

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Председатель Правления — Д.А.Гранов, ответственный секретарь — Д.Ю.Бояринова,
референт — Ю.В.Плотников

2460-е заседание

*и ежегодная конференция хирургов Северо-Запада
«Актуальные вопросы хирургии.
Стандарты качества хирургии» 24.11.2015 г.*

В конференции, кроме членов Хирургического общества Пирогова, приняли участие 450 человек из Москвы, Санкт-Петербурга, Архангельской, Брянской, Кировской, Ленинградской, Мурманской, Новгородской, Псковской, Ростовской, Тюменской, Челябинской областей, Забайкальского и Краснодарского краев, Республик Карелии и Крым, Ямало-Ненецкого АО.

Председатели — Д.А.Гранов, М.П.Королёв

Выступили Я.С.Кабушка, А.В.Фёдоров, С.Ф.Багненко, В.М.Седов. Единогласно поддержано предложение включить в календарь День хирурга — 25 ноября (день рождения Н.И.Пирогова)

ДОКЛАДЫ

1. П.К.Яблонский, О.Н.Скрябин (Комитет по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга). **Сравнительный анализ деятельности хирургической службы Санкт-Петербурга по профилю «абдоминальная хирургия» за 2013 и 2014 г. (по данным годовых отчётов).**

Освещена работа 20 стационаров. Лучшие показатели — у Мариинской больницы. Абдоминальные хирурги составляют $\frac{1}{3}$ от всех хирургов. Число госпитализаций абдоминальных хирургических больных увеличилось. Количество абдоминальных хирургов уменьшилось при росте индивидуальной оперативной активности. В среднем 1 хирург делает 90 операций в год. Снизились показатели среднего оборота койки, работы койки в году. Продолжает увеличиваться некомплект сестринского состава, особенно в скорпомощных стационарах. Соотношение экстренных и плановых хирургических больных абдоминального профиля снизилось с 4:1 до 3:1. Расширяется применение эндовидеохирургии. Летальность госпитализированных больных составила 4%, при желчнокаменной болезни она снизилась в 2 раза.

2. О.Н.Эргашев (Комитет по здравоохранению Администрации Ленинградской области). **Итоги работы хирургической службы Ленинградской области.**

За 2014 г. в стационары госпитализированы 86 406 больных в сравнении с 84 202 в 2013 г. Выполнено 47 869 и 42 641 операций соответственно, умерли 2505 (2,9%) и 2013 (2,7%) человека. Увеличилось количество кардиохирургических и абдоминальных операций. Несмотря на внушительные материальные льготы и предоставление жилья, сохраняется дефицит анестезиологов и количества реанимационных коек. Остаётся высокой частота позднего поступления экстренных больных, что сказывается на сравнительно высокой летальности при ущемлённой грыже, желчнокаменной болезни, осложнениях язвенной болезни и кишечной непроходимости. Значительно увеличилось количество операций, выполняемых эндовидеохирургическим способом. Отмечен прогресс в лечении желудочно-кишечных кровотечений.

3. С.А.Шляпников, Н.А.Бубнова, С.Д.Шеянов (Комитет по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга). **Хирургические инфекции и сепсис • 2014. Некоторые итоги и проблемы.**

Положительными явлениями стали открытие отделения в больнице Святого Георгия, организация специализированной помощи в Первом государственном медицинском университете им. акад. И.П.Павлова. Проведён «Санкт-Петербургский септический форум» (2014). Организован учёт больных в системе медицинского информационно-аналитического центра. Тяжёлый сепсис диагностирован у 1498 больных. Возможности лечения септических больных в многопрофильных стационарах делают ненужными их переводы из этих стационаров в специализированные отделения, вызывая их перегруз. На фоне сепсиса умерли 230 (32%) человек, в то время как в США этот показатель равен лишь 21%.

4. А.Н.Липин (СПбГБУЗ «Больница № 14»). **Центр спасения конечностей: особенности структуры и принципы организации работы.**

Частота высоких ампутаций по поводу критической ишемии составляет в России 300 на 1 млн населения, т. е. 1 ампутация выполняется каждые 12 мин [Дуданов И.П., 2009]. В мире 1 ампутация выполняется каждые 30 с [Boulton A.J.M., 2005]. 5 февраля 2014 г. в СПбГБУЗ «Городская больница № 14» открыт Городской центр спасения конечностей. Выполнено более 1200 операций — ангиографии и реваскуляризации. Прямой кровоток удалось восстановить в 62% наблюдений. Выработаны показатели к высоким ампутациям: обширные ишемические некрозы переднего и среднего

отделов стопы и пяточной области; влажная гангрена стопы с распространением на проксимальные отделы конечности; гнойно-деструктивные артриты стопы; длительно существующие обширные трофические язвы подошвенной поверхности стопы в сочетании с тяжёлыми деструктивными формами остеоартропатии; критическая ишемия конечности с выраженным болевым синдромом, не поддающимся консервативной терапии, при невозможности хирургической сосудистой коррекции.

5. *Ю.А.Спесивцев* (СПбГБЗ «Городская Мариинская больница»). **О перспективах организации отделения гнойно-септической хирургии в Мариинской больнице.**

Сообщение посвящено организации отделения гнойной хирургии для больных с критической ишемией конечностей, гнойными и септическими осложнениями абдоминальных, травматологических операций.

6. *Т.А.Попова* (ЗАО «Эколаб»). **Борьба с инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи. Новые нормативные документы 2015 г.**

Заболеваемость ВИЧ, гепатитами и туберкулёзом растёт. 250 из 1000 зарегистрированных в РФ дезинфицирующих средств некорректны. Актуальные задачи защиты больных и персонала решены в проекте Федеральных клинических рекомендаций по выбору химических средств дезинфекции и стерилизации для использования в медицинских организациях (СПЗ.1. 3263-15). Одним из эффективных средств является «Секусепт Актив» производства «Ecolab».

В обсуждении докладов приняли участие О.Н.Скрябин, П.К.Яблонский, М.П.Королёв.

