

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Председатель правления – А. А. Завражнов, ответственный секретарь – О. Ю. Боско,
референт – А. Н. Галилеева

2589-е заседание 10 апреля 2024 г.

Председатель – профессор Б. В. Сигуа

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А. А. Завражнов, К. В. Павелец, Р. М. Тибилев, А. С. Руссин, В. У. Эфендиев, М. А. Снегирев, И. А. Соловьев (СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Симультанное хирургическое лечение больного с критическим коронарным поражением на фоне осложненного рака ободочной кишки.**

Цель демонстрации – показать возможность симультанных вмешательств и междисциплинарного подхода к выбору стратегий для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и сопутствующими злокачественными новообразованиями.

Распространенность сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных заболеваний растет по мере увеличения доли пожилых людей в общей численности населения в развитых странах. Поэтому врачи могут столкнуться с пациентом с сопутствующим возникновением сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных заболеваний. Этапность лечения пациентов с онкологическими заболеваниями и сопутствующей патологией сердца – предмет дискуссий, на данный момент предпочтение отдается поэтапному лечению в зависимости от клинического приоритета. Однако одновременный подход был бы привлекательным для таких пациентов, поскольку уменьшает объем анестезии, сокращает период реабилитации и устраняет потенциальную возможность периоперационных сердечно-сосудистых событий и, более того, обеспечивает экономическую выгоду. Небольшое количество исследований подтвердили концепцию, согласно которой одновременная операция может безопасно выполняться у ограниченной популяции пациентов. В докладе представлен успешный случай симультанного хирургического лечения больного с острым коронарным синдромом на фоне осложненного рака ободочной кишки.

Больной М., 84 лет, доставлен бригадой СМП с представлением о нестабильной стенокардии, ХСН на уровне 3 ФК (NYHA), постоянной формой ФП. Коронарография: стеноз проксимального отдела ПНА 90 %, стеноз первой ВТК 90 %. В ходе дообследования выявлено ЗНО толстой кишки с формированием кишечной непроходимости. Пациенту выполнено КТ, по данным которого наблюдается картина злокачественного новообразования толстой кишки с прорастанием в правую долю печени. Лимфаденопатия – внутрибрюшная (вторичное поражение). Кишечная непроходимость. По результатам осмотра и обсуждения принято решение о симультанном оперативном вмешательстве по жизненным показаниям в неотложном порядке. Первым этапом выполнялась правосторонняя гемиколэктомия с расширенной лимфаденэктомией, вторым – бимаммарное секвенциальное шунтирование ЛВГА-ПНА, ЛВГА-ПВГА-ВТК1 на работающем сердце. Резекция ушка ЛП. Пациент выписан на 9-е сутки.

Клинический случай показывает возможность симультанных вмешательств и междисциплинарный подход к выбору стратегий для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и сопутствующими злокачественными новообразованиями.

Ответы на вопросы.

Канд. мед. наук М. А. Атюков: Не могли бы нам пояснить алгоритм принятия решений, последовательности выполнения операций? Я услышал из Вашего доклада, что Вы боялись кровотечения, когда выполняли резекцию кишки с лимфодиссекцией и т. д. Насколько кардиохирурги знали, что 100 % справятся OFF-PUMP без искусственного кровообращения? И почему такая последовательность, а не иная? Потому что причиной симультанной операции, насколько я понимаю, был высокий риск развития инфаркта во время вмешательства на кишке, но все равно Вы сначала оперируете кишку, а потом сердце?

– Спасибо за вопрос. Было принято решение по поводу коронарного шунтирования и гемиколэктомии с учетом того, что была обтурационная кишечная непроходимость, и данных за ранее перенесенные инфаркты не было, сохраненный был пациент и сердце, поэтому OFF-PUMP хирургия была более привлекательна. При OFF-PUMP хирургии доза системной гепаринизации ниже – уменьшаем риск кровотечения, поэтому это явилось предпочтением.

Канд. мед. наук М. А. Атюков: Скажите, пожалуйста, как часто в Вашей клинике используются обе маммарные артерии во время коронарного шунтирования из стернотомного доступа? Как выполняется хирургия OFF-PUMP, понятно. Объясните, почему, зная о высоком риске развития инфаркта во время вмешательства на кишке, Вы сначала оперируете кишку, а потом сердце?

– Сложный вопрос.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Докладчик кардиохирург, поэтому ему сложно ответить на этот вопрос. Мы еще вернемся к этому и адресуем данный вопрос соавторам.

Профессор А. В. Хохлов: Вопрос в большей степени онкологический. Там все-таки прозвучала 3 стадия онкологического заболевания или даже T4 с инвазией в печень. Химиотерапии там не было. А хирургическое вмешательство выполнялось в каком объеме? Почему без резекции печени? Если операция выполнялась не в радикальном объеме, то тогда почему не было последующего лечения? У больного острая кишечная непроходимость. 3 дня пациент с непроходимостью находился в стационаре, 4 дня не было стула. Какова была степень компенсации?

– Пациент был компенсирован, так как ему проводилась консервативная терапия.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Докладчик кардиохирург, поэтому ему сложно ответить на эти 2 вопроса. Мы еще вернемся к этому и адресуем данные вопросы соавторам.

Канд. мед. наук А. М. Белоусов: А почему не было выполнено стентирование?

– У пациента была субокклюзия передней нисходящей артерии в проксимальном сегменте, что является эквивалентом ствола. И так как это было в области бифуркации, огибающей и передней нисходящей артерии, был риск, что стент может сместиться.

Содокладчик – профессор А. А. Завражнов: Действительно, сочетанная патология требует симультанного подхода. Это подтверждается с того момента, как появилась общая анестезия. Эйфория, возникающая с юношеским максимализмом, выполнить все максимально – определила выполнение симультанных операций, особенно в плановом порядке. Как говорил мой учитель И. А. Ерюхин: «Я для себя выделил два вида симультанных операций. Это операции симультанно-одномоментные, когда хирургическое вмешательство выполняется двумя бригадами, возможно в двух полостях и симультанно-последовательные операции, когда после одной операции, по ее окончании, выполняется вторая операция. Большой опыт, накопленный за последние 60 лет, показал, что одномоментные вмешательства, особенно со вскрытием двух полостей, сопровождаются большим риском послеоперационных осложнений, нежели одномоментно-последовательные, и это касается плановых операций. Что же касается осложнения, какого-то заболевания, то здесь действительно сложный выбор и критерии не определены. Мы исходили из того, что, прежде всего, этот пациент мог погибнуть от прогрессирующей кишечной непроходимости, или кровотечения, поэтому и вмешательство по поводу ликвидации кишечной непроходимости явилось первым этапом нашего хирургического лечения. В дальнейшем мы понимали, что кровопотеря, операционная травма, активизация в послеоперационном периоде могли при нестабильной стенокардии трансформироваться в острый коронарный синдром с возможным инфарктом. С учетом зоны поражения: передней нисходящей артерии, огибающей артерии – это был бы трансмуральный обширный инфаркт и уже оперировать на его фоне было бы тяжело. Взвесив все риски, и имея опыт таких симультанно-последовательных операций, мы выбрали данную последовательность. Хочу сказать, что это работа не только двух хирургических бригад, но работа и анестезиологов, и перфузиологов, реаниматологов в последующем и онкологов. Когда взвешиваются риски анестезии, выбирают малотравматичные комбинированные методы анестезии с использованием общей анестезии, искусственной вентиляции легких и эпидурального блока – это использование и интубация, и футлярных способов онкологических операций, которые позволяют уменьшить кровопотерю и выполнить онкологические принципы хирургического вмешательства. Конечно же, миниинвазивные вмешательства на коронарных артериях, которые приобретают большую популярность. Мариинская больница накопила уже опыт около двух десятков симультанных операций, которые производятся не только при онкологических заболеваниях и на коронарных сосудах, но и сосудистые операции, например, одномоментно последовательное вмешательство на коронарных и каротидных артериях. Есть опыт при выполнении вмешательств, при опасных кровотечениях из опухолей пищевода и также коронарных артерий. Этот материал, наверное, будет нами обобщен и представлен для обсуждения общественности. Хочу сказать, что современный подход в многопрофильном стационаре с участием многофункциональной полиморфной бригады все-таки позволяет выполнить безопасно эти вмешательства. Итог мы видели. Единственная трудность, к сожалению – экономическая. Это две операции, которые носят высокотехнологичный характер, которые должны оплачиваться по-разному. Как их внести в один тариф, вызывает много вопросов. Тем не менее, мы исходили из интересов пациента, и, может быть, даже не

обращали внимания на стоимость нашего вмешательства, тем не менее, мы не получили осложнений. Был достаточно короткий курс лечения – 9 койко-дней. Считаю удовлетворительным результатом. Конечно, мы вынесли этот случай для вашего обсуждения, чтобы вы или поддержали или покритиковали нашу тактику для дальнейшего нашего совершенствования. Я благодарен Константину Вадимовичу, который помогал выполнять это оперативное вмешательство. Можете ему тоже задавать вопросы.

