

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

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

2595-е заседание 9 октября 2024 г.

Председатель – Д. И. Василевский

1. А. А. Завражнов, В. А. Каценко, Д. А. Шелухин, М. А. Сиркис, И. В. Капустников, П. Н. Яковлев (ММЦ ВТ «Белоостров»). Случай успешного лечения больного с венозным мезентериальным тромбозом.

Цель демонстрации – показать возможности современных подходов к диагностике и выбору хирургической тактики успешного консервативного лечения при остром венозном мезентериальном тромбозе.

По современным данным больные с острым нарушением мезентериального кровообращения составляют лишь 0,2 % пациентов от всех экстренных поступлений в хирургический стационар, среди них 5–15 % имеют венозный тромбоз.

Больной С., 47 лет, 15.07.2024 г. самостоятельно обратился в ОСМП ММЦ ВТ «Белоостров». Предъявлял жалобы на боли в животе высокой интенсивности, общую слабость.

При обследовании по данным КТ – картина тромбоза верхней брыжеечной вены и ее притоков, признаки гипоперфузии подвздошной кишки. Наличие свободной жидкости в брюшной полости.

С целью уточнения жизнеспособности кишки и определения тактики дальнейшего лечения больному были выставлены показания к диагностической лапароскопии. На операции: в правой подвздошной ямке и по правому боковому каналу – около 100,0 серозного выпота, начиная от илеоцекального угла, на протяжении 30–40 см – петли подвздошной кишки с явлениями острого венозного стаза: стенка багрового цвета, утолщена, брыжейка кишки инфильтрирована. Перистальтика ослаблена. Макроскопически кишка на момент операции признана жизнеспособной.

Пациент после операции был переведен в ОАРИТ, начато консервативное лечение, в том числе эпидуральная анестезия и внутривенная гепаринотерапия под контролем АЧТВ.

На 2-е сутки была проведена программная диагностическая лапароскопия. На операции отчетливо положительная динамика, продолжена консервативная терапия.

Больной на 13-е сутки послеоперационного периода выписан в удовлетворительном состоянии. Осмотрен и обследован через месяц после операции – жалоб не предъявляет.

Ответы на вопросы.

Профессор И. А. Соловьев: Очень важная тема поднята, и мы в дискуссии об этом скажем, наверное. В целом стандартная ситуация, лечение согласно клиническим рекомендациям, что мезентериальный тромбоз лечится консервативно. Но Вы представили демонстрацию, и, значит, преследовали определенную цель показать, в том числе молодым хирургам, необычный случай. Можно задать несколько вопросов?

1. В чем заключается уникальность этого случая?

– Уникальный случай заключается в том, что когда ты интраоперационно макроскопически видишь такую кишку,

да еще в ночное время, принять такое решение не так просто, и я знаю, что основная часть аудитории тоже это понимает. Но эта демонстрация, наверное, больше для молодых наших коллег, что при венозном тромбозе нужно пытаться лечить консервативно, как бы ни страшна была макроскопическая картина. Я каждый раз смотрю и удивляюсь. Но на самом деле пациент поблагодарил только Виктора Анатольевича и меня. Я бы еще поблагодарил Анатолия Анатольевича, который настоял на отказе от резекционной операции, о которой, правда, мы очень серьезно задумывались. Пациенты вершину айсберга не видят, поэтому так и говорят. Вот я и хочу сказать спасибо Анатолию Анатольевичу за науку. Мысли у нас тогда были разные, Анатолий Анатольевич был в клинике, и его решение стало определяющим, и результат налицо.

2. Расскажите все-таки более подробно. Потому что в неотложной хирургии пациентов с мезентериальным тромбозом, портальным тромбозом поступает достаточно много, и тактика зависит от распространения по самой верхней брыжеечной артерии. Какова была локализация тромба и протяженность? По КТ-данным это было начало верхней брыжеечной вены, и это была полная окклюзия. Ствол верхней брыжеечной вены до воротной вены?

– Да, если посмотреть на боковом сагитальном снимке на цифру 1, это видно. А интраоперационно выявлены изменения стенки кишки от начала илеоцекального угла порядка 40 см.

3. Вы сказали, что лапароскопия предпринималась с целью макроскопической оценки. Я готов подискутировать, и считаю, что показания к лапароскопии – это сомнительная жизнеспособность кишки, наличие или отсутствие перитонита. А у Вас какая была мотивация действий?

– Пациент вел себя очень беспокойно, хоть это и не показание, безусловно. Отмечался очень выраженный болевой синдром, пациент прямо метался.

4. Была ли перитонеальная симптоматика?

– Была такая клиническая картина, что мы без сомнения понимали, что должны посмотреть непосредственно.

5. С какой целью на следующие сутки делалась лапароскопия? Был выявлен венозный тромбоз, живая кишка. На следующие сутки с какой целью выполнялась повторная лапароскопия?

– Я, наверное, сначала отвечу на первый Ваш вопрос – что уникальное в данном наблюдении? Все мы знаем клинические рекомендации, но на следующие сутки у пациента отмечался значительный рост маркеров воспаления и наличие симптомов раздражения брюшины. Это очень нас смутило. Поэтому мы, наверное, немножко перестраховались и решили сделать релапароскопию, при которой было уже отчетливо понятно, что мы на правильном пути.

Доцент В. И. Кулагин: Скажите, пожалуйста, функция кишки у пациента страдала или нет? Диарея или какое-то неблагоприятное имело место быть? Или не отмечалось? И как

было со стулом после операции? Сколько времени пациент голодал и когда его начали кормить? Когда пациента перевели на пероральные антикоагулянты, какие препараты и в каких дозировках применялись? Если тромбофилия не нашла подтверждения при обследовании, то как долго он будет их получать?

– Жидкий стул у пациента отмечался за несколько дней до болевого синдрома. Обычный стул – просто жидкий. Мы собирали анамнез, но не связали это никак с характером заболевания. Введение гепарина пациенту началось сразу. Препарат вводился первые трое суток под контролем АЧТВ, далее пациент был переведен на непрямые антикоагулянты в лечебной дозе на 3-и сутки – клексан 0,8 мл 2 раза. Перистальтика у пациента достаточно быстро восстановилась, на 3–4-е сутки был нормальный стул.

Профессор Б. В. Сигуа: Пациент сейчас считает себя полностью здоровым, и до заболевания у него все было прекрасно. Но вот для себя смогли Вы ответить на вопрос, какой пусковой механизм возникновения довольно массивного венозного тромбоза? Вы же наверняка пытались разобраться, что случилось?

– Пациент почему-то не отметил, что он в нашей клинике через месяц после операции прошел полное обследование: онкоскрининг, ФГДС, ФКС, КТ груди и живота с контрастом, осмотр уролога. Он прошел и онкологический check-up – там все в порядке. Трудно сказать, может, это какое-то эхо перенесенной ковид-инфекции. Он болел один раз, но с реанимацией с большим поражением легких. Может быть, эти последствия и явились причиной – личное мнение такое. Ничего больше сказать по этому поводу не могу.

Профессор А. О. Аветисян: Поздравляю, Михаил Александрович, с тем, что попали в десятку по многим параметрам. Вы выполнили КТ с контрастированием. Всем больным Вы назначаете КТ или Вы заподозрили, что может быть мезентериальный тромбоз или сосудистые осложнения? И Вы дважды выполняли КТ?

– У нас достаточно хорошие возможности в клинике. Мы в круглосуточном режиме можем оперативно выполнить КТ. О мезентериальном тромбозе мы задумались сразу, потому что у пациента, как я говорил, был выраженный абдоминальный болевой синдром, он прямо метался на кровати. Был очень высокий лейкоцитоз – почти 28000. Эти 2 признака позволили задуматься. Поэтому мы сразу сделали МСКТ и в течение 40 мин у нас диагноз уже был. Мы понимали, с чем имеем дело.

Профессор А. О. Аветисян: Вы проводили санацию брюшной полости?