7. *С.Я.Ивануса, Д.Ю.Бояринов* (кафедра общей хирургии ФГБОУ ВПО ВМедА им. С.М.Кирова). **Национальные клинические рекомендации: острый аппендицит (по итогам XII съезда хирургов России).**

Острый аппендицит составляет более 60% от острых хирургических заболеваний брюшной полости. Протоколы диагностики и лечения острых хирургических заболеваний, принятые в Санкт-Петербурге в 2001 г. и дополненные в 2007 г., показали свою эффективность. Резко снизилась частота операций при катаральном аппендиците (с 20 до 1%). Оснащение стационаров современной диагностической аппаратурой, освоение эндовидеохирургических вмешательств являются основой создаваемых национальных клинических рекомендаций. Требуют дальнейшего обсуждения вопросы диагностики при осложнённом и атипичном течении заболевания, использования шкалы Альвардо, возможности применения КТ, МРТ живота, анестезиологического обеспечения операций, использования пункционных методик под УЗИ-наведением, применения интервальных аппендэктомий.

8. *Н.А.Майстренко* (кафедра факультетской хирургии им. С.П.Фёдорова ВМедА им. С.М.Кирова). **Острый холецистит: Национальные рекомендации и реалии Санкт-Петербурга.**

Острый холецистит составляет 20,7% от всех острых хирургических заболеваний брюшной полости (86 человек на 100 тыс. населения). Послеоперационная летальность в РФ — 0,9%, в Санкт-Петербурге — 0,9%, в клинике факультетской хирургии ВМедА — 0,6%. Ключевыми вопросами являются выбор способа лечения, сроков операции и варианта анесте-

зии. Согласно Национальным рекомендациям, показаниями к срочной операции являются лёгкое и среднетяжёлое течение острого холецистита (Grade I–II) в отделениях, имеющих достаточный опыт в желчной хирургии. Отсроченные операции должны выполняться при среднетяжёлом и тяжёлом течении (GII–III). Сочетание острого холецистита с механической желтухой требует проведения интраоперационной холангиографии или УЗИ. Малоинвазивные вмешательства показаны при среднетяжёлом течении (GII), в отделениях, не имеющих достаточного опыта в желчной хирургии, и тяжёлом течении (GIII) острого холецистита. К ним относятся чрескожно-чреспеченочная микрохолецистостомия под УЗИ-контролем (пункционная холецистостомия), чрескожно-чреспеченочная одномоментная пункция желчного пузыря, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, эндоскопическое стентирование желчных протоков. Пункционная холецистостомия показана больным с высоким хирургическим риском. Эндоскопические вмешательства (ЭПСТ с последующей холецистэктомией) показаны при остром холецистите, осложнённом механической желтухой.

При сравнении Национальных, Санкт-Петербургских рекомендаций и рекомендаций кафедры факультетской хирургии ВМедА им. С.М.Кирова создаётся впечатление о гораздо большей разработанности последних.

9. *С.Ф.Багненко, В.Р.Гольцов* (ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, Городской панкреатологический центр, СПбНИИ СП им. И.И. Джанелидзе). **Национальные рекомендации по диагностике и лечению острого панкреатита.**

30 октября 2014 г. на заседании с участием ведущих экспертов хирургии принят проект Национальных рекомендаций по диагностике и лечению острого панкреатита. Рекомендации многократно обсуждались на различных съездах, конгрессах и конференциях, были утверждены 8 октября 2015 г. во время XII съезда хирургов России и размещены на сайте Российского общества хирургов.

10. *М.А.Рубцов, Ш.И.Галеев, Я.П.Абдулаев, О.Н.Скрябин* (СПбГБУЗ «Клиническая больница Святого Луки»). **Современные стандарты диагностики и лечения острого панкреатита.**

В докладе представлены основные различия международных и отечественных стандартов, сделаны акценты на принятых в последнее время изменениях в диагностике и лечении острого панкреатита. Сделаны выводы о том, что клинические рекомендации не являются догмой, должны развиваться и совершенствоваться. Они могут являться инструментом экспертной оценки качества лечения, спорные вопросы не могут являться предметом штрафных санкций.

11. *В.А.Ступин, М.В.Баглаенко, С.В.Силуянов* (кафедра госпитальной хирургии № 1 Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова; ГКБ № 15 им. О.М.Филатова, Москва). **Желудочно-кишечные кровотечения: обсуждение клинических рекомендаций по экстренной хирургии Российского общества хирургов.**

В докладе особое внимание уделено прогнозированию кровотечения, медикаментозной поддержке, в частности антикоагулянтами, выделению пациентов «высокого риска» послеоперационной летальности, применению ангиографической трансартериальной эмболизации в этой группе больных,

оптимизации сроков необходимого оперативного вмешательства.

Прения

М.П.Королёв. Следует уточнить, что Forrest I — всегда рецидив. Устойчивый гемостаз — заключение не только эндоскопическое. Остаётся правилом лечить больного с кровотечением, а не кровотечение у больного.

12. С.В.Васильев (ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова).

Острая кишечная непроходимость.

В целом, вектор формирования Национальных клинических рекомендаций по диагностике и лечению кишечной непроходимости задан правильно. Проект Национальных клинических рекомендаций по лечению острой тонкокишечной непроходимости, одобренный на XII съезде хирургов России, требует определенной доработки. Ряд нераскрытых вопросов (в том числе о роли и необходимости проведения перидуральной анестезии, декомпрессии желудочно-кишечного тракта, характере и длительности энтеротерапии в послеоперационном периоде и т. д.) предстоит обсудить и скорректировать.

13. М.П.Королёв, Л.Е.Федотов, Р.Г.Аванесян (СПбГМУ). **Осложнения холецистэктомии.**

Представлено лечение стриктур и повреждений протоков после холецистэктомии малоинвазивными способами. Комбинация различных методов ante- и ретроградного вмешательства позволяет у большинства больных со стриктурами и повреждениями желчных протоков выполнить каркасное наружновнутреннее дренирование или стентирование дефектного участка протока. У 98% больных с подобным состоянием можно достичь положительного результата лечения с хорошим последующим эффектом в позднем послеоперационном периоде. В 93,5% малоинвазивные операции оказались окончательным методом лечения. Результаты не в малой мере связаны с организацией специализированной операционной и созданием коллектива единомышленников.