Прения

Канд. мед. наук М. А. Атюков: Хочу поблагодарить команду с таким замечательным результатом и сказать, что больному повезло. Если бы, не дай Бог, не случилась у него кишечная непроходимость, и он бы попал на плановое кардиохирургическое вмешательство, а еще и в условиях искусственного кровообращения, то точно все закончилось бы плохо с кровотечением из этой опухоли. Что касается симультанных операций. Во 2-й городской больнице есть достаточно большой опыт симультанных вмешательств. Но в первую очередь это, конечно, симультанные операции при работе торакальных хирургов и кардиохирургов. И эта работа имеет несколько серьезных проблем. Первая проблема, с которой мы сталкивались в своей работе, это как раз необходимость искусственного кровообращения, и проблема, связанная с послеоперационными кровотечениями. Поэтому вопрос о том, кто первый выполняет вмешательство, всегда был актуальным; так как системная гепаринизация при искусственном кровообращении не дает возможности выполнять радикальные лимфодиссекции при онкологических заболеваниях. Допустим, при удалении нижней доли левого легкого в принципе невозможно сделать адекватную лимфодиссекцию в области легочной связки, потому что нельзя вывернуть сердце, оно останавливается. Но с развитием технологий, появлением миниинвазивной торакоскопической хирургии и появлением хирургии OFF-PUMP эти проблемы почти ушли. Вторая большая проблема, с которой мы сталкивались при кардиохирургических вмешательствах с искусственным кровообращением – это возникновение гематогенного метастазирования опухолей абсолютно нетипичных локализаций, которые мы не наблюдаем в обычной жизни у онкологических пациентов. Но еще раз говорю, появление OFF-PUMP в хирургии свело тоже эту проблему к нулю. Но, как уже сказал Анатолий Анатольевич, сохраняются еще две большие проблемы: первая – это экономическая, потому что высокотехнологические операции в кардиохирургии, в нашей ситуации торакальные хирурги спорят, кто из них оформит квоту и разрешит ли администрация сделать эту операцию одновременно. И вторая проблема, что эта хирургия возможна только в многопрофильных стационарах, где есть вот такие совместные бригады хирургов. К сожалению, 116 онкологический приказ, думаю, серьезно затормозит развитие вот такой симультанной хирургии. Что касается моих вопросов, которые я задавал по поводу очередности. Выбор, который сделал коллектив – это в принципе разумный выбор и оправдан. Наркоз, как говорят наши анестезиологи, это самое управляемое состояние в жизни человека, когда они могут поддержать определенное давление, определенную перфузию сердца и тогда хирурги могут выполнить свой этап, а кардиохирурги свой.

Профессор В. А. Кашенко: Меня спровоцировало выступление Михаила Александровича, потому что 116 приказ, безусловно, очень жестко регламентирует маршрутизацию и это имеет свои плюсы. Высокопоточная хирургия нам сегодня подарила те достижения онкологии, которые мы можем наблюдать. Но с другой стороны, поскольку у нас сегодня совместное заседание с московскими коллегами, обратите внимание,

что в Москве из 5 центров, включенных в маршрутизацию – 3 являются многопрофильными клиниками. Наши московские партнеры уже пришли к выводу о том, что для того, чтобы в полной мере реализовать возможности онкохирургии, необходим многопрофильный стационар, поэтому возможно, что и в Санкт-Петербурге мы также пойдем этим путем. И, наверное, не стоит противопоставлять онкологические и многопрофильные учреждения. Все должны работать в одной общей команде на благо здоровья наших пациентов.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Начну с такой прелюдии. Не в первый раз сталкиваюсь с такой ситуацией, когда пациент готовится к кардиохирургическому вмешательству и поступает с острой кишечной непроходимостью, и довольно странно, что кардиохирурги не рекомендуют в плановом порядке ФКС. Это один пункт и большое количество проблем можно избежать. Что касается симультанных вмешательств, то первое упоминание о симультанном вмешательстве датируется 1735 г. и приписывается некому А. Claudius, который одновременно выполнил аппендэктомию и устранил грыжу. Само понятие «симультанная операция» появилось в медицинской литературе в 60-е гг. прошлого столетия. И с тех пор вот уже 60 лет ведется дискуссия вокруг трех вопросов: Кому? Когда? И в какой последовательности? В рамках сегодняшней демонстрации я хотел бы остановиться на последнем вопросе. Привлекательнее, наверное, было бы начать с кардиохирургического этапа, что, наверное, иногда очевидно. Но острая кишечная непроходимость, которая явно была, и я бы назвал это субкомпенсированное нарушение кишечного пассажа, потому что непроходимость либо есть, либо ее нет. И субкомпенсированное нарушение кишечного пассажа внесло свою лепту. Что касается объема оперативного вмешательства, конечно, хотелось бы посмотреть гистологию, было ли истинное прорастание в правую долю печени. Скорее всего, это был перифокальный процесс, иначе бы не смогли обойтись только правосторонней гемиколэктомией. Вероятнее всего, так. Нестандартная ситуация, нестандартное и абсолютно правильное решение. Хотел бы поздравить коллектив Марининской больницы с очередной победой.

2. В. Н. Галкин, Б. Б. Орлов, А. В. Юрий (ГКБ им. С. С. Юдина, Центр хирургического лечения грыж). **Мультидисциплинарный подход к лечению пациента с большой послеоперационной вентральной грыжей, страдающего ожирением.**

Цель презентации – демонстрация возможности хирургического лечения как основного метода лечения – выполнена мобилизация кожно-жирового лоскута, герниолапаротомия, адгезиолизис, ретромускулярная пластика Рива Стоппа, абдоминопластика.

Пациентка 55 лет обратилась в герниоцентр больницы им. С. С. Юдина с проблемой большой первичной вентральной грыжи – грыжевые ворота 10 см, размер грыжи 15/20 см, содержимое петли тонкой кишки, индекс массы тела 57. Учитывая высокий ИМТ, предложено этапное лечение, после предоперационной подготовки (низкокалорийная диета) пациентка снизила вес на 10 кг за 2 недели, выполнена продольная резекция желудка. Послеоперационный период протекал гладко. Пациентка наблюдалась через 1, 3, 6 месяцев. Темп снижения веса обычный, 8–10 кг в первые месяцы. Рекомендовано хирургическое лечение после стабилизации веса – через год. Однако начиная с 8 месяца послеоперационного периода пациентка начала жаловаться на боли в области грыжевого мешка, периодическое вздутие живота. По поводу чего обратилась в больницу им. С. С. Юдина. Пациентка снизила вес на 67 кг. После предоперационного обследования выявлена интермиттирующая кишечная непроходимость, петли кишки

в грыжевом мешке дилатированы, отводящие петли спавшиеся, пассаж контраста по тонкой и толстой кишке замедлен, но сохранен до уровня прямой кишки. Принято решение об операции – выполнена мобилизация кожно-жирового лоскута, герниолапаротомия, адгезиолизис, ретромускулярная пластика Рива Стоппа, абдоминопластика. Послеоперационный период гладкий.

Ответы на вопросы.

Профессор В. А. Кашенко: Очень интересная и сложная проблема. Нам психологически очень сложно смириться с тем, что пациент, который приходит с грыжевым дефектом, клинически симптомной грыжей, мы выбираем стратегию, на основании которой мы пациенту второй этап вмешательства откладываем, т. е. пациенту выполняем бариатрическую операцию и он фактически живет с грыжей. Не могли бы Вы прокомментировать все-таки в этой ситуации баланс принятия решений? А если эта грыжа ущемляется, как хирургу, у которого этот пациент был на приеме, смириться с этим серьезным осложнением?