– Санацию мы, естественно, осуществили, хотя на релапароскопии видно, что выпот опять образовался. Дренажное мы не выполняли, не сочли это необходимым.

Прения

Профессор И. А. Соловьев: Хотел бы поблагодарить авторов за крайне интересное и крайне важное сообщение. Его ценность, на мой взгляд, прежде всего, заключается в том, что пациентов с венозным мезентериальным тромбозом немного и опыт их лечения в хирургических стационарах небольшой. И здесь самое главное, как Михаил Александрович сказал, что был опытный человек, руководитель, который посоветовал хирургам воздержаться от выполнения, я так понимаю, планируемого потенциально резекционного оперативного вмешательства. В Мариинской больнице у нас тоже было несколько подобных случаев, и Анатолий Анатольевич Завражнов тоже нам в свое время заложил аналогичный вектор лечебной тактики. И мы его развиваем, поддерживаем. О венозном тромбозе были споры с хирургами, и приходилось действительно

настойчиво убеждать в отсутствии необходимости выполнения резекционных вмешательств при данной патологии. Показание к резекции здесь только одно – явный некроз тонкой или толстой кишки. Явный некроз – это черная кишка, это зеленая кишка, не дай Бог перфорация. Тогда – да, конечно, следует выполнять резекционные вмешательства. Во всех остальных случаях – лечение сугубо консервативное. Как Вы показали – антикоагулянты, контроль АЧТВ и т. д. Успех консервативного лечения в данном случае приближается к 90–100 %. При отказе от хирургической тактики в пользу консервативного лечения результаты лечения данной категории больных лучше, чем агрессивная хирургическая тактика. Еще раз благодарю авторов. Единственное, что хочу добавить – необычно, что за один день произошли такие изменения, такая метаморфоза визуальной картины. На первой операции темно-багровая отечная кишка, брыжейка, а на следующий день она практически близка к норме. Вот это не очень понятно – такая быстрая реканализация венозного русла, или коллатеральный кровоток включился в этом случае. Это меня немного удивило, но хирургическая тактика абсолютно оправдана.

Доцент В. И. Кулагин: Великолепно, что такие сообщения на обществе представляются, и мы их пытаемся анализировать и осмыслить. Венозные тромбозы появились не сегодня и не вчера – известны были давно, и диагностировать их было сложно как сегодня, так и раньше. Патология крайне редкая. Статистика 3 случая на 100000 человек в год, это на наш город 150 человек всего. На 10 стационаров это 1 человек в год. Это столько поступает в год в нашем крупном городе, и хирург даже много оперирующий, постоянно оперирующий, за свою жизнь увидит, например, как я видел, раза 3 или 4 за 40 лет своей профессиональной деятельности. Я вспоминаю самое начало своей трудовой деятельности, и такой необычный случай, когда вдруг профессор Анатолий Григорьевич Земляной позвал всех ординаторов клиники посмотреть на необычную ситуацию, которую обнаружили у молодой женщины при операции по поводу болей в животе, перитонита. Вся кишка напоминала полосатую зебру. Т. е. участок багрово-синюшного цвета, участок здоровой кишки. И таких участков было много, ну, она вся была такая. Встал вопрос о том, удалять всю эту кишку, или не удалять? Поэтому профессора позвали посмотреть, и он сказал, делать ничего не надо – зашивайте. Для опытных людей понятно, что венозные тромбозы оперировать не надо. Это было давно известно. И их никогда не оперируют. Единственное, что здесь вызывает такой интерес, это выраженный болевой синдром, который для венозного тромбоза не очень характерен. Венозный тромбоз – это отек, это нарушение оттока. Кишка отекает, она делает это не быстро, она делает это растянуто по времени. Быстро возникает тромбоз – артериальная ишемия, это мгновенный спазм кишки, она становится белой, человек кричит от боли, как при илеусе, как при странгуляции. Потом такие кишки становятся зелеными, черными, возникает перитонит. А венозный тромбоз развивается очень долго. Пациенты умирают через 7–10 суток, если заболевание прогрессирует. В принципе гепаринотерапия – это основное лечение. Возможно, наверное, применение и каких-то других методов лечения, например, интервенционных, о которых говорили – эндоваскулярных. Но если всего десятка наблюдений их применения на весь мир, единичные сообщения, то эффективность не известна. А так – сообщение для молодежи, что нужно знать венозные тромбозы и что их не надо оперировать. Кстати, у Богдана Николаевича Котива тоже было прекрасное сообщение о таком же наблюдении, и что не надо венозные тромбозы оперировать. Еще одно интересное замечание. Из всех причин венозного тромбоза, которые упомянуты, не назвали, на мой взгляд, те, которые препятствуют оттоку по воротной системе,

а это: заболевания печени, алкоголизм, цирроз печени, вирусные гепатиты. Вот эти проблемы надо как-то выяснять. И плюс тромбофилия, которую нужно у данного пациента, наверное, в первую очередь оценить и понять, ему пожизненно нужно принимать ксарелту или 6 месяцев. Обязательно нужно определиться. Очень интересное сообщение.

Профессор А. А. Завражнов: Для такой уважаемой аудитории, как наше общество, демонстрировать подобные клинические случаи, может быть, и не нужно, но мы целенаправленно вынесли данное наблюдение на заседание общества, в основном рассчитывая на молодежь. Потому что меняются технологии диагностики, меняются подходы к лечению и принципы неоперативного лечения. На первый план выходит не консервативное, а я бы назвал это – неоперативное лечение. То есть мы применяем все методы, в том числе инвазивной диагностики, для того, чтобы оценивать динамику течения заболевания. И в этой связи хотел бы выделить определенные постулаты. Венозный тромбоз, скорее всего, является следствием перенесенной ковидной инфекции. Однако – это теория. Может быть, диагностика выявит другие причины. Сам пациент сказал, что ему предстоит обследование на тромбофилию с целью определения тактики дальнейшего приема антикоагулянтов. Далее, если не лечить венозный тромбоз, как будут развиваться события? По-разному. Наталья Алексеевна Бубнова отмечала: сначала по типу синей флегмазии, потом – серой флегмазии. То есть нарушение венозного оттока приводит к спазму прекапиллярных сфинктеров и вторичной артериальной ишемии. Далее развивается некроз кишки с последующей перфорацией, требующий выполнения резекционных операций. Поэтому необходимо лечить. Основной метод лечения – это, конечно, антикоагулянтная терапия. Мы ставили вопрос о системном тромболитизисе, но не нашли данных в литературе, поэтому и не рискнули применять системный тромболитизис. Тем не менее, именно нефракционированный гепарин при внутривенном введении, при контроле АЧТВ, который должен превышать нормальные значения в 2–2,5 раза, является основным методом лечения. И даже фракционированный гепарин и даже непрямые антикоагулянты не дают такой эффект рассасывания тромбов, как нефракционированный гепарин. Поэтому пациент получал изначально это лечение, потом постепенно был переведен на таблетированные гепариноиды, которые продолжает принимать. Следующий аспект – повторная лапароскопия на следующий день. Существует же запрограммированная релапаротомия, которая может выполняться по типу тактики damage control, second look или санации. Так и здесь – мы сразу поставили вопрос о запрограммированной релапароскопии, чтобы оценить динамику разрешения тромбоза, которая себя совершенно оправдала. Мы видели две клинические картины, совершенно отличающиеся друг от друга. По первой операции действительно поднималась рука выполнить реакционную операцию. Но мы знали динамику, предполагали и удержались от резекционной операции. Вторая запрограммированная релапароскопия показала положительную динамику. Ну, а дальше – дело техники. Помимо системной антибиотикотерапии, гепаринотерапии, применялась и селективная деконтаминация, и ранняя энтеральная поддержка мономерными смесями, чтобы сохранить живучесть гликокаликса слизистой оболочки тонкой кишки, ибо повреждение гликокаликса в период ишемии и венозного, и артериального тромбоза способствует транслокации микрофлоры. Транслокация, видимо, все-таки состоялась, поскольку был системный токсикоз, поэтому применяли экстракорпоральные методы выведения токсинов. И в совокупности это сыграло положительную роль в результате лечения, которое мы видим. Резюмируя, мы хотели продемонстрировать для молодых хирургов тактику неоперативного лечения с опе-

ративными приемами контроля за ходом лечения. Благодарю за внимание.