Прения

Д.А.Гранов. Наступила эра малоинвазивных технологий. При операциях надо учитывать возможность развития портальной гипертензии, необходимость трансплантации печени.

А.В.Фёдоров. Национальные клинические рекомендации нельзя обсуждать, их надо выполнять. Это форма защиты. Но необходимо учитывать возможность будущего развития. Регионарные клинические рекомендации не могут быть ниже, чем национальные. Для развития планируется создавать рабочие группы с изменяемым составом.

П.К.Яблонский. Протоколы и рекомендации создаются для преподавания и для тех, кто будет судить нашу работу. Поэтому они утверждены XII съездом хирургов и по ним надо работать.

14. А.В.Кочетков (главный специалист по контролю качества медицинской помощи Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга). **Качество оказания хирургической помощи населению Санкт-Петербурга в 2015 г.**

Проведен анализ состояния качества медицинской (хирургической) помощи (КМП) в ЛПУ Санкт-Петербурга в 2015 г. по результатам 169 целевых экспертиз КМП при обращении граждан с жалобами, выборке наблюдений

летальных исходов в различных стационарах, 23 заседания постоянно действующей Городской клинико-экспертной комиссии (ГорКЭК). В случаях жалоб и летальных исходов отмечено, что в 49,1% качество было надлежащим или условно надлежащим, полностью соответствующим стандартам оказания медицинской помощи. В 21,3% выявлены дефекты медицинской помощи, оказавшие влияние на состояние пациентов без социальных последствий, в 0,6% — с социальными последствиями. Нерациональное использование ресурсов диагностики и лечения без влияния на состояние пациентов выявлено в 29% наблюдений. По результатам 23 заседаний ГорКЭК с оценкой КМП в 65 ЛПУ в 2015 г. определены: 6 (6,5%) наблюдений хирургической помощи ненадлежащего качества с социальными последствиями (V–VI классы), 22 (23,9%) наблюдения — дефектов помощи с влиянием на состояние пациентов, 17 (18,5%) наблюдений — нерационального использования ресурсов здравоохранения. В 47 (51,1%) случаях КМП признано надлежащим или условно надлежащим. В заседаниях комиссии по хирургическому профилю приняли участие 594 врача. Анализ проведенных целевых экспертиз качества хирургической помощи по жалобам показал, что в 50,9% наблюдений оно было ненадлежащим, в 21,9% случаев — с влиянием на состояние пациента, т. е. высказанные в жалобах претензии чаще были обоснованы. Количество вневедомственных целевых экспертиз КМП в 2015 г. увеличилось на 32% по сравнению с предыдущим годом. Тем не менее, количество оценок ненадлежащего качества по хирургическому профилю уменьшилось на 3,8%. Отмечается уменьшение на 8% заключений ГорКЭК о ненадлежащем КМП по хирургическому профилю в 2015 г. по сравнению с предыдущим годом, в то же время, в 6,5% наблюдений КМП признано ненадлежащим V–VI класса. Основным направлением улучшения качества хирургической помощи в настоящее время следует считать продолжение совместной работы Санкт-Петербургского отделения РОХ со службами КМП Комитета по здравоохранению и ТФ ОМС по совершенствованию клинических рекомендаций оказания хирургической помощи, их внедрению в лечебный процесс и в экспертную оценку при проведении ведомственных и вневедомственных экспертиз.

М.П.Королёв изложил вопросы работы Санкт-Петербургского отделения Российского общества хирургов (РОХ), призвал хирургов Северо-Запада активнее вступать в общество. Это тем более актуально в связи с расширением участия обществ в аккредитации хирургов, получении кредитов, защите их прав.

Поступил в редакцию 27.03.2016 г.

2461-е заседание 09.12.2015 г.

Председатель — С.Я.Ивануса

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. Е.К.Гуманенко, Д.А.Чернышев, И.И.Губков, Д.В.Бакланов, Е.В.Опенченко (СПбГБУЗ «Елизаветинская больница», кафедры общей хирургии ГОУВПО СПбГУ и ГОУВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова). **Лечение пострадавшего с повреждением брыжейки тонкой кишки,**

двенадцатиперстной кишки, продольным рассечением общего печёночного и отсечением левого печёночного протока.

Пострадавший Е., 54 года, поступил в приёмное отделение Елизаветинской больницы 24.02.2015 г., через 3 ч после удара ножом в область живота. Состояние при поступлении средней тяжести, сознание сохранено, пульс 100 в 1 мин, АД 140/80 мм рт. ст., Нб 132 г/л, гематокрит 39%. На 4 см выше пупка по средней линии живота имеется колото-резаная рана длиной до 2 см. Через 30 мин после поступления под эндотрахеальным наркозом выполнена ревизия раны передней брюшной стенки. Установлен проникающий ее характер (из брюшной полости поступают кровь и желчь). Диагноз: колото-резаное проникающее ранение живота с повреждением органов брюшной полости. Продолжающееся внутрибрюшное кровотечение. Поставлены показания к лапаротомии, ревизии органов брюшной полости. При лапаротомии в брюшной полости обнаружено до 450 мл крови во всех отделах с примесью желчи. Ревизия органов выявила сквозное ранение брыжейки тощей кишки в двух местах на расстоянии 15 см друг от друга с повреждением её сосудов и ишемией стенки кишки на протяжении 30 см. Данный участок находился в 1 м 50 см от связки Трейтца. Далее выявлено, что в области луковицы двенадцатиперстной кишки, на передней стенке имеются резаная сквозная рана длиной до 1,0 см и гематома в воротах печени с дефектом в брюшине, через которую поступает желчь. При ревизии печёочно-дуоденальной связки выявлено продольное рассечение общего печёночного протока по передней стенке длиной 3 см с полным отсечением от него левого печёночного протока. Других повреждений органов брюшной полости не обнаружено. Участок ишемизированной тонкой кишки признан нежизнеспособным и резецирован с формированием анастомоза «бок в бок». Рана луковицы двенадцатиперстной кишки ушита в поперечном направлении двухрядным швом. Проведены 2 транспечёночных дренажа по Гальперину: один — через правый печёночный проток, и общий печёночный проток на нем ушит; второй — через левый печёночный проток. Дренажи выведены на переднюю брюшную стенку. Общая кровопотеря составила 600 мл. Послеоперационный диагноз: колото-резаное проникающее ранение живота с повреждением брыжейки тощей кишки и некрозом кишки на протяжении 30 см с повреждением двенадцатиперстной кишки, продольным рассечением общего печёночного протока и отсечением левого долевого протока. Продолжающееся внутрибрюшное кровотечение. Гемоперитонеум 450 мл. Послеоперационное течение тяжёлое, с развитием на 6-е сутки ранней спаечной тонкокишечной непроходимости, что потребовало выполнения релапаротомии, рассечения спаек, устранения непроходимости, интубации тонкой кишки зондом Эббота. На 9-е сутки отмечено нагноение лапаротомной раны, на 12-е — развился тромбоз левой подключичной вены и внутренней яремной вены с полной окклюзией её просвета. Зонд Эббота удалён на 7-е сутки от момента его постановки, лапаротомная рана очистилась, явления тромбоза вен разрешились. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 36-е сутки (01.04.2015 г.) со сменным транспечёночным дренажем в левом печёночном протоке. Через 13 сут больной обратился в больницу в связи с тем, что у него выпал дренаж во время самостоятельного промывания. За 5 сут