– Я остановлюсь на собственном опыте и на тех пациентах, которых мы имели с осложнениями, которые прооперированы были с высоким индексом массы тела. В послеоперационном периоде у этих пациентов возникают в большом проценте случаев серомы и эти пациенты подвержены бесконечным пункциям, а часто эти пункции сопровождаются инфицированием серомы, что приводит к повторным вмешательствам. Наш опыт подтверждает международные данные, поэтому, тем самым, если мы вдруг оперируем пациента с высокой массой тела и с большой грыжей, мы обрекаем его на длительные страдания. И мой доклад – это попытка найти ту самую золотую жилу, чтобы дать какие-то рекомендации, и как раз на основании Вашей критики мы можем повлиять на это.

Профессор В. А. Кашенко: Если мы выполняем бариатрическое вмешательство, пациент меняет свой индекс массы тела, меняет анатомию абдоминальных компартментов, не происходит ли проблем, связанных с увеличением риска ущемления за счет того, что грыжевой дефект будет уменьшаться, грыжевое кольцо будет уменьшаться, и это может изменить баланс ущемления, или неущемления в сторону более высокого риска ущемления?

– Что касается пациентов, перенесших бариатрическую операцию уже с грыжами, у части этих пациентов действительно уменьшаются грыжевые ворота, меняется анатомия, и вы видите здесь плюсы и минусы. Плюсы я продемонстрировал. Если изначально этих пациентов оперировать и делать им заднюю сепарационную пластику, это будет однозначно либо двусторонняя TAR-пластика, либо использование bridge пластики. При достижении пациентом стабилизации веса, а это происходит на протяжении около года послеоперационного периода, мы все-таки можем уменьшить объем хирургического вмешательства, используя индекс Карбонелла, используя КТ-навигацию и планирование операции. И мы, конечно же, получили нескольких пациентов из того большого количества пациентов с грыжами и бариатрическими операциями, прошедших через наши руки, когда они не дождалась повторного вмешательства и у них действительно возникла кишечная непроходимость в грыжевом мешке, и эти пациенты в контрольной группе. Они находились на контроле у лечащего врача и у заведующего отделением. С ними была обратная связь и при появлении жалоб на боли, при появлении жалоб на неврастимость в грыжевом мешке, пациенты обращались в клинику повторно. Обследовались, и часть из них оперировалась на протяжении 8–9 месяцев после бариатрического вмешательства. И мы действительно видели как раз при самой неблагоприятной грыже – это грыжа неврастимая, когда кишка фиксирована в грыжевом мешке и это, конечно, является пре-

диктором того, что эта категория пациентов, возможно, будет оперироваться ранее до стабилизации снижения веса.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): В каких случаях вы отдаете предпочтение резекциям, а в каких случаях – шунтирующим операциям? У вас есть какая-то дифференциальная градация?

– Пациенты с сахарным диабетом и с высоким индексом массы тела: этим пациентам применима тактика шунтирующих операций, а также в эту группу попадают пациенты с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, страдающие изжогами. Пациентам с невысоким индексом массы тела до 40 выполняется рукавная (слив) резекция.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Почему же тогда в этом клиническом случае при индексе массы тела 57 вы отдали предпочтение продольной резекции, а не шунтированию?

– Не озвучил еще один критерий отбора хирургических вмешательств – это комплаентность пациента. Данный кейс, представленный вашему вниманию, отражает ориентированность пациента и пациентка категорически отказалась от шунтирующего вмешательства, поэтому была выполнена продольная резекция.

Прения

Профессор Д. И. Василевский: Это, наверное, не совсем демонстрация, а скорее такой доклад по проблеме. Действительно, занимаясь и той и другой проблемой – лечением ожирения и лечением сопутствующих хирургических заболеваний у пациентов с избыточной массой тела, могу констатировать, что эта проблема действительно далека от решения. Пластики передней брюшной стенки у пациентов с избыточной массой тела, как известно, действительно несут высокий риск осложнений. Но вот в сообществе специалистов, которые занимаются прицельно бариатрической хирургией, в целом, конечно, стараются не совмещать эти вмешательства, особенно при таких огромных вентральных грыжах, как было показано. Поэтому я целиком поддерживаю изложенную тактику и хирургическую технику, в том числе и TAR. Да, наверное, за таким подходом будущее. Солидарен с предложенным.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Говорят, что правильно поставленная задача – это половина успеха. Как мне представляется, если бы переформулировать название этого доклада в «Мультидисциплинарный подход лечения пациента с ожирением, страдающего грыжей», то все бы стало на свои места, потому что проблема этой пациентки – не в наличии грыжи, а в наличии сверхожирения. У нее индекс массы тела 57. Почему я и спросил про виды операции, потому что опыт бариатрических хирургов говорит о том, что у пациентов со сверхожирением, когда индекс массы тела более 45, надо отдавать предпочтение шунтирующим операциям. Что касается хирургических аспектов лечения вентральной грыжи, я думаю, что они более чем актуально были решены в этом клиническом случае. И вообще отрадно, что в нашей стране есть центры, которые лечат и то и другое. Пациентке, безусловно, повезло.

ДОКЛАДЫ

З. Н. Джемилева, Л. П. Доронина, Г. Р. Галстян (ГНЦ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России). Метод флуоресцентной ангиографии в диагностике ишемии нижних конечностей у пациентов с сахарным диабетом: теория и практика.

Цель доклада – показать перспективы для дальнейших исследований и возможного внедрения метода в специализированные центры для диагностики ИУПК, определения показаний к реваскуляризации нижних конечностей и прогноза заживления ран нижних конечностей.

Сахарный диабет (СД) – хроническое заболевание, связанное с нарушением углеводного обмена, ассоциированное с высоким риском развития диабетических осложнений, инвалидизацией и ранней смертностью. СД является фактором риска развития заболевания артерий нижних конечностей (ЗАНК). Точная и своевременная диагностика ЗАНК с верификацией терминальной стадии хронической артериальной недостаточности – ишемии, угрожающей потерей конечности (ИУПК), определяет тактику лечения пациента, прогноз жизни и сохранения конечности. Для верификации тяжести ИУПК используются неинвазивные методы диагностики, однако у пациентов с СД их применение может быть ограничено, а интерпретация результатов исследования затруднительна ввиду особенностей атеросклеротического поражения артерий нижних конечностей у пациентов с СД, а также специфического проявления ишемического поражения.

Перспективным направлением в решении проблем диагностики ИУПК считается метод флуоресцентной ангиографии в ближнем инфракрасном диапазоне (ФА в БИД) с использованием флуорофора индоцианина зеленого (ИЦЗ). В зарубежной практике имеется опыт применения метода ФА в БИД с целью диагностики ЗАНК, ИУПК, определения прогноза заживления ран нижних конечностей у пациентов с ЗАНК и СД. Однако исследования отличаются по выборке пациентов, анализируемым параметрам ФА и др. Сохраняются вопросы в отношении протокола и условий проведения ФА в БИД, определения и расчета пороговых значений ФА в БИД для оценки прогноза заживления раневых дефектов у лиц с СД и ЗАНК.

На основе анализа зарубежной литературы проведено исследование в отделении «Диабетическая стопа» ГНЦ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России с использованием метода ФА в БИД у пациентов с СД и ЗАНК. Разработан протокол проведения исследования, определены параметры для количественного анализа перфузии нижней конечности, а также их средние значения для диагностики ИУПК и ее разрешения после эндоваскулярного лечения нижней конечности. Полученные данные определяют некоторые перспективы для дальнейших исследований и возможного внедрения метода в специализированные центры для диагностики ИУПК, определения показаний к реваскуляризации нижней конечности и прогноза заживления ран нижних конечностей.

Ответы на вопросы.

Профессор А. О. Аветисян: Спасибо за интересный доклад. Скажите, пожалуйста, флуоресцентная ангиография в практическом плане что дает? Вот в зависимости от результатов этого исследования что-то меняется в лечебном плане сегодня или это вопрос будущего?

– Самый большой опыт, наверное, работы с данным методом в отношении диабетической стопы в нашем отделении. Есть ситуация, когда доктора действительно не могут принять какого-то решения: т. е. они могут сделать и транскутанную оксиметрию, и клинически посмотреть; и не понять, то ли идти на реваскуляризацию, то ли еще что-то. Тогда мы включаем данный метод и уже суммарно с основными методами составляем общее мнение и принимаем решение. Мы идем на реваскуляризацию или нет, мы ждем, может быть, все-таки рана...