Профессор Д. И. Василевский (председатель): Я не вижу смысла еще раз подводить какие-то итоги, поскольку в дискуссии уважаемые выступающие все подробно прокомментировали. Данное наблюдение – лишняя иллюстрация того, что клинические рекомендации пишутся не напрасно. Я бы только сделал акцент на том, что, конечно, диагностика именно венозного тромбоза на дооперационном этапе дала очень сильное подспорье в понимании того, что же с пациентом произошло. Поскольку представленные фото диагностической лапароскопии искушали, конечно, выполнить резекцию кишки. Благодарю, большое спасибо всем, и докладчику, и содокладчикам, и выступавшим в дискуссии, и всем, кто задавал вопросы. Давайте двигаться дальше по повестке.

2. А. А. Кашищев, Н. Ю. Коханенко, К. В. Павелец, И. А. Соловьев, Д. С. Русанов, М. В. Антипова, М. К. Павелец (ФГБОУ ВПО «СПб ГПМУ» МЗ РФ, СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Ранняя диагностика рака поджелудочной железы.**

Цель демонстрации: в данном наблюдении мы хотели продемонстрировать, что для верификации неоплазий поджелудочной железы требуется мультидисциплинарный подход с вовлечением дополнительных методов исследования, так как они позволяют получить важные данные и выбрать верную тактику лечения.

Диагностика рака поджелудочной железы на ранней стадии является важной, но нерешенной задачей. Пациенты с кистозными неоплазиями являются группой высокого риска, но верифицировать их злокачественный потенциал существующими методами не всегда возможно.

Приводим наше наблюдение: пациент В., 60 лет, наблюдался по поводу хронического панкреатита, при МСКТ в 2023 г. было выявлено кистозное новообразование в области головки поджелудочной железы 4–5 см с утолщением стенок и накапливающим контрастное вещество, а также расширение панкреатического протока. Чрескожная биопсия была выполнена в ноябре 2023 г., гистологическое исследование не выявило дисплазии и/или злокачественной патологии. Рекомендовано выполнить ЭУС с ТАБ, данная манипуляция проведена дважды, при этом картина соответствует ВПМН с наличием солидного компонента, связью с главным панкреатическим протоком. Результат цитологического исследования в одном случае выявил муцинопродуктирующий эпителий с нарушением полярности ядер, что соответствовало высокой степени дисплазии, во втором не выявило атипии. Для дополнительного анализа больному выполнен забор смеси желчи и панкреатического сока, в результате установлено, что уровень РЭА – 303 нг/мл, в осадке эпителиальные клетки со слабой атипией. Согласно национальным рекомендациям, а также CAPS 2020, Fukuoka 2017, подобные кистозные новообразования (наличие клеток с различной степенью атипии, РЭА более 192 нг/мл) подлежат радикальному хирургическому лечению.

Пациенту выполнена панкреатодуоденальная резекция в апреле 2024 г., при гистологическом исследовании выявлено ВПМН с мультифокальным типом роста, кишечный тип с высокой степенью дисплазии, а также инвазивной карциномы. Генетическое исследование парафинового блока указало на наличие дефекта гена KRAS. Анализ осадка и надосадочной жидкости смеси желчи и панкреатического сока методом droplet – PCR не выявила дефектного аллеля KRAS Q61H. Послеоперационный период протекал без особенностей, выписан на 10-е сутки под наблюдение онколога по месту жительства.

Ответы на вопросы.

Профессор А. С. Прядко: Скажите, пожалуйста, с каким диагнозом пациент был взят на операцию? Какой у вас послеоперационный окончательный диагноз? Какая гистология? И был ли хронический панкреатит при гистологическом исследовании? Имеется в виду ткань поджелудочной железы.

– Пациент поступил с диагнозом «Внутрипротоковая папиллярная муцинозная неоплазия». А окончательный диагноз мы показывали на гистологическом заключении – рак головки поджелудочной железы *in situ*. Поступал пациент с «внутрипротоковой папиллярной муцинозной неоплазией». Выписывали мы его, конечно, с диагнозом «рак поджелудочной железы». По результатам гистологического исследования признаки хронического панкреатита имелись.

Профессор Р. Г. Аванесян: Интересная методика. Как я понимаю, между двумя заблокированными баллонами в ограниченном пространстве вы собираете все жидкости и исследуете на определенные гены мутаций и т. д. При этом Вы ставите диагноз «ранный рак» именно по концентрации клеток с какими-то мутациями. Было бы эффективнее, если бы при внутрипротоковой панкреатической гипертензии, как здесь, установить наружный дренаж в панкреатический проток, собрать чистый панкреатический сок для исследования. Как вы думаете, как исследователь, было бы эффективнее, или Вам необходимы энзимы тонкой кишки тоже?

– Во-первых, канюляция панкреатического протока – это процедура, которую необходимо выполнять в стационаре, а мы предлагаем методику, которую можно выполнить в первичном звене. Одна из идей в том и заключается, чтобы пациенты при наличии выявления кистозных неоплазий поджелудочной железы поступали в стационар на то же самое эндоскопическое и ультразвуковое исследование, уже имея некоторые более конкретные данные, например, раковый эмбриональный антиген или уже анализ клеточного состава. И более того, в ряде случаев это вообще помогло бы исключить любые инвазивные манипуляции. В последних клинических рекомендациях этому уделяется большое внимание: даже при пункционных манипуляциях, даже при ЭндоУЗИ, возможны кровотечения, нагноение и диссеминация опухолевых клеток. Поэтому конечная идея немного иная.

Профессор Р. Г. Аванесян: Вы говорите про опухоль желчевыводящих протоков или головки поджелудочной железы?

– Опухоль поджелудочной железы. Да, есть такие работы, которые демонстрируют возможность выполнить селективную канюляцию и получить секрет для исследования. Именно об этом мы сейчас говорим. У нас нет опыта применения селективной канюляции при опухолях желчевыводящих протоков. Хотя такие методики, типа брашбиопсии и получения смывов, сейчас существуют, конечно.

Профессор В. А. Кашенко: 1. Что дала Вам данная методика с точки зрения принятия решения? Вы показали все фукуокские критерии показаний к операции внутрипротоковых муцинозных опухолей поджелудочной железы: муральный компонент, рост образования, размеры образования, вид образования. Насколько нужна была для Вас морфологическая верификация опухоли в этой клинической ситуации (я имею в виду и цитологию и ваш метод, потому что только на основании критериев Фукуока 2010 г. пациента нужно было оперировать)? Это первый вопрос. И второй вопрос. 2. Все-таки как настроена ваша система? Что вы хотите выявить? Вы хотите обнаружить ранний рак? Или вы хотите диагностировать *high-grade* дисплазию, без 5 минут рак? Ведь когда инвазивная карцинома уже состоялась, Вы ничего не выигрываете: первая, вторая стадия, Вы все равно получаете потерю по выживаемости. Вот здесь интересно поймать тот момент, когда опухоль еще

не стала инвазивной карциномой, но имеется *high-grade* дисплазия. На что Вы настраиваете вашу систему с точки зрения чувствительности и специфичности?

