реабилитации женщин после мастэктомии на основе современных оперативных методов восстановления контуров передней грудной стенки после мастэктомии в зависимости от вида лечения рака молочной железы и анатомо-топографических особенностей пациентов.

Введение. Рак молочных желез составляет 27 % от всех злокачественных новообразований у женщин. Распространенность злокачественных новообразований молочных желез на 100 000 населения возрастает из года в год. С одной стороны, этот вид патологии в 60 % случаев встречается у трудоспособных женщины, с другой — ранняя диагностика позволяет своевременно выявить данное заболевание и пятилетняя выживаемость достигает до 90 % при первой стадии.

Методы и материалы. Анализу подвергнуты пациенты после комплексного и комбинированного лечения рака молочной железы. Средний возраст составил 42±5,6 лет. Для оперативного восстановления контуров передней грудной стенки у женщин после мастэктомии использовали хирургические импланты (тканевые экспандеры, эндопротезы), осевые лоскуты на основе широчайшей мышцы спины, прямой мышцы живота, методы свободной и местной пластики.

Пациент В., 41 года. В анамнезе рак правой молочной железы cT3N2M0/pT0N0M0. В другом лечебном учреждении прошла курс НАПХТ по схеме 4АС + 12Рtx + Таргетная терапия (4Трастузумаб+Пертузумаб). 09.09.2020 г. выполнено оперативное лечение в объеме радикальной мастэктомии справа. Полный клинический и патоморфологический регресс. Проведена лучевая терапия на область мягких тканей правой половины грудной клетки. Продолжила лечение в рамках КИ (8 курсов адьювантной таргетной терапии по схеме Трастузумаб + Пертузумаб + иммунотерапия Атезолизумаб. В декабре 2021 г. выполнена отсроченная реконструкция правой молочной железы в комбинации с экспандером. В январе 2022 г. образовалась протрузия экспандера, 02.2022 г. – выполнено удаление экспандера в нашем лечебном учреждении. 04.04.2022 г. выполнено восстановления контуров передней грудной клетки несвободным кожно-мышечным лоскутом на основе ипсилатеральной прямой мышцы живота (ТРАМ-лоскут). Послеоперационный период завершился первичным заживлением перемещенного лоскута, незначительным краевым некрозом донорской области, который не повлиял на окончательный результат. Планируются последующие этапы реконструкции: восстановление сосково-ареолярного комплекса.

Выводы. Для хирургического восстановления передней грудной стенки после мастэктомии используется весь арсенал методов пластической хирургии. Мультидисциплинарное хирургическое лечение пациентов с раком молочной железы является сложной задачей, для выполнения которой необходима междисциплинарная преемственность. Комплексное/комбинированное лечение рака молочной железы в сочетании с одномоментной/отсроченной хирургической реабилитацией является неотъемлемой составляющей медицинской помощи для вышеуказанной категории пациентов.

Ответы на вопросы.

Профессор А. Л. Акопов: Такую операцию можно выполнить в системе ОМС?

– Да, на сегодня пластическая хирургия для операций у пациентов с онкопатологией возможна в системе ОМС.

Профессор Н. А. Бубнова: Сколько всего выполнено таких операций?

– Более 300.

Сколько осложнений и какие?

– Некрозы – 0,5 %, хирургические инфекции – 0,5 %, 1 летальный исход на третьи сутки, отек верхней конечности – лимфостаз 5 %.

Прения

Профессор А. Л. Акопов: Хочу поблагодарить докладчика за выступление в такой необычной для вас аудитории хирургов – общих и торакальных. Формат доклада несколько необычный.

Профессор С. Я. Ивануса: Вне всяких сомнений, мы должны приглашать коллег другой специальности, но демонстрация должна содержать результат выполненного лечения.