Профессор А. О. Аветисян: И все-таки результат этого одного метода Вам что-то дает?

– В целом да. Но я могу сказать, что мы все равно оцениваем все результаты в совокупности. Особенно когда клинически сложные ситуации и нам нужно еще на что-то опираться, тогда мы используем данный метод.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Какое принципиальное отличие с КТ-ангиографией и с 3Д-перфузией и чем они принципиально отличаются?

– Но я думаю, что КТ и диагностика с 3Д-перфузией как минимум требует введения вещества, которое может влиять на функцию почек, а у наших пациентов она и так скомпрометирована. А во-вторых, флюоресцентная ангиография в принципе позволяет нам оценить перфузию здесь и сейчас в течение 50 мин.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): А экономическая составляющая? Какое соотношение экономической выгоды или, наоборот, невыгоды?

– В отношении КТ и 3Д-перфузии, честно говоря, сложно сказать.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Себестоимость одного исследования?

– На данном этапе просто зарегистрирован отечественный препарат, одна ампула стоит около 30 000 рублей. Это не дешево. Исследование у нас проводилось в рамках научных исследований, на которые у нас было финансирование, и мы могли это закупить и провести. Возможно, в будущем препарат станет дешевле.

Профессор А. А. Завражнов: На самом деле спасибо за доклад, потому что он выходит за рамки простого лечения диабетической стопы. И мы уже говорим, что сейчас волнует хирургов современности – это контроль лечения раневого процесса. Применяются различные методы, и мы услышали еще об одном методе, и не проводилось ли сравнение этого метода флюоресцентной ангиографии с известными традиционными методами: ретранскutánного напряжения кислорода?

– Мы не проводили сравнение.

Профессор А. А. Завражнов: Компьютерной морфометрии раны с использованием метода искусственного интеллекта, чтобы сравнивать с уже известными фазами раневого процесса?

– Это нестандартный метод и он не включен в стандартные методы диагностики, и возможно, он не во всех местах доступен. Транскutánную оксиметрию, естественно, мы проводили. У всей группы пациентов мы оценивали лодыжечно-плечевой индекс до и после операции на обеих артериях голени и, естественно, проводилась транскutánная оксиметрия. У нее есть свои ограничения. Это точно на определенную зону ставится датчик и оценивается состояние перфузии. И при наличии отека стопы или при наличии какого-либо инфекционного процесса могут быть ложные показатели транскutánного напряжения. Например, в 4 случаях метод не показал, что там присутствовала транскutánная ишемия, хотя она была.

Профессор А. А. Завражнов: Эти методы дополняют друг друга, т. е. их нельзя сравнивать?

– К сожалению, у всех пациентов с сахарным диабетом ни один заявленный метод не определен как золотой стандарт. Все они друг друга дополняют.

Профессор А. А. Завражнов: Еще важный вопрос. Нет ли у вас данных использования этого метода при диагностике глубины процессов некроза по типу стопы Шарко, когда некроз начинается, мы не видим еще на коже, но он уже начинается с костной деструкции. Вот этот метод помогает выявить очаги деструкции и нарушение кровоснабжения глубоких отделов стопы без кожных проявлений?

– В патогенезе стопы Шарко в меньшей степени есть поражение магистрального кровотока, т. е. происходит костная деструкция, но она не является ни остеомиелитом, ни каким-то иным процессом. Это не маркер нарушения магистрального кровотока. Есть разные версии патогенеза, но ведущая версия заключается в том, что есть некоторое нарушение нервной регуляции остеокластов и остеобластов при повышенном давлении на определенную конечность, при наличии каких-то факторов происходит костная деструкция. Клинически

мы видим так, что происходит какой-то односторонний отек стопы. Мы видим повышение локальной температуры, а пациенты могут не иметь никакой болевой синдром. Здесь не требуется какая-либо реваскуляризация. Здесь применяется немножко иная тактика лечения. Я думаю, что этот метод не будет иметь место в диагностике данной формы.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Я хотел бы от лица Пироговского общества поблагодарить Вас за то, что Вы лично приехали к нам из другого города и лично выступили. Спасибо большое.

Прения

Профессор В. А. Кашенко: Очень интересный доклад. Мне представляется, что сегодня мы прослушали чрезвычайно важную информацию, которую я хотел бы подчеркнуть. Речь идет о первом клиническом применении первого отечественного прибора на первом отечественном медикаменте ИЦЗ количественной оценки ИЦЗ перфузии. Мы много с вами говорим о том, что сегодня инновационная хирургия предоставляет нам дополнительную информацию для принятия интраоперационных решений, но то, с чем работали хирурги – это качественная оценка. Мы оценивали интенсивность свечения субъективно, и мы говорили, что вот здесь перфузия хорошая, здесь мы сместим линию резекции (речь идет о кишке, о желудке, о диабетической стопе, о любом другом органе). Это универсальный механизм навигационной хирургии, оценки принятия интраоперационного решения. То, что мы сегодня прослушали и можем увидеть, то, что отошло на вторые роли на самом деле, это фантастический результат, который показывает механизм количественной оценки флюоресценции. Таким образом, данное сообщение вооружает нас возможностями сегодня получать в цифровом формате цифру состояния перфузии при любых интраоперационных решениях, при любой интраоперационной хирургии. Для меня как абдоминального хирурга это имеет очень большое значение при операциях в колоректальной хирургии, в хирургии желудка, там, где нам необходимо оценить риски будущей несостоятельности, спрогнозировать уровень резекции. Мне представляется, что эти отечественные технологии дают нам уникальную возможность для того, чтобы продвинуться вперед. Спланировать межцентровые исследования и выйти на те реальные клинические рекомендации, которые позволят нам более обоснованно принимать интраоперационные решения. Спасибо.

Профессор А. А. Завражнов: Спасибо за доклад и демонстрацию нового метода, позволяющего контролировать течение раневого процесса и открывать перспективы в выборе времени и показаний к закрытию раневых дефектов. Я так понимаю, на это прежде всего направлено использование метода, когда мы сможем накладывать или вторично ранний или поздний шов, или пластические операции, когда раневая поверхность готова к восприятию лоскута на сосудистой ножке или свободного кожного трансплантата по методу Красовитова, тут уже вопрос предпочтения хирурга и опорности последующей конечности. Кажется, что мы увидели изменения парадигмы и подходов в лечении диабетической стопы. Помнится, на заре любого молодого хирурга, который работал в отделении раневой инфекции или просто в отделении гнойной хирургии, диабетическая стопа заканчивалась ампутацией ее и ноги, напоминала собой колбасную палку. Начинали с ампутации пальцев, а потом стопа, потом ниже колена, выше колена. Конечность резали как колбасу и не только изматывали себя, но и пациента, который после ампутации в 50 случаях становился асоциальной личностью. Привыкал к обезболивающим препаратам, но и речь не об этом. Видите современный подход в многопрофильной клинике с прерогативой, прежде всего, ранней реваскуляриза-

ции, и мы уже говорим о преимуществах реваскуляризации, а потом своевременного закрытия по методике лечения раневого процесса, что позволяет добиться феноменальных результатов. К сожалению, центров сохранения конечности или спасения конечности очень мало. Даже в условиях Санкт-Петербурга это 14 и 4 больницы. Такие маленькие крупницы, которые позволяют нам, например, имея центр эндокринологии (я был там: прекрасный – 8 операционных, интегрированный один из первых в стране, благодаря академику И. И. Дедову). Он тогда возглавлял медицинское отделение академии наук и сумел пробить такие креативные решения. Они позволяют в каждом многопрофильном стационаре реализовать такие центры. Если есть эндокринологическое отделение, хирургическое, эндоваскулярное, можно открыть отделение по спасению конечности. Вот хорошие примеры того, как нужно перестраивать, менять парадигму отношения к этим больным. Более того, обратное же, экономическая составляющая – тарифы на лечение таких пациентов повысились не только в Москве, но и в Санкт-Петербурге. Спасибо.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Последние два десятилетия в медицине, наверное, прошли под лозунгами объективизации и визуализации. Мы заслушали прекрасный доклад сегодня, и у нас появился еще один инструмент дополнительной визуализации. Чем больше таких инструментов будет, особенно при лечении и диагностике – тем лучше.