– Спасибо за вопрос. Давайте посмотрим на эту историю немножко по-другому. Этот пациент пришел с кистозной трансформацией поджелудочной железы к своему районному онкологу. Онколог выполнил биопсию, и она была отрицательная. Более того, в истории этого пациента биопсия выполнялась три раза. Две тонкоигольные и одна классическая. И только одна дала ему какой-то результат. Во-первых, я считаю, что, и мы это слышим от гастроэнтерологов, мы постоянно с этим сталкиваемся, что доктора не знают, что делать. Они видят кистозное изменение поджелудочной железы, и не знают, что с ним делать. Вот районный онколог конкретно сказал пациенту, ничего делать не надо. Давайте будем наблюдать. Поэтому, если у вас есть методика, которую легко сделать в любой поликлинике, и которая показывает высокий раковый эмбриональный антиген и даже атипичные клетки, вы, наверное, предпримите дальнейшие действия. Это раз. Второе. Если мы видим кистозную неоплазию с *high-grade dysplasia* (в последних рекомендациях 2023 г. введен данный термин) – считайте синоним карциномы *in situ*, то это повод для лечения. То есть, если вы получаете высокий уровень раково-эмбрионального антигена при анализе панкреатического сока, и даже, например, без клеток, уже нужно думать, а не является ли это ранним раком. То есть тактика ведения этих неоплазий становится более активной. Если же говорить об истории тонкоигольных аспирационных биопсий, да, ей уже 40 лет. К сожалению, данная методика принципиально не поменяла правила игры относительно рака поджелудочной железы. У нас в стране не увеличилось количество выполняемых ранних вмешательств, выявляемых ранних раков. Почему? Все-таки эта методика весьма сложна. И вот здесь как раз наша методика позволяет тем же специалистам, которые выполняют ЭндоУЗИ, знать, что это не просто кистозная неоплазия, а опухоль с очень высоким уровнем ракового эмбрионального антигена. Может быть, диагност лучше посмотрит, может быть, он сделает дополнительный забор материала. Предлагаемый нами метод – первичный. Мы продемонстрировали наш опыт. За последнее время у нас было больше 10 пациентов, когда мы меняли тактику лечения, принимая решение о радикальной операции и наоборот, на основании данного метода исследования. Поэтому нужно работать дальше, набирать материал.

Прения

Профессор А. С. Прядко: Добрый день, уважаемые коллеги. Понимаете, кистозные опухоли поджелудочной железы являются, наверное, самой «серой зоной», как в диагностике, так и в лечении, в хирургическом лечении. Подобные опухоли – «серая зона» потому, что очень мало хирургов представляет вообще, что это такое. Хотя все клинические рекомендации известны, но этих пациентов немного и они очень сложны для диагностики. И наши возможности верификации данной патологии – то, о чем говорил Виктор Анатольевич Кашенко, наверное, в значительной степени зависят от нашего уровня оснащенности. Потому что, если мы берем фукуокские критерии, то их основным положением является качественное выполнение эндоскопической ультрасонографии. И вот почему Виктор Анатольевич, наверное, был частично удовлетворен ответом на вопрос о том, что если рассмотреть у этого пациента фукуокские критерии, то ему не нужно было делать все три пункции. По одним только этим критериям и при грамотно выполненной эндоскопической ультрасонографии можно было ставить показания к хирургическому лечению. Недавно у нас была конференция, и мы сделали секцию докладов с

приглашением специалистов УЗИ, эндоскопистов, рентгенологов, патоморфологов и хирургов. И каждый эксперт высказал свое мнение именно по кистозным опухолям поджелудочной железы. И все пять специалистов имели разногласия в понимании данной проблемы. В Казани 30 ноября планируется принятие российского консенсуса по диагностике и хирургическому лечению кистозных опухолей. Поэтому, надеюсь, будет подведен итог, и мы получим какие-то наши российские рекомендации. А так, вывод из этого сообщения можно сделать только один – проблема требует еще очень много усилий для ее понимания. Вот, например, в нашей клинике, в Ленинградской областной клинической больнице, когда мы захотели написать статью по кистозным опухолям поджелудочной железы, обнаружили данные о всего 34 пациентах, которых мы с подобными опухолями прооперировали за много лет. Это не значит, что мы молодцы. Это значит, что мы очень много тех опухолей, которые надо оперировать, пропустили, потому что их должно было быть гораздо больше. Поэтому, проанализировав эту ситуацию, мы немножко переделали свою собственную работу и свое понимание вот этих вот кистозных опухолей. Еще один вывод – это то, что именно вот эти больные должны концентрироваться в тех центрах, где их оперируют часто, где есть качественное ЭндоУЗИ. А методика, которую вы представили, безусловно, простая, она шикарная. И в спорных случаях она может быть с успехом применена. Поэтому спасибо еще раз за прекрасное сообщение.

Профессор В. А. Кашенко: Когда я впервые познакомился с этой методикой, я несколько недооценил ее потенциал, и сегодня мне представляется, что на самом деле она, несмотря на свою простоту, имеет широкий потенциал применения в рамках города, страны. Речь идет, прежде всего, о скрининге рака поджелудочной железы. Нужно сказать, что скрининг рака поджелудочной железы в настоящее время отрицается, считается, что его быть не может. Но мне представляется, что авторы нащупали очень интересный подход, который действительно может стать, несмотря на свою простоту, революционным. Дело в том, что кистозные неоплазии на самом деле распространены очень широко. Я думаю, что 10–15 % людей в популяции имеют различные виды кистозных неоплазий. Это своего рода такая панкреатическая эндотелиопатия, и многие живут с этим, не замечая или не придавая этому значения. Мы обратили внимание, что удаляемые даже в ходе панкреатоудуальной резекции аденокарциномы имеют фон в виде маленьких кистозных включений. То есть эта кистозная патология может стать определенным триггером, как эволюции муцинозного рака по линии прогрессирования кистозных муцинозных неоплазий, так и быть предиктором аденокарциномы из протокового эпителия. И в целом, вот такая простая методика, которая может быть реализована во многих региональных амбулаторно-поликлинических центрах, обращает на себя внимание тем, что, проводя скрининг, создавая определенный популяционный регистр, мы можем выйти на действительно уникальную систему выявления предикторов риска развития аденокарциномы. В дальнейшем этот комплекс уже может быть приложен к высокотехнологичным методам обследования, включая эндосонографию, тонкоигольную биопсию, и так далее. Поэтому очень интересно понаблюдать за дальнейшим развитием этой методики. Мне представляется, что потенциал для ее развития и внедрения в городе существует очень большой. Спасибо.

Профессор К. В. Павелец: Все присутствующие прекрасно знают, что чем раньше диагностируется рак, тем лучше отдаленный результат лечения. Поэтому, я думаю, надо прикладывать максимум усилий и пытаться делать различные варианты исследований для верификации заболевания. Я не

в укор, конечно, онкологической службе хочу сказать, но пациент был у онколога, ему сказали, не надо ничего делать, давайте дальше наблюдаться. Дальше я не знаю, сколько бы он наблюдался. Все мы прекрасно знаем, что желтуха – это далеко не ранний признак рака поджелудочной железы, как и боли, которые иррадиируют в спину, и когда появляются – мы уже не можем удалить опухоль радикально. Поэтому мне кажется, что тот вариант диагностики, который мы применили и получили положительный результат, надо внедрять в нашу клиническую практику.

Профессор Д. И. Василевский (председатель): Я тоже буквально два слова скажу. Я, наверное, занимаю позицию Виктора Анатольевича Кашенко, и думаю, что у методики найдется и много других спектров применения. Если наши сегодняшние диагностические возможности дополнятся еще и такой неинвазивной методикой, это только обогатит наше представление о характере патологии, которую мы лечим. Спасибо. Еще хотел сказать, что первая демонстрация о случае успешного лечения венозного мезентериального тромбоза – как раз иллюстрация того, что не надо искать чего-то необычного, что удивит окружающих. Хирургическая жизнь состоит из таких и им подобных случаев. А цель нашего общества, в том числе, и просветительская – учить молодых, растущих хирургов. Спасибо. Переходим к докладу.

3. *Р. Г. Аванесян, М. П. Королев, А. П. Иванов, В. Б. Силков, С. С. Передереев, А. И. Тихомиров, Р. А. Мовсесян* (ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава РФ, СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Диагностика, хирургическое лечение и минимально инвазивная коррекция послеоперационных осложнений солидно-псевдопапиллярных опухолей поджелудочной железы.**

Цель доклада – обосновать дифференцированный подход к выбору объема оперативного вмешательства при солидно-псевдопапиллярных опухолях поджелудочной железы, а также показать возможности минимально инвазивных вмешательств при коррекции послеоперационных осложнений.