до выпадения отметил прекращение поступление желчи по дренажу. При осмотре состояние удовлетворительное, жалоб нет. Кожа и склеры обычной окраски, температура тела нормальная. Билирубин 16 мкмоль/л, лейкоциты 7×10^9 /л. Установить дренаж по старому раневому каналу не удалось. Выполнены КТ брюшной полости и магнитно-резонансная холангиопанкреатография. Исходя из полученных данных, следует, что, вероятнее всего, произошло самопроизвольное формирование соустья между левым долевым протоком и общим желчным протоком.

Ответы на вопросы. Удар был один. Пострадавший поступал в состоянии алкогольного опьянения, без явлений шока. Дренажи полиэтиленовые. Жёлчный пузырь сохранён. Сменный чреспечёночный дренаж стоял 30 сут. При фистулографии через дренаж в левом печёночном протоке контрастированы протоки левой доли. Сохраняется чувство тяжести в левом подреберье. Признаков холангита, выделения жёлчи из ран нет. Питание не ограничивает. Диаметр протоков — 3–4 мм.

Прения

М.Ю.Кабанов. Повреждение редкое. Дренажи в узких протоках имеют тенденцию к склерозированию. Возможно, было повреждение IV сегмента печени, а не левого печёночного протока.

Н.Ю.Коханенко. Насколько долго будет успех, не ясно. Полгода — малый срок для оценки. Дренажи удалили рано.

В.И.Кулагин. Первичный анастомоз при ранении узких протоков не показан. Долгое стояние дренажей себя не оправдывает. Шов должен формироваться прецизионно.

С.Я.Ивануса (председатель). Представлен вид военноподгородской хирургии. Избранная тактика привела к спасению больного. Создаётся впечатление о начинающемся склерозировании протоков.

2. А.А. Доманский, А.М.Карачун, К.К. Лебедев, Ю.В.Пелитась, Н.А. Доманский, П.А.Сапронов (ФГБУ НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова Минздрава России). **Вариант дуоденопластики после комбинированной правосторонней гемиколэктомии с резекцией стенки двенадцатиперстной кишки.**

Больная Д., 60 лет, получала лечение в НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова по поводу MALT-лимфомы с поражением левой молочной железы. На фоне проводимой терапии у пациентки появились симптомы острого нарушения кишечной проходимости. При дообследовании диагностирована опухоль восходящей ободочной кишки, осложнённая obturаторной кишечной непроходимостью. 03.10.2012 г. выполнена срочная операция: комбинированная правосторонняя гемиколэктомия с резекцией стенки двенадцатиперстной кишки (ДПК), лимфодиссекция D3, холецистостомия. Во время операции выявлена опухоль восходящей ободочной кишки, прорастающая в дистальную треть нисходящей части ДПК на участке 3,0×4,0 см. Простое ушивание дефекта стенки ДПК технически невозможно из-за натяжения тканей. Дефект стенки ДПК использован для формирования дуоденоюноанастомоза. Гистологическое исследование послеоперационного материала: низкодифференцированная аденокарцинома толстой кишки, прорастающая все слои толстой кишки, врастающая в двенадцатиперстную кишку. Края резекции вне опухоли. Послеоперационный период

без осложнений. Рана брюшной стенки зажила первичным натяжением. Выписана в удовлетворительном состоянии на 21-е сутки.

Ответы на вопросы. Прорастание в ДПК рака толстой кишки отмечается в 3% наблюдений. В другом наблюдении у больной, 72 лет, была тубулярная аденома ДПК с дисплазией. После эндоскопической диссекции появились признаки перитонита. Сформирован позадибодочный дуодено-еюно-анастомоз с межкишечным анастомозом и холецистостомой. У представленной больной масса тела восстанавливается. При простом ушивании в подобных наблюдениях 5-летняя выживаемость — 25%, при панкреатодуоденальной резекции (ПДР) — 50%.

Прения

М.Ю.Кабанов. Названные результаты ПДР слишком высоки. Это описано в монографии А.А.Курыгина.

К.В.Павелец. Успех налицо. Но это две разные болезни: у одной — рак, у другой — аденома. Это не пластика, а анастомоз. Мы демонстрировали подобных больных. Они живут 4–6–8 лет. Отступать 0,8 см не совсем оправдано.

А.В.Павловский. Здесь два аспекта: онкологический и технический. На 450 ПДР мы убедились, что анастомоз при ране ДПК надёжен, если не развивается панкреатит. В сомнительных наблюдениях производим холецистостомию. Радикальным вмешательством является ПДР.