Поступил 19.05.2024 г.

2590-е заседание 24 апреля 2024 г.

Председатель – профессор Демко Андрей Евгеньевич

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. Н. В. Алешина, Н. А. Белинская, Д. В. Бородина, С. И. Ким, Д. Б. Ларина, О. А. Нагорная (СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»). *Эндоскопическое отделение – докладчик А. А. Паратовская, зав. отделением д. м. н. М. Ю. Агапов. Отделение торакальной хирургии – А. В. Нохрин. G-роет как возможный метод лечения при нарушениях эвакуации из желудка после операции Льюиса.*

Цель демонстрации – показать эффективность эндоскопической пероральной миотомии привратника при нарушениях эвакуации из желудка у больных после операции Льюиса.

Пациентка К., 69 лет, обратилась в онкологический диспансер для контрольного обследования. На момент осмотра предъявляет жалобы на ежедневную изжогу, отрыжку непереваренной пищей в ночное время, дискомфорт в эпигастрии. Периодически принимала антирефлюксную терапию – без существенного эффекта.

Из анамнеза известно, что в 2012 г. перенесла резекцию пищевода (операцию Льюиса) по поводу аденокарциномы пищевода T1N0M0 на фоне метаплазии Барретта. Послеоперационный период протекал без осложнений. Данных за прогрессирование заболевания в ходе динамического наблюдения до настоящего момента не выявлено. Последняя видеоэзофагогастродуоденоскопия была выполнена в 2017 г.: выявлен безоар желудочного стебля – лечилась консервативно с положительным эффектом.

Пациентке была выполнена видеоэзофагогастродуоденоскопия, на которой определяется большое количество непереваренной пищи в желудочном стебле (нарушение эвакуации из желудка), сомкнутый привратник с усилием проходим для стандартного гастроскопа диаметром 9 мм (признаки пилороспазма). При рентгеноскопии пищевода, желудка и ДПК с двойным контрастированием определяются частые сокращения привратника с минимальным выбросом бария, признаки

пилороспазма. При контроле через 30 мин – барий в желудочном стебле на прежнем уровне.

Пациентка госпитализирована в стационар онкологического диспансера для выполнения желудочной пероральной эндоскопической миотомии (G-РОЕМ). Послеоперационный период – гладкий, без осложнений. На вторые сутки пациентка отмечала улучшение состояния, ранее описанные симптомы не беспокоили. Выполнена рентгеноскопия пищевода, желудка и ДПК – контрастное вещество поэтапно эвакуируется из желудочного стебля в тонкую кишку. Больная выписана из стационара на 5-е сутки. На сегодняшний день жалоб со стороны ЖКТ не предъявляет, ранее описанные симптомы не беспокоят. Проходит лечение сопутствующей патологии.

Ответы на вопросы.

Профессор Н. А. Бубнова: Спасибо за интересное сообщение. Скажите, пожалуйста, кто первый применил G-РОЕМ, где и в какой стране?

– Пероральную миотомию, именно привратника, более 10 лет назад первый раз применили в Японии, однако данная методика чаще всего применяется при ахалазии кардии. РОЕМ переводится как пероральная эндоскопическая миотомия, а G – желудок (в данном случае привратник). Такую аббревиатуру мы используем внутри нашего отделения.

Канд. мед. наук М. А. Атюков: Какая стадия рака пищевода была на момент выполнения операции Льюиса?

– Во-первых, пациентка была прооперирована по поводу аденокарциномы дистального отдела пищевода и в гистологическом препарате стоит стадия T1BN0M0, и я не могу объяснить, почему ее в 2012 г. не прооперировали эндоскопически. Сейчас такие больные все больше рассматриваются на эндоскопическую диссекцию в подслизистом слое для удаления данных образований.

Канд. мед. наук М. А. Атюков: Какую операцию по поводу гастроэзофагеальной рефлюксной болезни пациентка переносила перед этим?

– Ей была выполнена фундопликация по Ниссену, а я знаю, что при данной операции также выполняются манипуляции с блуждающим нервом, что часто приводит к пилороспазму.

Канд. мед. наук М. А. Атюков: Повлияла ли выполненная ранее операция по поводу гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на выбор тактики хирургического лечения?

– Не повлияла, тем не менее, в последнее время предпочтение отдают эндоскопическому методу коррекции такого осложнения.

Канд. мед. наук М. А. Атюков: И самый главный вопрос – выполнялась ли интраоперационная профилактика пилороспазма?

– Что касается интраоперационной профилактики, операция выполнялась в 2012 г. и хирург, который оперировал, отмечает, что ей было выполнено бужирование привратника без пилоропластики.

Канд. мед. наук М. А. Атюков: Чем Вы можете объяснить, что десять лет не было пилороспазма, и вдруг он появился?

– Не можем объяснить, что дало начало спустя 10 лет такому стойкому пилороспазму, поэтому для нас это тоже остается загадкой.

Профессор К. В. Павелец: Пластика была целым желудком или желудочным стеблем?

Отвечает оперирующий хирург канд. мед. наук А. В. Нохрин: Спасибо за вопрос. Выполнялась резекция проксимального отдела желудка; т. е. типа Льюиса, если можно так назвать, что видно на представленных рентгеновских снимках.

Профессор К. В. Павелец: Как выполнялось бужирование во время операции?

– Выполнялась пальцевая дигитоклазия, предложенная Борисом Ивановичем Мирошниковым и описанная в его книге. В своей практике мы используем различные методики профилактики пилороспазма: пилоропластики по Веберу и Гейнеке – Микуличу и дигидоклазию по Мирошникову. При этом большой разницы мы не отметили. На это обращает внимание и Михаил Иванович Давыдов в своей монографии по раку пищевода. Однако мне трудно объяснить такие стойкие нарушения, о которых рассказала пациентка. Больные после наших операций начали выживать, и мы начали сталкиваться с функциональными нарушениями отдаленного периода. Это очень важно, мне кажется, в данной демонстрации.

Прения

Профессор К. В. Павелец: Хотел сразу сказать о том, что пилороклазию предложил не Борис Иванович Мирошников, а она была предложена в 70-е гг. во Франции, но Борис Иванович ее использовал и получил прекрасные результаты. Это мы в последние годы и применяем. Уже сделано более 500 резекций пищевода при раке, кардиоспазме и химических ожогах. Ни в одном случае мы не наблюдали гастростазы, который описан как в нашей, так и в зарубежной литературе. Вы совершенно верно сказали, что до 40 %, но в среднем это где-то 25–27 %. Различают ранний и поздний пилороспазм. Вы как раз столкнулись с поздним пилороспазмом, и я хочу сказать, что блестяще вышли из этой ситуации, применив РОЕМ. Как он применяется при ахалазии, вы его применили при гастростазе. Прекрасный результат и прекрасный отдаленный результат рака пищевода. Пусть это будет T1, пусть это будет 12 лет, великолепный результат и большая будет дальше жить и благодарить Вас за то, что вы ей сделали.

Профессор А. Е. Демко (председатель): Давайте поблагодарим докладчиков с прекрасным результатом. Хочу сказать спасибо, так как у нас все чаще и чаще стали появляться демонстрации и доклады не только из стационаров общехирургических, но и онкологические стационары представляют доклады высокого уровня, демонстрирующие хорошие результаты лечения. Действительно, мининвазивное лечение таких пациентов и лечение их осложнений – это очень хороший результат. Поздравляю авторов, что вышли достойно из такой непростой ситуации. Это, наиболее частое осложнение, купированное мининвазивным методом. Спасибо.

2. Д. И. Василевский, С. Г. Баландов, К. А. Анисимова, З. М. Хамид, Е. Т. Берулава (кафедра хирургических болезней стоматологического факультета им. проф. А. М. Ганичкина ПСПбГМУ им. И. П. Павлова). **Результат хирургического лечения ожирения и сахарного диабета 2 типа.**

Цель презентации – показать высокую эффективность бариатрической/метаболической хирургии в лечении сахарного диабета 2 типа, ассоциированного с избыточной массой тела.

За последние 10 лет количество больных сахарным диабетом 2 типа в мире выросло более чем в два раза. Пропорционально увеличивается и распространенность системных сосудистых осложнений данного заболевания – нефропатии, ретинопатии, поражений магистральных сосудов сердца, головного мозга и нижних конечностей. Именно эти состояния являются основной причиной инвалидизации и смертности больных сахарным диабетом 2 типа.