Солидно-псевдопапиллярная опухоль (СППО) поджелудочной железы – редкая форма злокачественных новообразований, часто протекающая бессимптомно. Радикальный и основной метод лечения – хирургический. В настоящее время органосохраняющие операции при данном типе опухоли являются приоритетными, что связано с редким метастазированием СППО.

В клиниках общей хирургии с курсом эндоскопии (3 и 4 хирургические отделения СПбГПМУ Минздрава РФ и 5 хирургическое отделение СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница») с 2010 г. находились на лечении 11 больных СППО поджелудочной железы различной локализации, из которых 10 пациентов женского пола. Возраст больных от 1,5 лет до 51 года. Радикальное удаление опухоли выполнено у 9 пациентов в условиях клиник СПбГПМУ и СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница». Две пациентки с локализацией СППО в области головки поджелудочной железы, оперированы были в других учреждениях, переведены в клинику с различными осложнениями послеоперационного периода. Новообразования различных отделов поджелудочной железы выявлены при скрининговом УЗИ брюшной полости. Всем пациентам для уточнения характера новообразования выполнено МРТ и МСКТ с контрастированием брюшной полости и грудной клетки. У трех пациенток с целью верификации диагноза выполнена чрескожная трепан-биопсия новообразования. Специфических лабораторных тестов для верификации диагноза СППО поджелудочной железы в настоящее время не существует. По локализации опухоли располагались: в 4 случаях в области головки поджелудочной железы, в 4 –

в области тела, в 3 – новообразование располагалось в области тела и хвоста поджелудочной железы. В 7 случаях выполнены органосохраняющие операции, в 4 – резекция ткани поджелудочной железы с новообразованием. Осложнения сопровождали течение послеоперационного периода у 3 пациентов: IIIb степени по Clavien–Dindo у одной пациентки, у второй – IV степени, I степени у третьей. Летальности не было.

В докладе представлен опыт дифференцированного подхода при выборе объема оперативного лечения СППО в зависимости от размеров опухоли и локализации, а также показана эффективность оригинальных минимально инвазивных методов лечения пострезекционных послеоперационных осложнений.

Ответы на вопросы.

Профессор К. В. Павелец: Из Ваших наблюдений, национальность имеет какое-то значение?

– Знаете, я на это как-то не обращал внимания, но когда Вы спросили про национальность, я вспомнил, что одна была пациентка была из Дагестана, а все остальные русские.

Профессор В. А. Кащенко: Скажите, пожалуйста, в каком проценте случаев удается поставить диагноз солидной псевдопапиллярной опухоли поджелудочной железы до операции?

– Спасибо большое за вопрос. Мы практически во всех случаях, в 10 из 11, выполняли трепан-биопсию новообразований, и в 7 случаях получили диагноз солидной псевдопапиллярной опухоли. В 3 случаях было подозрение на нейроэндокринный рак. Но при солидной опухоли, и при нейроэндокринном раке, показано оперативное вмешательство, особенно у детей, поэтому мы выполняли эти операции.

Профессор В. А. Кащенко: Учитывая низкий потенциал злокачественности, отсутствие метастазов в лимфатических регионарных узлах, насколько, с Вашей точки зрения, оправданно использование лапароскопических технологий для выполнения подобных оперативных вмешательств?

– Да, абсолютно оправданна лапароскопическая операция в таких ситуациях. Единственное, что смущает, что после лапароскопических операций достаточно часто бывают панкреатические свищи, связанные с тем, что невозможно увидеть панкреатический проток у детей. У взрослых – может быть. Но у детей необходимо вооружиться соответствующей оптикой, чтобы увидеть у полугодовалого ребенка панкреатический проток, это нужно очень постараться. Поэтому пока еще мы не рискуем выполнять лапароскопические операции. Надеюсь, что в ближайшее время, если будут такие случаи, мы попробуем выполнить лапароскопически. Спасибо.

Профессор Б. В. Сигуа: Что делать при R+ резекциях?

– Только наблюдение. Потому что в любом случае, кроме наблюдения, эти опухоли ничего не требуют. Даже если рецидив местный, то он удаляется хирургическим методом. Это единственный радикальный метод лечения таких опухолей. Метастазы также приходится устранять оперативными вмешательствами. Слава Богу, у нас ни одного случая такого не было.

Доцент Е. Л. Васюкова: В вашем докладе уникален каждый случай. Скажите, пожалуйста, у детей (большая часть ваших пациентов – дети) чаще солидные псевдопапиллярные опухоли встречаются. Допустимо ли, как у взрослых, ставить диагноз только по данным КТ? Обязательно ли требуется гистологическое подтверждение, или по данным КТ возможно поставить диагноз «солидно псевдопапиллярная опухоль» или подозрение на гиперваскулярную нейроэндокринную опухоль? Нужно оперировать такого пациента или нет? И второй вопрос. Были ли среди Ваших пациентов больные с метастазами, с которыми мы и другие хирурги встречались?

– Спасибо большое. Мы пытаемся морфологически верифицировать диагноз практически всегда. Только у полугода-

годовалого ребенка мы гистологически не верифицировали диагноз. Мы понимали, что это все-таки солидная псевдопапиллярная опухоль. Кроме того, у пациента ранее был установлен дренаж, необходимо было избавить пациента от него, как причины инфицирования окружающих тканей. Поэтому мы решились на операцию без морфологической верификации диагноза. А во всех остальных случаях мы старались это сделать. В трех случаях мы получили подозрение на нейроэндокринный рак. В одном случае, как видно из доклада, было подозрение на метастазы в печень, но это не подтвердилось. Это была обычная гипертрофированная ткань печени, которую мы гистологически получили во время оперативного вмешательства после удаления опухоли. Мы решили оставить под наблюдением этого пациентка.

Прения

Профессор К. В. Павелец: Уважаемый Дмитрий Игоревич, уважаемые коллеги. На сегодняшний день в нашем городе, я так понимаю, что Рубен Гариевич обладает наибольшим опытом в данной проблеме. Это очень редкие наблюдения. Мы с Иваном Анатольевичем Соловьевым буквально четыре дня назад посетили онкологическую секцию РОХ. И из института им. А. В. Вишневского был представлен доклад, обобщающий опыт лечения, по-моему, 60 то ли двух, то ли трех солидно псевдопапиллярных опухолей. Но эти пациенты к нам едут со всей страны. Это крайне редкие опухоли. Первый раз я встретился с подобным видом опухоли 15 лет назад. Интересно, что это обычно молодые женщины. Я оперировал двух пациенток. Одной было 18 лет, она была из Баку. Опухоль возникла во время беременности. Нередко эти опухоли возникают во время беременности. Пациентке был установлен дренаж в другом лечебном учреждении. У больной имелись многокамерные кисты поджелудочной железы со множественными кальцинатами. Тогда мы решили выполнить органосохраняющую операцию. Нередко пациентам даже не нужно делать УЗИ в связи с большими размерами новообразования – они сами себя его прощупывают. В том случае опухоль определялась в эпигастральной области. А почему я спросил о национальности? Два года назад ко мне обратилась вторая девушка – 19 лет из Казахстана. И тоже этом случае удалось, поскольку капсула опухоли была очень плотная, выполнить органосохраняющие операции и оставить поджелудочную железу. В докладе из института им. А. В. Вишневского, о котором я упомянул, авторы отмечали, что вначале тоже делали стандартные операции – корпорокаудальные резекции, панкреатодуоденальные резекции, однако постепенно пришли к органосохраняющим. Я помню, Михаил Дмитриевич Ханевич на этом обществе тоже демонстрировал молодую женщину, которой он сделал панкреатодуоденальную резекцию при подобном заболевании. По данным литературы метастазы в регионарные лимфатические узлы при солидно псевдопапиллярных опухолях поджелудочной железы отмечаются у максимум 5 % пациентов. Некоторые авторы вообще указывают цифру «ноль». Отдаленные метастазы имеются в 0–2,5 % случаев. Поэтому, с учетом подобной статистики и молодого возраста пациентов, нужно, конечно, стремиться к органосохраняющим операциям. Спасибо.

