

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

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

2485-е заседание 08.02.2017 г.

Председатель — В. А. Кащенко

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *М. Д. Ханевич, С. М. Вашкуров, Н. А. Карасева, Р. В. Фадеев, Р. Я. Гунят, Е. Ю. Юрьев, М. А. Гипарович* (СПбГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»). **Выбор хирургической тактики для устранения осложнения при формировании эзофагоэюнального анастомоза циркулярным сшивающим аппаратом.**

Больной К., 57 лет, направлен в СПбГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер» в сентябре 2016 г. с гистологически верифицированным диагнозом «Рак тела желудка сT2N0M0». Сопутствующие заболевания: полипы желчного пузыря, ишемическая болезнь сердца, мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит. Операция 06.09.2016 г.: гастрэктомия с лимфодиссекцией в объеме Д2. В 40 см от предполагаемого места эзофагоэюнального анастомоза создан У-образный тонко-тонкокишечный анастомоз. При формировании аппаратного эзофагоэюнального анастомоза, во время введения головки сшивающего аппарата в просвет пищевода, произошёл продольный разрыв его стенки, включая абдоминальный и нижнегрудной отделы. Головка извлечена. Принято решение резецировать поврежденный участок пищевода с пластикой поперечной ободочной кишки из торакального доступа справа. Выделена поперечная ободочная кишка с сосудистыми аркадами от a.colica media. Сформированы анастомозы: толсто-тонкокишечный дистальнее У-образного анастомоза и толсто-толстокишечный между восходящей и нисходящей ободочной кишкой. Отключённая петля тонкой кишки использована для создания питательной энтеростомы. Выполнена правосторонняя торакотомия. Проксимальный отдел поперечной ободочной кишки переведён в плевральную полость. Абдоминальный и нижнегрудной отдел пищевода удалены. Сформирован эзофаготрансверзоанастомоз по типу «конец пищевода в бок толстой кишки» с использованием циркулярного аппарата. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренажи из плевральной полости удалены на 4-е сутки. После получения гистологического заключения — стадия pT2N0M0 R0-Ib. Данные иммуногистохимического исследования: анапластический рак желудка. Больной выписан в удовлетворительном состоянии на 16-е сутки после операции.

Ответы на вопросы. Причиной разрыва считаем несоответствие диаметров анастомозируемых пищевода и тонкой кишки. Длина разрыва передней стенки пищевода 6 см. От ранее сформированного анастомоза отказались в связи с короткой брыжейкой и возможностью натяжения. Доступ в шестом межреберье. V. azygos не перевязывали. Анастомоз изоперистальтический. Последовательность формирования анастомозов считаем непринципиальной. Больной похудел на 18 кг. Аппетит хороший. Принимает ферментные препараты.

Прения

С. Я. Ивануса. В вопросах хирургии пищевода следует упоминать монографию В. И. Попова и В. И. Филина (1965).

В. В. Дмитриченко. Эзофагоэюноанастомоз предпочтительнее создавать первым, а межкишечный анастомоз — вторым.

В. А. Кащенко (председатель). Следует указать роль российских хирургов в создании аппаратных анастомозов. К сожалению, новые технологии иногда дают сбой. Авторы показали успешный выход из сложной ситуации.

2. *А. Е. Демко, В. Р. Гольцов, В. И. Кулагин, Е. В. Батиг, Э. С. Моллаев, В. М. Малькова* (ГБУЗ СПбНИИ СП им. И. И. Джанелидзе). **Хронический головчатый индуктивный панкреатит, осложненный протоковой гипертензией, кальцинозом, калькулезом.**

Больной Ч., 68 лет, поступил в городской панкреоцентр СПбНИИ СП им. И. И. Джанелидзе 09.08.2016 г. с диагнозом «хронический калькулезный головчатый панкреатит. Вирсунгоэктазия». С 2007 г. страдает приступами болей в животе. Неоднократно лечился в хирургических стационарах Ленинградской области. За истекшие 10 лет качество жизни пациента прогрессивно ухудшалось. Значительно увеличилась интенсивность и продолжительность болевых приступов. За последние 6 мес похудел на 12 кг. Болевой синдром был причиной снижения физической и психологической активности. В 2007 г., по данным инструментальных методов обследования, поджелудочная железа не была увеличена, неоднородной структуры, в области головки — единичные кальцинаты, проток поджелудочной железы расширен до 6–7 см. К 2016 г. картина меняется. Поджелудочная железа не увеличена, контуры ее нечеткие, дольчатость нарушена, плотность паренхимы диффузно снижена, в железе — множество кальцинатов (наиболее крупный — до 12 мм в области головки), перфузия паренхимы диффузно снижена. 17.08.2016 г.