Хирургические методы (бариатрическая хирургия) занимают лидирующее положение в лечении морбидного ожирения и приобретают особую роль в коррекции ассоциированного с избыточной массой тела сахарного диабета 2 типа в связи с наибольшей метаболической эффективностью.

Пациентка С., 52 лет, жительница г. Тольятти. Страдала ожирением II степени (ИМТ=34,5 кг/м²): рост 158 см, вес 86 кг.

Сахарный диабет 2 типа в течение 20 лет, инсулинозависимый (инсулин Лантус 10 ед., Актрапид 4–6 ед. – 3 раза в день ежедневно). Глюкоза натощак 15 ммоль/л., HbA1c, 13,0 %.

Артериальная гипертензия (АД 140/90 на фоне постоянного приема антигипертензивных препаратов), дислипидемия: холестерин 7,0 ммоль/л, триглицериды 3,5 ммоль/л, ЛПВП 1,0 ммоль/л, ЛПНП 4,0 ммоль/л.

С целью лечения сахарного диабета 2 типа 21.04.2020 г. пациентке выполнено лапароскопическое гастрощунтирование в варианте Roux-en-Y. Послеоперационный период – без осложнений.

Через 6 месяцев после операции – отсутствия потребности в инсулине. На фоне приема сахароснижающего препарата Форсига 10 мг глюкоза натощак 5,9 ммоль/л., HbA1c, 5,2 %. Через год после операции ИМТ 24,8 кг/м², глюкоза натощак на фоне приема того же препарата 5,2 ммоль/л., HbA1c, 4,5 %.

Через 4 года после операции холестерин 4,5 ммоль/л, триглицериды 0,8 ммоль/л, ЛПВП 1,3 ммоль/л, ЛПНП 3,3 ммоль/л. Глюкоза крови натощак на фоне приема Форсига 10 мг – 4,5 ммоль/л., HbA1c, 4,5 %.

Ответы на вопросы.

Профессор А. О. Аветисян: Спасибо за интересную демонстрацию. В докладе вы говорили, что через 5 лет достоверной разницы нет в группах. Но они не сравнимы в плане послеоперационных осложнений, в частности, мы больше про серьезные осложнения знаем, что они возникают при шунтирующих операциях. А почему вы выполняли шунтирующую операцию, если можно было выполнить продольную резекцию и получить меньше осложнений и лучший послеоперационный результат?

– Действительно, я не просто так сказал о том, что через 5 лет эти результаты практически идентичны. Есть очень известный американский хирург чешского происхождения Бухвальд, который провел многоцентровое исследование в Америке на 20000 пациентах из 135 центров. Оно показало, что метаболические эффекты от этих операций через 5 лет практически идентичны, соизмеримы. Что касается осложнений, вы абсолютно правы. В нашем центре мы сдержанно относимся к операции гастрощунтирования ввиду значительного числа осложнений, а точнее, побочных эффектов. Надо тщательно следить в первую очередь за альбумином. У женщин, особенно предклимактерического и климактерического возраста, необходимо контролировать кальциево-фосфорный обмен, чтобы не случались остеопорозы и переломы костей. Бич курильщиков – хронические язвы. Кроме этого, отмечается значительное число осложнений со стороны гастроэнтероанастомозов (16 %, а по некоторым данным – 20–25 %) в виде стенозов, стриктур, кровотечений и малигнизаций. Однако все это зависит от комплаентности пациента и его приверженности тем рекомендациям, которые дает доктор. Если он приходит и вовремя все корректируется, если принимает препараты, витамины, нутритивную поддержку, то мы не видим больших, честно говоря, проблем после таких операций. Технические погрешности тоже, безусловно, существуют. Сейчас все бариатрическое сообщество склоняется в сторону не аппаратных, а ручных швов. Потому что скрепочный шов с ишемией тоже приводит к осложнениям со стороны анастомоза, в том числе к развитию стриктур и язв. Очень много хирургов переходит на ручной шов гастроэнтероанастомоза, и мы в их числе. У представленной пациентки выполнен ручной анастомоз. Но в целом я с вами согласен, продольная резекция намного лучше – и даже по статистике. В 2018 г. в ведущих странах, в которых выполнялось много бариатрических вмешательств, продольная резекция желудка составляла приблизительно 5–10 % среди общего спектра, а гастрощунтирование применялось в 47–75 %, а в Израиле – 95 %, т. е. Израиль вообще пропаган-

дирует гастрощунтирование. Ранее в 2018 г. все наоборот, продольная резекция использовалась в 47 %–75 % во всем мире, а гастрощунтирование – 12–52 %. В Российской Федерации сейчас в 20–21 % случаев в год выполняется гастрощунтирование. Это как раз из-за того, о чем вы говорите.

Профессор В. Г. Пищик: Скажите, пожалуйста, насколько я понимаю, сейчас потерять 20 кг – это не очень большая проблема, неужели ради того, чтобы больная похудела на 20 кг, нужно было выполнить здоровому человеку операцию на желудке? Вам не кажется, что препараты типа Аземпика лишат вас работы?

– Никакой Аземпик, по большому счету, работы, нас не лишит по той простой причине, что при индексе массы тела 35 и выше, а у человека был индекс 38,2, жировая клетка становится самостоятельной эндокринной железой, и вопрос не в том, сколько человек теряет в весе и насколько он прибавляет, а какой индекс массы тела. При индексе 35 и выше жировая клетка начинает выделять до 200 биологически активных субстанций, которые не позволяют человеку похудеть и удержать вес. Похудеть может любой, но удержать вес не может. В данной ситуации, если человек получает 16 единиц длинного инсулина и 4 единицы актропида 3 раза в день – два препарата и при этом сахара остаются на уровне 15–17 ммоль/л, то сложно назвать его здоровым человеком. Но результат налицо, это национальные клинические рекомендации, которые мы строго в нашем центре исполняем. Аземпик уменьшает избыточный вес на 10–15 %, если у человека индекс массы тела 31–32, 10–15 % избыточной массы тела вполне достаточно. Эндокринологи им так и лечат. Если у человека масса тела 170–180 кг, на Аземпике он снизится на 17–20 кг и станет 150 кг – здоровым от этого он не станет. Это во-первых, а во-вторых, как только Аземпик исключается из терапии, к сожалению, происходит возврат, но беда заключается в том, что возврат происходит не до тех цифр, а с запасом и возникает супер-ожирение. Те люди, у которых индекс массы тела 50 и выше – это люди, которые неоднократно проходили консервативное лечение, снизили на 20–30 кг, удержать не смогли и набрали 40 кг. Через год еще одна попытка и т. д., и так получается 150–160–200 кг. К сожалению, это вот такая жизнь.

Профессор Н. А. Бубнова: Учítывая, что эти больные с сахарным диабетом, какие встречались гнойно-септические осложнения у ваших оперированных больных? Или их нет?

– Спасибо большое за вопрос. Осложнения после любого хирургического вмешательства, естественно, бывают, в том числе и инфекционные. К счастью, в центре мы пропагандируем мультидисциплинарный подход и у нас занимаются каждым пациентом 10–15 специалистов смежных специальностей. На моей памяти гнойно-септических осложнений не было.

Канд. мед. наук М. А. Атюков: Спасибо Вам за интересное сообщение. Входят ли в предоперационное обследование у ваших пациентов, которых вы уже отобрали на хирургическое вмешательство, такие методы исследования, как компьютерная томография надпочечников для исключения гормонально активных опухолей, или же КТ-ангиография, УЗИ, или ангиография почечных артерий для исключения стенозов, если да, то как вы поступаете в такой ситуации?

– Безусловно, мы тщательно обследуем пациентов и те 5 % так называемых гормонозависимых видов ожирения, которые не требуют бариатрического вмешательства – это первая задача, что их нужно исключить: КТ не только брюшной полости, но и груди, обязательно надо смотреть гипофиз, и это все мы обязательно делаем, сомнологи смотрят, а также выполняем суточную РН-метрию и манометрию пищевода. Обследование у нас на таком уровне происходит, что на сегодняшний момент даже из Москвы к нам стали

приезжать оперироваться, именно из-за качества обследования. Если мы видим при ультразвуковом исследовании в почечных сосудах какие-то изменения, дабы исключить патологию, можем отправить их на ангиографию, сцинтиграфию; на аортокоронарное шунтирование и т. д.