Профессор Д. И. Василевский (председатель): Спасибо большое, уважаемый Константин Вадимович. Ваше мнение ценно, поскольку этой проблемой хирургии поджелудочной железы, опухолевых заболеваний поджелудочной железы, Вы занимаетесь достаточно давно и очень хорошими результатами. Единственное, что замечу, что Баку – это не Казахстан и не Дагестан. Поэтому тут сложно строить какие-то взаимосвязи, мне кажется. Простите, пожалуйста.

Профессор А. С. Прядко: Потрясающий доклад. Я с таким удовольствием его послушал, и особенно потому что скажем так, я панически боюсь лечить детей, даже прикасаться к ним, как врач. А тут такие маленькие детки и такие виртуозные операции. Я просто преклоняюсь. И еще, подчеркиваю, что вот такие именно пациенты должны попадать в специализированные центры. Если выполнять такие операции одну в год, две в год – не будет ни резекций R0, ни хороших результатов. Зато будут осложнения, которые показывал Рубен Гариевич. И, к слову, как он успешно с ними справился. Поэтому, скажем так, наш город и область должны строить маршрутизацию так, чтобы подобные пациенты концентрировались именно у таких специалистов, как Рубен Гариевич. Еще раз, потрясающая, конечно, демонстрация и доклад просто потрясающий. Спасибо.

Профессор В. А. Кашенко: Уважаемый Дмитрий Игоревич, уважаемые коллеги, мне представляется, что сегодня были собраны очень интересные случаи и вершиной был этот прекрасный доклад. Кистозная неоплазия – очень интересная тема. Она находится на стыке специальностей, на стыке гастроэнтерологии, хирургии, онкологии. Онкологи не занимаются этим вопросом, пока не будет убедительных признаков злокачественного характера. А когда произошла злокачественная трансформация, прогноз значительно ухудшается. Поэтому, безусловно, это междисциплинарная проблема, и очень здорово, что она обсуждается именно в этой аудитории. В обществе, куда, прежде всего, приходят хирурги, которые имеют дело с кистами поджелудочной железы. И очень важно также подчеркнуть, что очень часто не специалисты путают кистозные неоплазии с псевдокистами, и рассматривают их исключительно как проявление хронического панкреатита, что в корне не верно, поскольку не отражается неопластическая сущность этих образований. Это опухоли и к ним нужно относиться как к опухолям. Все это блестяще показал Рубен Гариевич. Мы не имеем права работы с детьми, но хочу сказать, что одно из положительных сторон этой хирургии – то, что это практически всегда молодые и красивые женщины. И это тот раздел хирургии, которым стоит заниматься.

Профессор Д. И. Василевский: Спасибо всем докладчикам и всем выступавшим. У Рубена Гариевича, как всегда, в одном докладе совместились разные стороны одной глобальной проблемы, уникальные подходы к лечению: теория и практика. Спасибо всем пришедшим на заседание.

Поступил в редакцию 10.11.2024 г.

2596-е заседание 23 октября 2024 г.

Председатель – А. Е. Демко

1. *И. А. Соловьев, М. Ю. Плетнев, Д. Н. Гогин, Ю. А. Спесивцев, Р. Г. Аванесян* (СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», ФГБОУ ВО СПбГПМУ, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ). **Случай успешного восстановления непрерывности ободочной кишки у больного с гигантской параколомической грыжей и морбидным ожирением III ст.**

Цель демонстрации – показать возможности мультидисциплинарного подхода в хирургическом лечении тяжелых коморбидных больных.

Параколомическая грыжа — это патологическое выпячивание органов брюшной полости, покрытых брюшиной, через ранее сформированное отверстие в области кишечной стомы.

Данное осложнение встречается у 30–78 % больных с выведенными стомами. Чаще всего проявляется как асимметричная

деформация передней брюшной стенки, значительно увеличивающаяся при вертикальном положении тела, при этом возникают затруднения при смене калоприемников, осложняются болевым синдромом, запором, кишечной непроходимостью, ухудшается общее качество жизни. Грыжа может развиваться при любом варианте формирования стомы – чрезбрюшинном и забрюшинном. Считается, что колостома чаще подвержена формированию грыжи, чем илеостома.

Хотя данная патология широко освещена в литературе, приводимый случай интересен как размерами самой параколомической грыжи, так и морбидной патологией пациента, в связи с чем мы представляем наше клиническое наблюдение.

Больной С., 48 лет, поступил 06.2023 г. в СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница».

В анамнезе: в 2014 г. выполнена операция типа Гартмана по поводу перфорации дивертикула сигмовидной кишки. Спустя 1,5 года отметил появление параколомической грыжи, которая постепенно увеличивалась в размерах. Многократно обращался в различные учреждения как Костромской области, так и Санкт-Петербурга для восстановления непрерывности ободочной кишки и ввиду выраженного морбидного ожирения и сопутствующей соматической патологии в оперативном лечении было отказано. Был обследован на амбулаторном этапе.

Хронические заболевания: сахарный диабет II типа, инсулинзависимый. Гипертоническая болезнь II ст, АГ I ст., рССО4. Ожирение III степени, ИМТ 54,1. Варикозное расширение вен нижних конечностей, состояние после флебэктомии, лимфостаз правой нижней конечности.

При осмотре: живот не вздут, увеличен за счет ПЖК. В левом мезогастргии определяется гигантская параколомическая невоспаленная многокамерная грыжа размером 60×45×30 см, безболезненная при пальпации, кожа не изменена, в центре определяется колостома. На основании инструментально-лабораторных данных, данных осмотра установлен диагноз: гигантская невоспаленная многокамерная параколомическая грыжа L2W3R0, послеоперационные вентральные грыжи (перфорация дивертикула сигмовидной кишки, операция Гартмана от 2014 г.).

Сопутствующий: ИБС. Стенокардия напряжения II фк., гипертоническая болезнь II, риск ССО4.

Фон: сахарный диабет 2 типа. Целевой уровень гликированного гемоглобина меньше 7 %. Ожирение III ст.

После обследования и подготовки 03.07.2023 г. выполнено оперативное лечение в объеме: герниолапаротомия, восстановление непрерывности ободочной кишки (операция Гартмана II этап), пластика параколомической грыжи и послеоперационных вентральных грыж (2) местными тканями.

Послеоперационный период осложнился некрозом кожного лоскута, выполнялись некрэктомии с установкой NPWT системы. После подготовки раны была произведена пластика расщепленным кожным лоскутом.

В результате лечения у больного был восстановлен пассаж по толстой кишке, ликвидированы грыжи, устранен раневой дефект кожи передней брюшной стенки.

Ответы на вопросы.

Профессор Н. А. Бубнова: Уважаемые коллеги, спасибо за ваше сообщение. Я не очень поняла: то, что я увидела на слайдах, было в послеоперационном периоде, как некротизирующая инфекция. Что росло в ране? Я о флоре ничего не услышала. А занимаясь гнойной хирургической инфекцией, тем более объем был такой колоссальный, то, что вы сделали – это совершенно потрясающе, конечно, но хотелось бы еще узнать, что с кишечником, что с дивертикулами и т. д. – этого я не поняла. Скажите, пожалуйста, что росло?

– У нас не было данных за какое-либо воспаление, посе- вы также брались, и они были отрицательные. Признаков и

данных за некротизирующую инфекцию не было. Изначально, как было указано на 4-е сутки, появилась гиперемия поверхности, а затем на следующий день она побледнела и на представленных фотографиях к 7-м суткам уже появились пузыри. Но, так как системно он никак не отреагировал: не лихорадил, лейкоцитоз не повышался, СРБ после операции только снижался, и у нас не было данных за некротизирующую инфекцию. С дивертикулами, которые остались на отводящей части культи, мы ничего не стали делать, так как у нас в клинике принято – если нет данных за ближайшие несколько лет воспаления, то в резекции нет потребности. Наложили на свободный участок от дивертикулов анастомоз «бок-в-бок» и проблем у нас, слава Богу, не возникло.