Б.В.Сигуа. ДПК — гипопиз желудочно-кишечного тракта. В монографии А.П.Михайлова о травмах ДПК показано, что при дефектах до 5 см пластика стенкой желудка или тонкой кишки равноценны.

С.Я.Ивануса (председатель). С онкологических позиций лучше выполнять ПДР, но при травмах ДПК анастомоз оптимален.

ДОКЛАД

Н.Ю.Коханенко, К.В.Павелец, Ю.В.Радионоу, А.А.Кашицев, Н.Ю.Борисова (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова СПбГПМУ). **Каков должен быть объем панкреатодуоденальной резекции при раке головки поджелудочной железы?**

В период с 2008 по 2013 г. обследованы 106 больных, которым была выполнена ПДР по поводу периапулярного рака. 61 из них перенесли пилоруссохраняющую панкреатодуоденальную резекцию (ППДР), 45 — гастропанкреатодуоденальную резекцию (ГПДР). Отдалённые результаты в различные сроки после операции были оценены у 97 (92,4%) пациентов: у 55 (56,7%) — после ППДР и у 42 (43,3%) — ГПДР. Каждая из указанных групп была разделена на 3 группы: больные, обследованные в период до 6 мес после операции, от 6 до 12 мес, свыше 12 мес. Исследованы время операции, объем кровопотери, число осложнений и релапаротомий, летальность в соответствующих группах. При изучении отдалённых результатов выявлено, что жалобы пациентов и показатели лабораторных исследований, так же как и при исследовании послеоперационного периода, практически не отличались в обеих группах. Исследование функциональных результатов показало, что такие показатели, как индекс массы тела, эндокринная и экзокринная недостаточность, выражены практически в равной степени

как после ППДР, так и после ГПДР. Выживаемость пациентов зависела от размера первичной опухоли, наличия метастазов, стадии заболевания, степени дифференцировки и уровня онкомаркера СА 19–9. Общее состояние здоровья, физическое, ролевое, эмоциональное, познавательное, социальное функционирование в обеих группах статистически не отличались ($p>0,05$). Таким образом, непосредственные и отдалённые результаты ППДР и ГПДР, выполненные при раке головки ПЖ, достоверно практически не отличаются.

Ответы на вопросы. Операции выполняли два хирурга, но по разным методикам. Край резекции исследовали. При ППДР чаще отмечались гастростаз и рефлюкс-гастрит (28%), язвы анастомоза.

Прения

А.В.Павловский. Выбор операции зависел от выбора хирурга. При ППДР необходимы дивульсия сфинктера, вперидободочный анастомоз. Межкишечный анастомоз при ППДР можно не производить.

Б.Н.Котив. Обе операции равноценны. Важно, выполняется ли расширенная операция, нет ли прорастания сосудов. Отступать от опухоли надо больше 3–5 см. Объем операции лучше расширять до ГПДР.

С.Я.Ивануса (председатель). Гастростаз — одно из состояний, задерживающих выздоровление. Мы формируем питательную еюностому. Удаление пейсмейкерной зоны не улучшает результатов.

Поступил в редакцию 31.03.2016 г.

2462-е заседание 23.12.2015 г.

Председатель — В.П.Акимов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. М. Д.Ханевич, М.С. Диникин, А.Г.Чалаев, С.М.Вашкуров (СПб ГБУЗ «Городской клинической онкологической диспансер»). **Хирургическое лечение гигантской гемангиомы печени, осложнившейся внутрипечёночным абсцессом после выполнения артериальной эмболизации.**

Гемангиомы печени являются наиболее часто встречающимися опухолями печени. Основным методом их лечения является хирургический — резекция печени или энуклеация опухоли. Показаниями для хирургического лечения служат: активный рост опухоли, размер более 10 см, трудности в дифференциальной диагностике с гепатоцеллюлярным раком. Артериальная эмболизация выполняется с целью уменьшения размеров опухоли и снижения риска развития осложнений в виде спонтанного или посттравматического разрыва, а также выступает как этап перед хирургическим лечением гигантских гемангиом. Однако, как и при любом инвазивном методе лечения, существует риск развития осложнений.

У больной Г., 54 года, около 20 лет назад были выявлены гемангиомы печени. В 1997 г. в связи с ростом гемангиомы правой доли печени в хирургическом стационаре была выполнена артериальная эмболизация. Рекомендовано динамическое наблюдение. В 2014 г. больную стал беспокоить дискомфорт и периодически возникающие боли

в правом подреберье. При контрольном обследовании в ноябре 2014 г. выявлено образование правой доли печени 139×03×125 мм, в левой доле — 21×8 мм. Образования по всем признакам носили характер гемангиомы. Учитывая значительное увеличение гемангиомы правой доли печени, принято решение о её хирургическом удалении. С целью уменьшения размеров гемангиомы и увеличения объёма левой доли печени 12.02.2015 г. выполнена диагностическая ангиография с артериальной эмболизацией опухоли правой доли печени. После купирования постэмболизационного синдрома 17.02.2015 г. пациентка выписана домой. Однако 02.03.2015 г. с жалобами на высокую лихорадку, интенсивные боли в правом подреберье, интоксикацию больная повторно госпитализирована. По данным УЗИ живота, в S_{VI} в эмболизированном образовании выявлена полость с густым содержимым 70×60 мм. После 2-дневной подготовки 04.03.2015 г. произведена операция: лапаротомия, разъединение спаек, расширенная правосторонняя гемигепатэктомия, дренирование общего желчного протока по Керу, микроволновая абляция гемангиомы печени S_{II}. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациентка выписана на 12-е сутки. При контрольном МР-исследовании через 1 мес данных за накопление контрастного вещества в зоне выполнения абляции гемангиомы печени S_{II} не получено, печень представлена гипертрофированными сегментами S_I, II, III.