Профессор Ю. В. Пелипасъ: Спасибо большое за доклад. У меня вопрос по шунтирующим операциям. Желудок, который остается, который вне пассажа пищи, какова частота образования в нем рака желудка? Говорят, что при этом крайне низкая частота, но туда ведь и доступа нет при эндоскопии. Почему рак в этой части желудка не образуется?

– О частоте аденокарциномы или GIST в остающейся культе желудка точные цифры никто не знает и, на мой взгляд, это одна из самых больших проблем в этой хирургии. Именно поэтому московские хирурги начали делать некоторые сложные модификации операций, позволяющие осмотреть культу эндоскопически. Но точных данных вам сказать никто не сможет и, соответственно, ответить на вопрос, почему там не образуется, я думаю, тоже не представляется возможным. Но это, действительно, такое слабое звено этой операции и в том числе не только из-за онкологической возможной предрасположенности, но и связано с тем, что гастринпродуцирующие зоны сохраняются. Для нас это самое важное. При продольной резекции желудка гастринпродуцирующие зоны удаляются и пациент на 2–3-и сутки после операции очень часто задает вопрос: «Доктор, что вы сделали, я не хочу есть». А раньше он тапиками ел оливье. При гастрощунтировании, к сожалению, этого нет – аппетит сохраняется. Это отрицательная сторона, на мой взгляд, этой операции.

Профессор А. Е. Демко (председатель): Существует ли регистр этих операций и осложнений?

– Обязательно.

Профессор А. Е. Демко (председатель): Если есть регистр, то я хотел бы спросить: куда попадают больные с осложнениями? Больные с кровотечениями после гастрощунтирования неоднократно попадали к нам в скорпомощной стационар, а несостоятельности швов после продольных резекций мы видели почти в каждом стационаре, потому что нас приглашают на консультацию таких пациентов. Почему они возвращаются не по месту операции?

– Бариатрический регистр, который под руководством профессора Б. Б. Хадиева создан в Ставрополе, не все его заполняют, к сожалению.

Профессор А. Е. Демко (председатель): Я сам лично дважды оперировал кровотечения – кровоточащие язвы после шунтирующих операций – и неоднократно принимал участие в консилиумах по поводу свищей при продольных резекциях. Почему пациенты не всегда обращаются к бариатрическим хирургам, которые их изначально оперировали – они не хотят возвращаться, или их не информируют?

– Мне сложно об этом сказать. Я могу ответить только за наш центр. Все наши пациенты под наблюдением и, если возникает какая-то проблема, они приезжают, конечно, к нам.

Прения

Профессор А. Е. Демко (председатель): Спасибо за интересное сообщение. Следует отметить, что такие оперативные вмешательства надо выполнять мультидисциплинарными командами, которые включают и эндокринологов, и терапевтов, и хирургов. Потому что, к сожалению, эти операции сопровождаются осложнениями и трудным ведением послеоперационного периода. Но все-таки стали появляться центры, которые считают, что это легко и, к сожалению, тогда и появляются такие осложнения. Спасибо.

3. А. Ю. Корольков, А. О. Танцев, Д. Н. Попов (кафедра хирургии госпитальной № 2 с клиникой им. акад. Ф. Г. Углова, НИИ хирургии и неотложной медицины, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова). **Алгоритм применения гибридного гемостаза в лечении хронических дуоденальных язв, осложненных кровотечением.**

Цель доклада – показать эффективность лечебного алгоритма с применением методики гибридного гемостаза в лечении хронических дуоденальных язв, осложненных кровотечением.

За последние 20 лет лечебная тактика при язвенных кровотечениях изменилась коренным образом. Это обусловлено прежде всего внедрением в практику эндоскопических методов остановки кровотечения и появлением новых антисекреторных препаратов. В то же время во всем мире отмечено увеличение частоты осложнений язвенной болезни, что обусловлено растущим приемом НПВС, антикоагулянтных препаратов, антиагрегантной терапии и их комбинации по поводу различных коморбидных состояний, что приводит к увеличению эрозивно-язвенных поражений ЖКТ. Летальность при данной патологии достигает 16 %, несмотря на успехи консервативного лечения и снижение хирургической активности. В докладе отражены результаты многоцентрового ретроспективного анализа лечения пациентов с хроническими дуоденальными язвами, осложненных кровотечением. Определена степень влияния известных факторов риска на вероятность рецидива кровотечения и представлен лечебный алгоритм, основанный на стратификации пациентов на группы низкого, среднего и высокого риска рецидива кровотечения с применением методик гибридного гемостаза (комбинированный эндоскопический гемостаз и транскатетерная ангиоэмболизация). Показан опыт работы НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. И. П. Павлова в лечении язвенных кровотечений согласно разработанному алгоритму.

Ответы на вопросы.

Профессор А. О. Аветисян: Скажите, пожалуйста, эмболизацию вы выполняли во время кровотечения, или после стабилизации остановки кровотечения?

– Первично комбинированный гемостаз, состояние пациента, безусловно, оценивалось, и если можно было выполнить эмболизацию, и его можно было транспортировать до эндоскопической операционной, то ему выполняли эмболизацию.

Профессор А. О. Аветисян: Часто ли Вы видели эстравазацию во время исследования, и какие сосуды эмболизировались с учетом обильного кровоснабжения желудка?

– Чаще всего это была, безусловно, гастродуоденальная артерия.

Профессор А. О. Аветисян: Независимо от ситуации?

– Да.

Профессор А. Е. Демко (председатель): Спасибо большое за такой хороший доклад. Это новый подход в лечении кровотечения, новый взгляд.

Профессор Р. Г. Аванесян: Вы превентивно эмболизировали гастродуоденальную артерию, потом в дальнейшем оперировали этих пациентов?

– Но это касается в основном пациентов группы высокого риска.

Профессор Р. Г. Аванесян: Вы не были уверены в источнике кровотечения или Вы не были уверены в локализации этой язвы? Почему в дальнейшем Вы оперировали, если Вы превентивно уже эмболизировали данный сосуд? Или Вы видели коллатерали, которые снабжают эту артерию из другого бассейна?

– Безусловно, на основании проведенного анализа мы пришли к выводу, что пациенты, отнесенные к группе высо-

кого риска – они имеют более высокий риск возникновения рецидива кровотечения, все-таки мы понимаем, что ангиоэмболизация – это не панацея и даже после ее выполнения случались рецидивы кровотечения. Поэтому, чтобы улучшить результаты лечения пациентов, мы их оперировали до возникновения рецидива кровотечения.

Профессор К. В. Павелец: Имели ли место у Вас специфические осложнения после эмболизации гастродуоденальной артерии, например, смещение спирали в общую печеночную артерию и прочие?

– Пока данных осложнений мы не наблюдали.

Профессор В. Г. Пищик: У меня чисто методологический вопрос. Вы использовали логистическую регрессию для того, чтобы выбрать наиболее значимые параметры и назначить высокие баллы – это я понял. Затем вы показали, насколько хорошо работает ваша таблица, шкала определения тяжести. На той же выборке, на которой, собственно, вы ее и использовали, т. е. обучающая и контрольная выборка была одной и той же. Очевидно, что вы получите там правильную стратификацию. Насколько целесообразно было бы проверить ее на другой ретроспективной группе, взять другие учреждения и проверить, насколько она работает, потому что дальше вы же ее не проверяли – вы только ее использовали как критерий и оказалось, что, действительно, если не ждать рецидива кровотечения, то больные реже умирают. Это достойный научный вывод, но для того, чтобы подтвердить эффективность вашей формулы, мне кажется, было бы целесообразно использовать другую выборку. Что Вы об этом думаете?

– Думаю, что работа продолжается, она не останавливается, наверное, мы к этому придем.

Профессор В. Г. Пищик: Значит, это планируется?

– Да, безусловно.

Профессор Н. А. Бубнова: Спасибо за доклад. В сосудистой хирургии мы привыкли к термину «Гибридное вмешательство». Я с удивлением прочитала, что теперь есть гибридный гемостаз в лечении хронических дуоденальных язв. Что Вы понимаете первое, второе, третье под этим гибридным гемостазом?