произведена операция. Поджелудочная железа бугристая, не структурная, каменной плотности. Проток поджелудочной железы вскрыт на всем протяжении. Извлечен крупный кальцинат из дистального отдела протока. Выполнена модификация операции Фрея (экономная резекция головки железы и панкреатикоэнтероанастомоз на выключенной по Ру петле тонкой кишки). Послеоперационный период протекал гладко. Болевой абдоминальный синдром купировался сразу же. Пациент был выписан на 22-е сутки в удовлетворительном состоянии. Находится под наблюдением в панкреоцентре СПбНИИ СП. Качество жизни после операции (опросник SF-36) улучшилось по всем группам признаков, касающихся как физиологической, так и психологической составляющей здоровья.

Ответы на вопросы. Больной с 2005 г. поступал в различные стационары. Камень обнаруживали. Операцию не предлагали. Операция Фрея предусматривает удаление части ткани поджелудочной железы. Фиброз и кальциноз подтверждены гистологически. Считаем, что калькулёз ограничивает применение эндоскопических вмешательств. Признаков портальной гипертензии не было. Камень был в протоке. Сначала пришлось удалить ткань железы, потом камень.

Прения

В.И.Ковальчук. Удаление камня дало удивительный эффект. Операции маргинальной невротомии (Вакабаяси), рентгенотерапия дают только временный эффект. Напомню, что СПбНИИ СП им. И.И.Джанелидзе исполняется 85 лет. Я остался единственным из основателей этого панкреоцентра.

М.Ю.Кабанов. Думаю, что камень можно было удалить эндоскопически.

А.С.Прядко. Есть три вида вмешательств на поджелудочной железе: малоинвазивные, дренирующие и резекционные методики. Только дренаж дает временный результат.

Н.Ю.Коханенко. Больной страдал 12 лет, но оперативное лечение ему не предлагали. Оперировать надо было раньше, так как каждое обострение вызывает некроз и впоследствии — фиброз.

В.А.Кашенко (председатель). Специализированная панкреатологическая помощь развивается. Лечение надо считать адекватным. Операция Бегера снижает агрессию, Фрея — улучшает результат, но более опасна.

ДОКЛАД

А.М.Карачун, Ю.В.Пелипась, П.А.Сапронов, О.А.Козлов, Д.П.Асадчая (ГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова»). **Радикальные лапароскопические операции при раке желудка: за и против** (мировые тенденции и собственный опыт).

Эндовидеохирургия продемонстрировала свою эффективность и безопасность при лечении ряда доброкачественных и злокачественных заболеваний желудочно-кишечного тракта. До настоящего времени остается дискуссионной роль миниинвазивных вмешательств при раке желудка (РЖ). На сегодняшний день лапароскопическая хирургия РЖ является стандартной процедурой только в Японии и Южной Корее, только при ранних формах, тогда как при местнораспространенном раке — предметом клинических исследований даже в развитых странах. В России опытом подобного рода вмешательств обладают лишь несколько центров. Существуют субъективные и объективные причины