Ответы на вопросы. Цель эмболизации — уменьшение кровопотери во время резекции печени. Эмболизация производилась гемостатической губкой. Абсцесс — осложнение второй эмболизации — явление редкое. Иногда наблюдается лихорадка в течение 3–5 дней. Операцию после эмболизации производим через 1 мес. Методика резекции — по Хабибу. Посевы не делали. Больная диету не соблюдает.

Прения

В.А.Кащенко. Первая эмболизация производилась в 122-й МСЧ. Сейчас определились недостатки методики. Эмболизация уменьшает размер опухоли, но не замедляет её рост. Деваскуляризация опухоли больших размеров создаёт условия для её некроза и абсцедирования. Ценность наблюдения — в подчёркивании риска эндоваскулярных вмешательств при больших гемангиомах.

Д.А.Гранов. Решена задача выхода из сложного положения. Методика существует, но сейчас уходит на второй план. Показания к вмешательству — рост, большой размер, возможность малигнизации. Но это доброкачественное новообразование. Ишемический компонент привёл к обсуждаемому осложнению — некрозу и инфекционным осложнениям. Они развиваются через 7–8 дней. Названный срок для операции — 1 мес — достаточен для развития гипертрофии печёночной ткани.

Б.Н.Котив. Удалено 50% здоровой паренхимы печени. Резекция печени на фоне абсцесса может вызвать сепсис (нет барьеров). Более эффективны малоинвазивные методики.

Б.И.Мирошников. Выбор ошибочной тактики привёл к тяжёлым последствиям, но получен благоприятный исход.

П.Г.Таразов. Кровопотеря после эмболизации уменьшается, но большая гемангиома является источником ДВС-синдрома. Абсцесс развился в здоровой части печени.

В.П.Акимов (председатель). Наблюдение нельзя отнести к редким — осложнение наблюдается при больших гемангио-

мах (8 см и более) приблизительно в 10%. Тем не менее, за 10 лет в Хирургическом обществе Пирогова разрывы гемангиом печени не обсуждались.

2. А.А.Доманский, А.М.Карачун, К.К.Лебедев, Н.А.Доманский (ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова» Минздрава России). **Комбинированная экстралеваторная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с обширной резекцией влагалища. Пластика тазового дна VRAM-лоскутом.**

Больная Ш., 52 года, обратилась в НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова с жалобами на нестабильность стула, периодические запоры, появление прожилков крови и слизи в кале. После обследования установлен диагноз.

Основное заболевание: рак нижнеампулярного отдела прямой кишки сT4вN2вM0. Прорастание опухоли во влагалище.

Осложнение основного заболевания: прямокишечно-влагалищный свищ.

Сопутствующие заболевания: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь III стадии, степень АГ0, риск 4 (очень высокий), ХСН I ФК по НУНА, ОНМК в бассейне левой спинномозговой артерии от 05.03.2013 г. Сахарный диабет 1-го типа, компенсация.

Больная обсуждена на мультидисциплинарной комиссии с участием радиолога, химиотерапевта и хирурга-онколога. Принято решение, что проведение химиолучевой терапии, как первого этапа комбинированного лечения, у данной пациентки нецелесообразно из-за ректовагинального свища. Показано выполнение хирургической операции.

Операция 27.04.2014 г. — комбинированная экстралеваторная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с обширной резекцией влагалища. Пластика образовавшегося дефекта мягких тканей промежности и влагалища выполнена кожно-мышечным трансплантатом из прямой мышцы живота (vertical rectus abdominal myocutaneous flap — VRAM-пластика).

Послеоперационный период протекал без осложнений. Раны брюшной стенки и промежности зажили первичным натяжением. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 21-е сутки. В дальнейшем проведена химиолучевая терапия. В настоящее время больная социально адаптирована, ведёт регулярную половую жизнь и испытывает соответствующие ощущения.

Ответы на вопросы. После операции был период непроизвольного мочеиспускания. КТ лёгких до операции выполняли, метастазов не было. ПЭТ не делали. Лучевую терапию не проводили в связи с развитием ректовагинального свища. Операцию считаем радикальной (края препарата вне опухоли). Кожу зашивали без натяжения. Пластику выполняли с использованием сетчатого эндопротеза. Кожно-мышечный лоскут на сосудистой ножке повернут на 180°. Ни у кого из оперированных этим способом 5 больных нарушений кровоснабжения лоскута не было. Через 1 год после операции в лёгком появился метастаз.

В.П.Акимов (председатель). За последние десятилетия в онкологии произошёл скачок в связи с развитием химиотерапии, лапароскопии, эндоскопических операций, что позволило улучшить качество жизни больных.

ДОКЛАД

П.Г.Таразов, А.В.Козлов, А.А.Поликарпов, Н.В.Олещук, Д.А.Гранов (ФГБУ РНЦРХТ). **Методы интервенционной радиологии в лечении гемобилии вследствие эндобилиарных процедур.**

В докладе представлены интервенционные радиологические методы купирования гемобилии, развившейся после чрескожного чреспеченочного холангиодренирования (ЧЧХД) и/или стентирования. За период с 1993 по 2014 г. ЧЧХД или стентирование выполнили у 271 пациента с обтурационной желтухой опухолевой этиологии. Массивная гемобилия после процедуры развилась у 10 (3,7%) пациентов. У 4 больных она была остановлена с помощью консервативной терапии (n=3) или хирургической операции (n=1). В остальных 6 наблюдениях использованы методы интервенционной радиологии. Диагностическая ангиография была выполнена в экстренном порядке у всех 6 больных. В 3 наблюдениях успешно выполнили эмболизацию полости обнаруженной псевдоаневризмы мини-спиралями. У 1 пациента баллонная пластика и стентирование опухолевой стриктуры вызвали повреждение общего желчного протока с развитием артериобилиарной фистулы; выполнена селективная эмболизация питающей артерии. Ещё у 1 больного гемобилия купирована установкой в желчных путях стент-графта для прижатия кровоточащих опухолевых сосудов к стенкам общего желчного протока. В 1 наблюдении выявлена билиовенозная фистула, которая была разобщена с помощью установки в пункционном канале стент-графта. Таким образом, методы интервенционной радиологии являются эффективным и безопасным методом лечения гемобилии. Технология вмешательства может варьировать в зависимости от причины и локализации кровотечения в желчные пути.