– Это применение двух, собственно говоря, методик: эндоскопического комбинированного гемостаза и транскатетерной ангиоэмболизации. Это и есть гибридный гемостаз.

Профессор А. Е. Демко (председатель): Скажите, пожалуйста, Вы можете сформулировать показания для транскатетерной эмболизации у больного с язвенным желудочно-кишечным кровотечением? Или всем надо делать? Потому что это не безобидная процедура. Вы говорите, что больные получали антикоагулянты и т. д. Сама процедура подразумевает введение антикоагулянтов и когда это делать? Поступает больной с кровотечением, и мы должны выполнить сначала эндоскопический гемостаз, потом его подать в ангиографическую операционную?

– Собственно, поэтому мы и разработали некоторую шкалу для оценки риска рецидива кровотечения. Согласно ей, в какую группу пациент попадет, и построен план ведения пациента.

Профессор А. Е. Демко (председатель): Какие у вас показания, когда мы должны выполнять транскатетерную эмболизацию? Сформулируйте, если можете. Чем предпочтительнее выполнять эмболизацию? Это продолжение вопроса Константина Вадимовича, потому что все обладают каким-то опытом ангиоэмболизации. Что лучше использовать: спирали, клей, губку или эмболы? Потому что это вопрос не праздный. Не зря его задал Константин Вадимович, потому что, если выполнять эмболизацию эмболами, например, наш опыт говорит о том, что мы можем получить осложнение в виде

дислокации этих эмболов в печеночную артерию. Что вы рекомендуете, чем лучше этим больным выполнять эмболизацию?

– Зачастую все эмболизации нами выполнялись при помощи спиралей, поэтому однозначно рекомендовать другой агент сложно. Выбор агента, которым мы закрываем артерию, я боюсь, что не могу адекватно оценить.

Профессор А. Е. Демко (председатель): Скажите, пожалуйста, как часто при ангиографии вы видели, что источник кровотечения гастродуоденальная артерия, но кроме нее еще и ветви верхней брыжеечной артерии, панкреатодуоденальная артерия? Потому что эмболизация гастродуоденальной артерии не блокирует, по сути дела, вернее может не блокировать источник кровотечения при дуоденальных язвах. Были ли больные, у которых источник кровотечения был из верхней брыжеечной артерии?

– Нет, такие тоже не попадались.

Прения

С. А. Алентьев: Я сотрудник кафедры общей хирургии ВМА. У нас также имеется достаточно приличный опыт ангиоэмболизации и гибридных технологий в лечении кровотечений, использования эндоскопии и эндоваскулярных вмешательств, что позволяет выйти на новый уровень остановки кровотечения у этой сложной группы пациентов, особенно получающих антикоагулянты или антиагреганты для длительной терапии и у которых нельзя отменить эти препараты. Продемонстрирую маленькую иллюстрацию этой сложной проблемы. Пациент 24 лет с сочетанным ранением головы, таза и нижних конечностей. Поступил к нам с огнестрельным осколочным ранением височной доли левой лобной доли, и у пациента развилась травматическая аневризма правой средней мозговой артерии. Наши коллеги-нейрохирурги выполнили эмболизацию травматической аневризмы элемента средней мозговой артерии спиралью и установили стент в среднюю мозговую артерию. Пациенту была назначена двойная антиагрегантная терапия, отменить которую было невозможно. И на 7-е сутки у пациента развилось профузное кровотечение из язвы луковицы двенадцатиперстной кишки, потребовавшее эндоскопического гемостаза: клипирование и инъекционный гемостаз. Кровотечение остановлено, однако через неделю возник рецидив, потребовавший повторного эндоскопического гемостаза: клипирование и инъекционный гемостаз. При контроле риск кровотечения очень высокий. Пациенту был выполнен эндоваскулярный гемостаз. Селективная ангиография, при которой выявлена гипертансуляризация в зоне постановки клипс. Вы видите, что в этой зоне нельзя исключить экстравазацию контрастного препарата, поэтому была выполнена эмболизация передней и задней ветвей верхних панкреатодуоденальных артерий и ствол гастродуоденальной артерии. Стоп-контраст на контрольной ангиографии, все спокойно. Пациент наблюдается неделю – признаков рецидива кровотечения нет. Это иллюстрация того, что, конечно же, мы бываем в очень сложной ситуации, когда пациенту нужно продолжать антикоагулянтную и дезагрегантную терапию. Если бы мы отменили в данном случае у этого пациента терапию, то встала бы средняя мозговая артерия с тяжелыми последствиями. В то же время, выполнять больному большую открытую операцию на фоне антикоагулянтной терапии также связано с большим риском геморрагических осложнений. А применение гибридного подхода в этой ситуации позволило нам без осложнений остановить кровотечение. Мы обеими руками за применение гибридных технологий, позволяющих снизить риск осложнений и повысить эффективность. Мы полностью согласны с выступающими авторами.

Профессор А. Е. Демко (председатель): Крайне интересная тема. Вы говорите нам, что в 14 % вы достигли хорошего результата и мне даже интересно, откуда данные. Потому что в стране у нас за 2022 г. последний анализ был – 25 % послеоперационной летальности, 17 % оперативная активность. Как бы мы ни говорили, как бы ни развивались методы медикаментозной терапии, конечно, то ли нация другая, то ли у нас подходы другие. За рубежом в протоколах, на которые ссылался автор – оперативная активность 2 %. В 98 % справляются, по сути дела, различные эндоскопические методы остановки гемостаза. К сожалению, у нас нет здесь Владимира Ивановича, он бы задал вопрос о трудных язвах. Вы понимаете, вот эти 17 % у нас, получается, в СПб 14 % оперативная активность, это тоже, кстати, нормальные показатели при желудочно-кишечных кровотечениях. По стране она 17 %, это как раз те язвы сложные, которые больших размеров, больше 3 см, или, как вы их называете, полуциркулярные и циркулярные, которым невозможно выполнить адекватный эндоскопический гемостаз. Можно пытаться, но в двенадцатиперстной кишке мы со всех сторон никак не инъецируем язву. Здесь есть место для эндоваскулярных методик гемостаза, но, что касается протоколов, на которые вы ссылаетесь, там четко черным по белому написано, что транскатетерная эмболизация не выполняется профилактически, но в последнее время – протоколы 2020 г., а сейчас 2024 г. и, поскольку мы занимаемся этой проблемой, все чаще и чаще появляются зарубежные работы, которые четко говорят действительно об эффективности профилактического эндоваскулярного гемостаза. Я согласен с Константином Вадимовичем, надо быть крайне осторожным в выборе эмболизирующего агента. Например, мы сдержанно относимся и считаем его эффективным. Поэтому, когда у больного есть кровотечение, то там некогда вести больного в эндоваскулярную операционную, профилактически, наверное, да. Но мы стараемся пользоваться спиралью. Спираль, либо густые клеи, потому что это единственный способ избежать транслокации эмболизирующего агента в печеночную артерию. Второй момент, конечно, обязательно нужно обращать внимание на другие источники кровоснабжения. К сожалению, источником дуоденального кровотечения может быть не только гастродуоденальная артерия, но и верхняя брыжеечная артерия, что сейчас и показал Сергей Александрович. Такой классический пример, и нам надо на это обращать внимание. А доклад хороший. И я так понял, что это научная работа. У меня еще такой вопрос. Существуют общепринятые шкалы риска рецидива. Стоит ли придумывать новые? Но, с другой стороны, если шкала работает, какая бы она ни была, надо ею пользоваться. Потому что это, наверное, сейчас стало модно шкалы придумывать. Мы пользуемся старыми шкалами риска рецидива кровотечения, но вопрос остается сложным. Операции крайне сложные, хирургов, которые могут сделать по дежурству резекцию желудка при сложных язвах, становится все меньше. Поэтому на эту проблему надо обращать внимание. Надо это делать, оперировать, и от этого никуда не деться. Спасибо вам большое. Единственное, мне было сделано замечание со стороны наших уважаемых профессоров, что мы не обсудили второй доклад. У нас аудитория не поменялась, Дмитрий Игоревич, поэтому если кто-то хотел выступить, я прошу прощения – мы не обсудили доклад по шунтирующим операциям в бариатрической хирургии. Желающих нет, Дмитрий Игоревич, поэтому мы и не обсуждали. Спасибо большое всем участникам за то, что предоставили доклады. Всего вам доброго.

Поступил 19.11.2024 г.