Профессор П. К. Яблонский: 1. Каков был вес удаленного препарата?

– Вес препарата (его не взвешивали специально, но на ощупь, приблизительно) около 10 кг.

2. Не показалось ли, что некоторое натяжение было при ушивании кожи, на этом огромном животе? И это был ишемический некроз, связанный с перерастяжением кожи, как причина вот этого покраснения, а потом побледнения со всеми вытекающими последствиями, мне так показалось. Ваше мнение?

– Натяжения не было абсолютно никакого, потому что даже кожи над грыжей было много. И нам даже пришлось убирать ее, чтобы сложить. Также на фотографиях в презентации было видно, что след от лапаротомной раны, где находился рубец, находится фактически по центру самой ишемии и при выделении был также отек и были некоторые сомнения при препаровке лоскута и признаки того, что все-таки в дальнейшем может возникнуть очаг ишемизации. Но натяжения как такового у нас не было.

Профессор А. О. Аветисян: Спасибо за прекрасную демонстрацию. Скажите, пожалуйста, было ли обсуждение о выполнении какой-либо бариатрической операции во время той операции или после? Учитывая, что у больного не получается, как хотелось бы, сбросить вес, планируете ли вы выполнять какую-то бариатрическую операцию сейчас или потом?

– Изначально больной к нам поступал с определенной проблемой – это грыжа гигантских размеров, которая ему мешала жить, носить одежду, и стома, которая у него в наличии уже 9 лет. По поводу лишнего веса – да, его это, конечно, беспокоило, он старался сбавлять его, и у него даже была положительная тенденция на фоне применения диеты. Поэтому в период обследования разговор мы такой не заводили. Если учесть, интраоперационно, что возможно было сделать какую-то бариатрическую операцию – там был очень выраженный спаечный процесс. При заходе в живот, выделении грыжевого мешка и погружении его там был только частичный энтеролиз поиском конца заглушенной кишки и, учитывая всю его соматическую патологию, я считаю, в тот период не надо было такое делать. Сейчас он не предъявляет больших жалоб в отношении своего веса, сохраняет диету и принимает таблетки. Такой вопрос пациенту в отношении бариатрии не задавал.

Канд. мед. наук М. А. Протченков: Как Вы относитесь к распространенному мнению современных герниологов о том, что пациенту с индексом массы тела выше 40 кг на м² не показано какое-либо оперативное вмешательство по устранению сложной парастомальной вентральной послеоперационной грыжи? Т. е. осознанно ли Вы шли на все возможные предсказываемые осложнения с таким высоким индексом коморбидности, индексом массы тела? Или эти осложнения явились для вас неожиданностью, и какой вы даете прогноз на риск рецидива грыжи?

– Изначально этот пациент, когда к нам пришел, конечно же, обсуждался коллегиально. Показывался множеству специалистов с назначением рекомендаций. Первая его госпитализация у нас заняла 14 дней. Фактически весь спектр исследований всеми специалистами был в этот промежуток времени. И, конечно, риски мы учитывали, и пытались максимально снизить их, включая даже бандажирование грудной клетки, чтобы больной привыкал к создаваемому потом внутрибрюшному давлению. Были, конечно, у нас сомнения в плане возникновения каких-либо осложнений, в принципе прогнозировали то, что может произойти. Прогноз рецидива с его массой тела высокий.

Профессор А. Е. Демко (председатель): 1. Какая методика дермотензии использовалась для лечения большого дефекта?

– Пластика у нас использовалась расщепленным кожным лоскутом натяжная без завязывания с постепенным затягиванием швов.

2. Учитывая локализацию хирургического доступа (вблизи колостомы), были ли особенности антибактериальной терапии?

– По антибиотикам, учитывая его коморбидную патологию, мы все-таки приняли решение, учитывая риски и объем самого оперативного вмешательства – системное. Он их получал около 10 дней, но потом решили еще продлить антибактериальную терапию, учитывая развитие ишемии и риск присоединения вторичной инфекции.

3. Если Вы увидели, что имеет место некроз, какие были основания идти такой экстремальной моделью до струпа? Почему сразу не была выполнена обработка раны с использованием VAC-ассистированной методики?

– Изначально мы не пошли на это, так как оценили по системе воспаления маркеров, есть ли какое-либо воспаление и не было ли четкой линии демаркации. Т. е. начиналось все с небольших размеров, а к 7-м суткам увидели окончательные размеры и, учитывая также, что не было дальнейшего распространения, не было гиперемии, больной не лихорадил, решили даже пойти на риск и дожидаться сухого струпа, что оправдало себя.

Прения

Профессор Д. И. Василевский: Судя по тому, сколько вопросов было задано докладчику, тема очень интересная и всех касается. Я на самом деле с огромным уважением отношусь к хирургам, которые взялись за столь сложного пациента, потому что все, что было в вопросах, все то, что звучало в подтексте, – все понятно, что есть абсолютно все противопоказания к лечению, только дальше куда этому, далеко не старому социализируемому пациенту, податься? Худеть самостоятельно он не может в силу веса и огромной грыжи, а выполнить бариатрическую операцию (как вариант, наверное, ему можно было предварительно выполнить продольную резекцию желудка), – тоже: человек, который живет в российской глубинке, вряд ли найдет 250000 для выполнения такой операции за свой счет, в госгарантии пока эта операция не входит. Поэтому хирурги пошли на то решение, на которое пошли, и блестяще справились. По-моему, и у всех остальных здесь присутствующих получилось бы, наверное, не лучше. Про себя я думаю, что мы бы тоже крепко задумались, но тоже, наверное, отказывать бы не стали, куда этому человеку дальше идти. Спасибо.

Профессор А. Е. Демко (председатель): Я присоединяюсь к Дмитрию Игоревичу и поздравляю с успешным лечением. Много спорных вопросов возникает при лечении данного пациента, но результат мы видим прекрасный. Мы бы просто не рискнули, наверное, при виде некроза кожи. Правильно

автор сказал, что они рискнули, но если бы пошло не так, проблема с некротизирующим целюфасцитом, то получили бы намного больше проблем. Но победителей не судят. Теперь по поводу методики – методика свободной кожной пластики, так же бы сделали. А что касается объема, восстановления – я тоже полностью присоединяюсь, мы так же подходим к этому вопросу, как и многие авторы. Мы не ищем дивертикулы дальше. Потому что нет гарантии, что мы не оставим какой-то дивертикул, поэтому просто накладывается анастомоз на свободный участок от дивертикула, а иногда и с дивертикулум толстой кишки. Поэтому, конечно, такие операции должны выполняться в многопрофильных стационарах, которые обладают всем спектром инструментального обеспечения и всеми специалистами, которые смогли решить эту проблему. А к вопросу рецидива – давайте посмотрим на этого больного года через три и тогда будем обсуждать.

2. Д. Г. Наумов, А. О. Аветисян, А. О. Нефедов, Д. Ю. Семенов, П. К. Яблонский (ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии» Минздрава России, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»). **Успешный случай хирургического лечения хордомы крестца с применением мультидисциплинарного подхода.**

Цель демонстрации – показать результаты применения мультидисциплинарного хирургического подхода в лечении хордомы крестца.

Опухоли крестца представляют собой этиологически разнородную группу заболеваний, преимущественно представленную злокачественными новообразованиями – хордомиами. Разнообразие морфологических вариантов поражений, характеризующихся вовлечением костных структур, позвоночного канала, паравертебральных мягких тканей и малого таза, диктует необходимость использования мультидисциплинарного подхода в лечении данной когорты пациентов. Вместе с тем, отсутствие значимого клинического эффекта от изолированной системной противоопухолевой терапии, в том числе радиотерапии, определяет приоритет использования хирургических методов.