Ответы на вопросы. Наружновнутренний дренаж предпочтительнее наружного стентирования. Максимальный калибр — 1–2 мм. При травмах сосуды спазмируются, при желтухе осложнений гораздо больше. Интуитивная эмболизация допустима, но сейчас оборудования достаточно, чтобы её не делать.

В.П. Акимов (председатель). Представленный опыт — наибольший в городе и стране, и он заслуживает внимания.

Поступил в редакцию 31.03.2016 г.

2463-е заседание 13.01.2016 г.

Председатель — А.М.Карачун

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *И.В.Мосин, А.Р.Козак, А.Н.Савин, А.В.Чаусов, П.К.Яблонский* (ФГБУ «СПбНИИ фтизиопульмонологии» Минздрава России, кафедра онкологии ФПО ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Радикальная одномоментная гортанно-трахеальная резекция при злокачественной опухоли верхней трети трахеи и дистального отдела гортани.**

Лечение больных со злокачественными опухолями верхней трети трахеи и дистального отдела гортани представляет

собой трудную задачу и заключается в основном в формировании трахеостомы или постановке Т-образного стента, что значительно ухудшает качество жизни. В последующем назначают химио- или лучевую терапию, которые малоэффективны.

Больной С., 32 года, в августе 2014 г. был экстренно госпитализирован в Новгородскую областную больницу в связи с резким затруднением дыхания. Выполнена фибро-бронхоскопия (ФБС). В шейном отделе трахеи выявлено новообразование, практически полностью обтурирующее её просвет на уровне подскладочного отдела гортани. Выполнена биопсия — диагностирована опухоль Абрикосова. Сформирована трахеостома. В Мариинской больнице Санкт-Петербурга выполнены ларингоскопия, лазерное удаление опухоли трахеи, деканюляция. В январе 2015 г. выявлен рецидив опухоли трахеи и дистального отдела гортани. Госпитализирован в СПбНИИ фтизиопульмонологии. При ФБС подскладочный отдел гортани обтурирован крупнобугристым новообразованием с уменьшением просвета на $2/3$ диаметра, распространяющимся по мембранозной стенке трахеи на 5 полуколец. Свободны 13 полуколец. Операция: одномоментная гортанно-трахеальная резекция 05.02.2015 г. Протяжённость резекции 5 см. Гистологическое заключение: равномерная яркая реакция в опухолевых клетках на виментин, десмин, актин. Негативная реакция на CK- Pan, CD68-позитивная реакция в гистиоцитах, негативная в опухолевых клетках. Послеоперационный период протекал без осложнений. Контрольная ФБС — опухоли нет. Выписан на 14-е сутки. При контрольном обследовании через 3 мес признаков рецидива опухоли и стеноза в области анастомоза не выявлено. Голосовая функция хорошая.

Ответы на вопросы. Попёрхивания не было, нет и в настоящее время. Трахея мобилизована выше бифуркации. Имеется небольшая одышка. Больной плавает в бассейне.

Прения

А.Ф.Романчишен. Диагноз поставлен давно. Мобилизацию трахеи считаю недостаточной, потому что больному сейчас трудно наклонить голову. Иногда можно формировать превентивную трахеостому. Сложность гистологического и гистохимического исследования диктует их проведение в нескольких лечебных учреждениях. При рецидиве можно применять траметидин.

2. *Д.А.Алексеева, А.А.Васильев, Д.И.Певцов, М.А.Куканов, С.В.Рачинский* (СПбГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»). **Редкое наблюдение диагностики и лечения зоба корня языка.**

В редких наблюдениях зоб может развиваться из зачатков щитовидной железы. Они могут локализоваться в подъязычной, предгортанной, загрудинной и язычной областях. Впервые в России зоб корня языка был продемонстрирован Я.Б.Зельдовичем в 1897 г. в Хирургическом обществе Пирогова. Заболевание в настоящее время составляет 3,7% от всех доброкачественных опухолей ротоглотки. Общие симптомы связаны с гипотиреозом. Местные симптомы связаны с локализацией и интенсивностью роста узла: дисфагия, стеноз верхних дыхательных путей, расстройство речи (осиплость, закрытая гнусавость), кровотечение. Показаниями к хирургическому лечению являются кровотечение, заметный рост зоба. Трансоральный доступ используют при

зобе корня языка не более 20 мм в диаметре. Фаринготомию (боковую или надподъязычную) применяют при размерах зоба более 20 мм.

Пациентка З., 34 года, поступила в СПбГБУЗ «ГКОД» 16.02.2015 г. по поводу новообразования корня языка. Жалобы связаны с нарастающей дисфагией (около 2 лет) и появлением крови в слюне (в течение последних 2 мес). При фарингоскопии в области корня языка определялось безболезненное крупнобугристое образование с выраженным сосудистым рисунком. Размер опухоли составлял 40 мм в диаметре. Выявлен гипотиреоз (ТТГ 7,169 мМЕ/л). При УЗИ 18.02.2015 г. щитовидная железа в типичном месте не определялась, обнаружено гипозоженное образование в области корня языка. На КТ мягких тканей шеи 25.01.2015 г. выявлено образование корня языка в капсуле, неоднородной структуры, тесно прилежащее к надгортаннику и подъязычной кости. Его размеры 31×26×25 мм. При субтракционной и ротационной ангиографии 19.02.2015 г. визуализировалось гиперваскулярное образование корня языка с чёткими контурами, кровоснабжающееся из правой язычной и лицевой артерий. При тонкоигольной аспирационной биопсии и последующем цитологическом исследовании выявлены клетки призматического и цилиндрического эпителия. При сцинтиграфии с технецием в корне языка был зафиксирован участок с нечёткими контурами, активно накапливающий радиофармпрепарат, в то время как на уровне обычного расположения щитовидной железы накопление отсутствовало. Учитывая возраст пациентки, её настойчивое желание избежать наружных разрезов на шее, а также высокий риск возникновения глоточных свищей, было принято решение о трансоральном доступе. Операция проведена 02.03.2015 г. Интубация трахеи выполнена через левый носовой ход. С техническими трудностями осуществлено электроиссечение опухоли корня языка в пределах здоровых тканей. Кровопотеря составила 50 мл. Рана послойно ушита викриловым швом. Установлен питательный назогастральный зонд. Гистологическое исследование препарата: микрофолликулярная аденома с выраженной фиброзной капсулой в ткани щитовидной железы. Контрольная фарингоскопия выполнена 10.03.2015 г. — заживление операционного поля первичным натяжением.