такого диссонанса. К первым можно отнести традиционный консерватизм отечественных хирургов, ко вторым — технологические аспекты (высокие требования к оснащению операционных и электрохирургическому инструментарию), конституциональные различия пациентов, преобладающие стадии заболевания. Для поиска ответов на поставленные вопросы в период с 2012 по 2016 г. в клинике ГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова» проведено проспективное исследование, в которое включены 192 пациента с потенциально курабельным РЖ (сT1bN0M0 — сT3N1M0, согласно UICC/TNM, 7-я редакция, 2009 г.) в возрасте от 25 до 85 лет. В основную группу включен 91 пациент. Им выполнили 53 лапароскопических дистальных субтотальных резекций желудка (ДСРЖ) и 27 лапароскопических гастрэктомий (ГЭ). Результаты у больных из основной группы (11 человек), у которых в ходе операции была выполнена конверсия доступа, анализированы отдельно. В контрольную группу включен 101 человек (66 открытых ДСРЖ и 35 открытых ГЭ). Объем оперативного вмешательства и внутрибрюшной лимфодиссекции (D1+ или D2) определяли согласно рекомендациям Японского общества по изучению рака желудка (Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2010, version 3) в зависимости от локализации опухоли, степени ее распространенности и типа роста. Анализу были подвергнуты непосредственные результаты оперативных вмешательств (средняя длительность операции, объем интраоперационной кровопотери, характер и частота интра- и послеоперационных осложнений), а также онкологическая адекватность лапароскопических вмешательств (частота R0-резекций, объем и качество выполненной лимфодиссекции). Отдельно изучен вопрос о качестве жизни пациентов в ближайшем послеоперационном периоде и кривая обучения лапароскопическим вмешательствам при РЖ. Данное исследование продемонстрировало ряд преимуществ лапароскопических вмешательств. Так, при эндовидеохирургических операциях отмечены меньшие объем интраоперационной кровопотери и интенсивность послеоперационного болевого синдрома, более ранняя активизация пациентов, лучшее качество жизни в раннем послеоперационном периоде (по ряду симптоматических шкал). Вместе с тем лапароскопический метод не лишен недостатков, к числу которых можно отнести высокую себестоимость операций и пологий характер кривой обучения.

Ответы на вопросы. При стадии Ia 5-летняя выживаемость у японцев составляет 99%. В состав оперирующих бригад входят 7 человек. При лапароскопических резекциях летальных исходов не было, при ГЭ — были. Повторные операции — в 12,4%. Пятилетняя выживаемость при традиционных и лапароскопических вмешательствах не различается. Квота на одного больного — 220–300 тыс. рублей. Увеличение длительности операций не влияло на исходы. Интраоперационную эндосонографию применяли. Несостоятельность ГЭА наступила у 2 из 37 больных. Анастомозы формировали в основном линейными аппаратами.

Прения

В.Л.Пищик. Следует пользоваться классификацией осложнений оперативных вмешательств по Clavien — Dundo. При ней увеличивается процент осложнений для сравнения на международном уровне. При лапароскопических операциях другой характер лимфодиссекции и степень снижения иммунитета.

М.Д.Ханевич. Доклад своевременен, с оценкой мирового опыта.

А.Е.Демко. Желательно оценивать коморбидность в группах.

В.А.Кашенко (председатель). Пока ещё нельзя говорить об отдалённых результатах, но научная оценка групп в бригаде А.М.Карачуна проводится.

Поступил в редакцию 12.04.2017 г.

2486-е заседание 22.02.2017 г.

Председатель — С.Я.Ивануса

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А.А.Рудь, А.Н.Петров, В.И.Бадалов, М.Б.Борисов, Н.Г.Бобровский, М.В.Ушаков, И.М.Самохвалов (кафедра военно-полевой хирургии ВМедА им. С.М.Кирова). **Лечение раненого с тяжёлым взрывным ранением таза и формированием дефекта мягких тканей и костей.**

Раненый З., 46 лет, переведён в клинику военно-полевой хирургии через 29 сут после получения взрывного ранения таза. На предыдущих этапах лечения ему выполняли фиксацию переломов костей таза стержневым аппаратом, первичную и вторичную хирургическую обработку раны, формирование двухствольного противостественного заднего прохода. Диагноз: «взрывное ранение таза и конечностей с многооскольчатыми переломами подвздошной, лобковой и седалищной костей справа, фиксированными в спице-стержневом аппарате. Обширное повреждение тканей правой половины таза и перианальной области с дефектом мягких тканей. Полный перерыв седалищного нерва, нейропатия бедренного нерва. Остеомиелит костей правой половины таза. Гнойные затеки в малом тазе. Гнойно-некротическая рана средней и нижней трети правой голени. Сепсис». После обследования раненому выполнен ряд хирургических вмешательств, направленных на купирование остеомиелитического процесса в костях таза, лечение обширной гнойно-некротической раны задней поверхности таза с этапной пластикой раневого дефекта. Проводили активное местное лечение ран, исходя из фаз раневого процесса, с использованием дозированного растяжения тканей и контролируемого отрицательного давления, физиотерапии. В результате комплексного лечения с участием травматологов, специалистов по раневой инфекции, микробиологов и клинического фармаколога удалось купировать остеомиелит костей таза, добиться очищения обширной гнойно-некротической раны, с последующей пластикой обширного раневого дефекта перемещёнными кожными лоскутами и свободной аутодермопластикой. Общая длительность лечения — 290 сут. На момент выписки больной реабилитирован до уровня вертикализации. Ходит с помощью костылей с ограниченной нагрузкой на правую нижнюю конечность.