З. М. В. Гавицук, О. В. Лисовский, М. А. Протченко, А. В. Гостимский, А. А. Петросян, Ф. М. Шерматов (ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ, СПб ГБУЗ «Городская больница № 26», СПб ГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий»). **Минимальная гастростомия с использованием минилапаротомного доступа.**

Цель доклада – показать, что возможность минимальной гастростомии через минилапаротомию не отличается от пункционных методов по длительности операции, необходимой анестезии и травматизации тканей. Успешный опыт этих операций позволяет предложить эту методику в качестве альтернативы пункционной и лапаротомной гастростомии.

Для оценки структуры хирургических вмешательств при дисфагии у паллиативных больных в 2020 г. направлен запрос

в Санкт-Петербургский территориальный фонд ОМС (СПб ТФ ОМС), анализирована полученная выборка данных. За период с 01.01.2015 г. по 26.10.2020 г. СПб ТФ ОМС оплачены 2119 случаев, соответствующих гастростомии у взрослых пациентов и 847 случаев реканализации и/или стентирования пищевода. В 1561 (73,7 %) наблюдении выполнена лапаротомная гастростомия, чрескожная эндоскопическая гастростомия (ЧЭГ) – в 558 (26,3 %) случаях. Существенного различия групп больных по половому составу не отмечено. Среди пациентов, которым выполнена гастростомия, 1304 (61,5 %) мужчин и 815 (38,5 %) женщин. У больных, перенесших реканализацию и стентирование пищевода – 571 (67,4 %) мужчин и 276 (32,6 %) женщин. Статистически значимого различия по возрастному составу групп пациентов при использовании метода Манна–Уитни не выявлено ($p > 0,05$).

Лапаротомная гастростомия чаще применялась у больных злокачественными новообразованиями – 872 (55,9 %) наблюдений, ЧЭГ – у пациентов с ЦВБ и ОНМК – 344 (61,6 %), реканализация и стентирование пищевода в большинстве случаев выполнены при злокачественных новообразованиях у 810 (95,6 %) больных.

Полученные результаты показывают, что лапаротомная гастростомия остается востребованной операцией. Это обусловлено отсутствием необходимых анатомических условий для манипуляции у части больных и высокой стоимостью одноразовых наборов для пункционной гастростомии.

Отсутствие необходимости в ревизии брюшной полости и больших вмешательств у паллиативных больных позволяет уменьшить доступ и снизить травматичность вмешательства. Поэтому разработан способ минимальной прижимной гастростомии через минилапаротомию (патент RU2745655C1): после предоперационной визуализации газового пузыря, соответствующего дну желудка, под анестезией выполняется вертикальный разрез в области левой прямой мышцы живота в проекции тела желудка. У кахектичного пациента достаточно доступа длиной 3,0 см. Пинцетом или атравматическим зажимом захватывается передняя стенка желудка в верхней трети тела, подтягивается в рану. На 1,5 см от точки будущего разреза на стенку желудка накладывают швы-держалки, из них 2 шва – вдоль оси раны передней брюшной стенки. Между швами вскрывают просвет желудка, заводят конец гастростомической трубки баллонного типа в просвет, заполняют баллон водой. Стенку желудка подшивают к париетальной брюшине. Гастростомическая трубка фиксируется прижимной пластинкой к коже.

Ответы на вопросы.

Профессор С. Я. Ивануса: Вы какую-то техническую разработку для этой методики предложили?

– Да, мы использовали катетеры, так как импортные гастростомические трубки стоят 5000 рублей, а катетер Фаллея из силикона – 150 рублей.

Требуется ли от нашей промышленности какое-то дополнительное производство?

– Медсил производит силиконовые трубки по доступной цене.

– Скажите, пожалуйста, лапароскопическая гастростомия существует много лет. В чем преимущество вашей методики?

– Достаточно надежна. Не требует наркоза, не требует введения газа в брюшную полость.

Прения

Профессор А. В. Гостимский (председатель): Чем проще вмешательство у этих пациентов, тем лучше. Поэтому эта методика достаточно интересна. Всем хорошо провести летние месяцы и до встречи в сентябре.

Поступил 21.06.2022 г.