Ответы на вопросы. Клиническая картина типична для зоба корня языка.

Прения

А.Ф.Романчишен. Доступ оптимален, но создаётся впечатление, что часть зоба осталась и может вызвать рецидив. Предложены другие доступы, но они более травматичны и изменяют конфигурацию шеи. С 1991 г. мы наблюдали 4 больных. Бывает зоб тройной локализации. У больной двое детей, у них может возникнуть гипотиреоз. Сцинтиграмма говорит об оставленной ткани щитовидной железы. Капсула кальцинирована, что не исключает рак. Поэтому желательно повторное исследование препарата.

С.В.Рачинский. В литературе описано около 400 наблюдений. Предложены разные методы лечения: от наблюдения и радиойодтерапии до операции. Выделение крови при травматизации опухоли типично. Ткань железы недоразвита. Операция должна быть строго обоснована. Образование хорошо видно на КТ. Доступ оптимален. Фаринготомию

чаще применяют хирурги, трансоральный доступ — ЛОР-специалисты.

М.Д.Ханевич. Больная достаточно обследована. Особенно важно проведение ангиографии для определения архитектоники сосудов и выбора доступа. Больная нуждается в наблюдении.

А.М.Карачун (председатель). В представленных наблюдениях редких опухолей особенное значение имеет выбор доступа.

ДОКЛАД

Г.И.Гафтон, М.Ю.Мяснянкин, В.В.Анисимов, М.Л.Гельфонд, И.А.Балдуева, Ю.В.Семилетова (ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова» Минздрава России). **Эффективность неoadъювантной фотодинамической терапии в хирургическом лечении больных с первичной меланомой кожи.**

В исследование было включено 84 больных с первичной меланомой кожи, леченных с 2012 по 2014 г. Хирургическое лечение 42 пациентам (1-я группа) проводили по стандартной методике в объёме радикального хирургического иссечения первичной опухоли. Во 2-й группе (42 пациента), сопоставимой по всем клиническим параметрам с контрольной, за 2 дня до хирургического лечения первичная опухоль подвергалась фотодинамической терапии (ФДТ) с препаратами «Фотодитазин» или «Радахлорин». Фотосенсибилизатор в дозе 0,8–1,0 мг/кг массы тела вводили внутривенно капельно в течение 30 мин в 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида. Через 2 ч после инфузии фотосенсибилизатора проводили флуоресцентное картирование накопления фотосенсибилизатора в опухоли, а затем её лазерное облучение (662 нм, 400 Дж). При анализе субпопуляционного состава иммунокомпетентных клеток учитывали абсолютное содержание Т-лимфоцитов (CD3+, CD19–), Т-хелперов (CD3+, CD4+), цитотоксических Т-лимфоцитов (CD3+, CD8+), двойных положительных Т-клеток (CD3+, CD4+, CD8+), В-лимфоцитов (CD19+, CD3–), активированных Т-хелперов (CD3+, CD4+, HLA DR+). У больных 1-й группы хирургическое вмешательство не приводило к повышению абсолютного содержания никаких иммунологических показателей. Субпопуляционный состав Т-лимфоцитов, Т-клеток (CD3+, CD19–), активированных Т-хелперов (CD3+, CD4+, HLA DR+), Т-эффекторов (CD3+, CD8+, CD3–, CD16+, CD56+) и число В-лимфоцитов (CD19+, CD3–) не претерпело статистически значимых изменений ($p>0,05$). При добавлении к хирургическому лечению неoadъювантной ФДТ (2-я группа) выявлено статистически значимое повышение содержания CD3+, CD19– ($p=0,019$), CD3+, CD8+, Т-эффекторов ($p=0,026$), активированных CD3+, CD4+, HLA DR+, Т-хелперов ($p=0,05$), CD3–, CD16+, CD56+ ($p=0,002$), В-лимфоцитов CD19+, CD3– ($p=0,021$), что свидетельствует об активации Т- и В-клеточного звена иммунной системы. Получены статистически достоверные данные об улучшении показателей безрецидивной выживаемости пациентов, получивших хирургическое лечение с ФДТ ($p=0,0001$). Аналогично имели место статистически достоверно лучшие показатели общей выживаемости пациентов во 2-й группе ($p=0,001$). Трехлетняя общая выживаемость больных составила в 1-й группе 50%, в группе пролеченных радикально с использованием ФДТ — 92%.

Ответы на вопросы. По стадиям пока данные накапливаются. Сравнения препаратов пока не проведено. Действие их не обусловлено нарушением кровоснабжения. Иммунный ответ имеется. Аутоиммунный ответ частично блокирует воздействие химиотерапии. Лечение надо начинать с активизации иммунного ответа. Неоадьювантная и интраоперационная терапия совмещены. ФДТ сочетается с химиоперфузией.

Прения

М.Д.Ханевич. Проведены исследования иммунной системы организма. Количество больных увеличивается. Наибольший интерес представляют исходы лечения II–III стадий

заболевания. Сочетание с неоадьювантной терапией может улучшить результаты лечения.

Д.А.Гранов. ФДТ ранее противоречиво оценивалась врачами. Сейчас она не слишком дорогостоящая, её эффективность показана в докладе.

Г.И.Гафтон. Работа только начинается. Явно стимулируется иммунная система организма. Напрашивается вопрос о повторных курсах лечения.

А.М.Карачун (председатель). Результаты, особенно общей выживаемости, ошеломляют и заслуживают внимания.

Поступил в редакцию 31.03.2016 г.