Ответы на вопросы. Диагноз сепсиса ставили два раза. Антибактериальную терапию проводили по созданным протоколам, но были трудности в связи с развитием полирезистентной микрофлоры. Проводили полноценную нутритивную поддержку с применением анаболических гормонов.

Прения

И.М.Самохвалов. Следует подчеркнуть множественность осколочных повреждений, трудности оказания помощи в разных медучреждениях, повторное развитие сепсиса. Обширное повреждение мягких тканей требовало иммобилизации аппаратами внешней фиксации, участия пластических хирургов, многопрофильности.

С.Я.Ивануса (председатель). Постулаты помощи больным с тяжёлой травмой известны, но требуется опыт в их использовании.

ДОКЛАД

И.М.Самохвалов, А.Н.Петров, В.И.Бадалов, В.А.Рева, Е.А.Семенов, А.А.Петров (кафедра военно-полевой хирургии ВМедА им. С.М.Кирова). **Современные проблемы профилактики и лечения венозных тромбозных осложнений при тяжёлых ранениях и травмах.**

Частота возникновения тромбозов глубоких вен у раненых и пострадавших с политравмами колеблется от 55 до 90 %, из них у 2–10 % развивается ТЭЛА. До сих пор отсутствует единое мнение по наиболее важным вопросам лечения венозных тромбозных осложнений при травмах и ранениях: 1) какие принципы и алгоритмы должны лежать в основе лечебной тактики при тромбозах вен и ТЭЛА в лечебных учреждениях различного уровня; 2) каков объём профилактики острых тромбозов вен, включая хирургические методы; 3) какие методы диагностики нарушений системы гемостаза применяются в многоэтапном лечении различных повреждений при травмах и ранениях? В основу работы положена необходимость разработки системы мероприятий по совершенствованию методов прогнозирования и профилактики ТЭЛА у тяжёлораненых и пострадавших с политравмой. Реализацию целей и задач исследования осуществляли на основе ретроспективного анализа 1301 истории болезни и собственных наблюдений в процессе лечения 1570 раненых и пострадавших с сочетанными травмами, полученными в военное и мирное время. Острые венозные тромбозные осложнения характеризуются высокой частотой у раненых и пострадавших как в военное (14,6 %), так и в мирное (10,6 %) время. Разработанная и внедрённая шкала прогноза риска развития венозных тромбозных осложнений «ВПХ-ПТ» позволяет оценить степень риска развития острых венозных тромбозных осложнений с точностью 83,4 %. Выделяются три группы пострадавших: с низким (вероятность 5 %), средним (20 %) и высоким (75 %) риском развития острых тромбозов вен. Применение хирургических методов профилактики венозных тромбозных осложнений позволяет снизить летальность при ТЭЛА на 4,2 %. Использование компрессионной терапии у пострадавших с политравмой, в сравнении с другими методами, позволяет снизить выраженность клинических проявлений тромбозов вен у 80 % пострадавших, а также уменьшить частоту тромбозов вен нижних конечностей в сопоставимых по тяжести группах с 11,4 до 2,1 %.

Ответы на вопросы. Травма селезёнки относится к 1-й группе факторов шкалы прогноза. Спленэктомия не сопровождается повышенной агрегацией тромбоцитов. Тромбозис у больных с хирургическими и нехирургическими заболеваниями различается: у хирургических больных на фоне профилактики он отмечается реже.

Прения

И. М. Самохвалов. Современная военно-полевая хирургия характеризуется эвакуацией по воздуху после первоначальных хирургических мероприятий. Это приводит к росту тромбоэмболий и требует расширения профилактических мероприятий. Следует чаще пользоваться УЗИ-контролем состояния венозного русла.

С. Я. Ивануса (председатель). Изложен современный опыт профилактики тромбоэмболий.

ОТЧЕТЫ о работе Правления общества (Д. А. Гранов) и регионального отделения Российского общества хирургов (М. П. Королёв). Оба отчёта единогласно утверждены.

Поступил в редакцию 12.04.2017 г.