Пациентка С., 73 лет, обратилась в ФГБУ СПб НИИФ Минздрава России с жалобами на боли в области крестца и копчика, нарушение функции тазовых органов по типу задержки. Длительность диагностической паузы составила 5 месяцев. При обследовании по данным МРТ выявлено патологическое объемное образование крестца с наличием экстраоссального опухолевого компонента. По данным КТ – нижние отделы боковых масс крестца, в большей степени слева, тела S2–S5 позвонков представлены крупным мягкотканым образованием общими размерами 62×72 мм (преобладает увеличение крестца в передне-заднем размере), с пресакральным распространением, экспансивным ростом и лизисом костной ткани. С целью этиологической верификации пациентке выполнена диагностическая трепан-биопсия, заключение – хордома. После проведения мультидисциплинарного консилиума выполнено одномоментное хирургическое вмешательство из изолированного дорсального доступа в объеме верхней ep blocсакрэктомии с радикуллизом S1 корешков спинного мозга билатерально, ампутацией дурального мешка на уровне S2–S5. Хордома удалена блоком с крестцовыми позвонками S2–S5, боковыми массами крестца без нарушения стабильности тазового кольца. Гистологическое заключение – хордома, края резекции вне опухоли. По данным контрольного МРТ – культя дурального мешка состоятельна, в зоне проведенного вмешательства без признаков остаточного объема опухоли. Выписана на 6-е сутки после операции, без двигательных и чувствительных нарушений со стороны нижних конечностей.

Катамнез прослежен в сроки 3 месяца, без отрицательной динамики, достигнут локальный опухолевый контроль, признаки рецидива отсутствуют.

Ответы на вопросы.

Профессор Н. Ю. Коханенко: 1. Это, конечно, редкая опухоль, но, по данным литературы, какова вообще резектабельность?

– Я отвечу с двух аспектов. Первый аспект – это отдаленные результаты, а именно блок-резекции, где демонстрирую 5-летнюю выживаемость у 98 % больных. Возможности блок-резекции данного типа опухоли – это удел специализированных центров. На потоке это не выполняется.

2. Но не всегда же можно выполнить резекцию, если опухоль в голову и прорастает везде. Резектабельность края головки поджелудочной железы 80 %, а здесь есть какие-то данные?

– В данной ситуации резекцию с привлечением команды специалистов можно выполнить в любой ситуации даже и при гигантских размерах опухоли. Да, резектабельность 100 %.

3. Вы сказали, что 5 лет живут 98 % – хорошие результаты, здесь 3 месяца, это непосредственные результаты, наверное.

– Несомненно.

4. Почему она обратилась в институт фтизиатрии с опухолью?

– Если позволите, я отвечу еще на один вопрос в отношении отдаленных результатов, мы действительно при планировании участия в сегодняшнем заседании Пироговского общества исходно хотели поделиться опытом 9 операций, которые уже накоплены опытом в течение 4 лет. Первым пациентам, которые были оперированы в 2020 г., выполнена блок-резекция, что позволило достигнуть локального контроля и рецидивов не отмечено. Эта пациентка действительно проживает в Петербурге, и она врач-терапевт, более того, она заслуженный врач в Петербурге, она вернулась к профессиональной деятельности и в силу своей скромности, думаю, она это не прокомментировала. Если говорить о том, почему она обратилась к нам, исторически Институт фтизиопульмонологии занимается деструкциями костей. Вариант опухолевой деструкции по большому счету требует на первом этапе верификации, т. е. диагностики, а на втором этапе большой хирургии, которой на сегодня в нашем городе располагает в полной мере наш институт. Мы проводим такие операции.

5. Вы привлекали онкологов; они считают, что возможна только операция?

– Эта опухоль не чувствительна ни к химиотерапии, ни к лучевой терапии, поэтому методом выбора является блок-резекция.

Профессор И. А. Соловьев: Спасибо за интересное сообщение. Вы могли бы более детально рассказать, как Вы закрывали образовавшийся дефект, чтобы профилировать сакральные грыжи в дальнейшем?

– Я также, если позволите, обращусь в целом к нашему опыту и скажу, что на первых этапах, когда мы выполняли у двух пациентов тотальную сакрэктомия, т. е. мы резецировали крестец с боковыми массами, восстанавливали тазовое кольцо путем позвоночно-тазовой инструментальной фиксации, мы в одном из этих случаев использовали сетку, Армен Оникович даже более детально сможет прокомментировать, так как как раз тем хирургом, который на этом этапе участвовал, был он. В послеоперационном периоде мы поняли, что, к сожалению, использование сетчатого импланта для герметизации задней стенки и, по сути, реконструкция тазового дна создает большую пострезекционную полость, а это приводило в ряде ситуаций к вторичному заживлению раны и к длительному нахождению активного дренажа, активной аспирации и в последующем, когда, опять же, мы проконсультировались с

нашими зарубежными коллегами, мы поняли, что наилучший вариант пластики – пластика мышечными тканями, местными. И сегодня этот метод, который мы, если можно так выразиться, рутинно используем, он позволяет избежать, во-первых, крупного послеоперационного дефекта, т. е., по сути, кишка заполняет этот дефект вместе с мезоректальной клетчаткой. А вариант грыж, о которых Вы сказали, мы не наблюдали у наших пациентов. Думаю, это можно связать с достаточно герметичным закрытием этого дефекта ягодичными мышцами.

Профессор А. Е. Демко (председатель): Удалено С2 и ниже, плюс в аннотации написано, еще и боковые массы ушли. Как пациентка реабилитировалась? Сколько она в положении лежа находилась? Почему не применяются конструкции, стабилизирующие позвоночно-подвздошные отделы, или это не надо?

– Здесь, на самом деле, алгоритм уже существует. Если мы выполняем тотальную сакрэктомия, или ампутацию крестца, когда доходим до 5 поясничного позвонка и граница резекции лежит на диске L5–С1, без конструкции не обойтись никак, потому что стабильность заднего отдела тазового кольца тотально нарушена и мы выполняем стабилизацию многокомпонентными конструкциями, и дополнительно используем трансплантат малоберцовой кости, чтобы восполнить этот дефект между крыльями таза. В этой ситуации мы смогли выполнить, скажем, экономную резекцию боковой массы в пределах здоровых тканей, но при этом не нарушили стабильности, поэтому не потребовалось инструментальной стабилизации. Но когда выполняется тотальная сакрэктомия, всегда это нужно.

2. И ей не потребовалось длительное нахождение в постели?

– Она на первые сутки вертикализована. Мы, наоборот, к этому ее сподвигли, чтобы минимизировать, во-первых, риски вторичных осложнений тромбозомболических и с точки зрения восстановления двигательных функций, чтобы она сразу же почувствовала опору ног и их возможности к передвижению.

3. Инвазия сосуда или это только прилежание к сосудам было?

– У этой пациентки было прилежание и именно поэтому мы смогли обойтись только задним доступом. Когда мы имеем дело с инвазией капсулы, используем комбинированный подход, когда из переднего внебрюшинного доступа мы сначала мобилизуем сосуды, перевязываем те, которые проникают в капсулу, и потом, повернув пациента на живот, выполняем заднюю резекцию.

Прения

Профессор Н. Ю. Коханенко: Демонстрация безумно интересная и опухоль довольно редкая. Несмотря на то, что это институт фтизиопульмонологии, опыт довольно большой, и я думаю, поэтому больные идут. Редкая опухоль и 9 наблюдений за такой небольшой период. И больные живут 5 лет – 98 % – это очень хорошие результаты. Вот я так, вспоминаю, наверное, Петр Казимирович помнит тоже, когда Николай Васильевич Путов был адъюнктом (адъюнкт в академии – это как аспирант в гражданском вузе) помогал оперировать профессору Варанцев в академии и профессор буквально опухоль срезал с подвздошной кости и Николаю Васильевичу уже было около 80 лет, и он говорил – пациентка до сих пор меня поздравляет с Новым годом и с днем рождения. Т. е. были потрясающие результаты, несмотря на то, что с онкологической точки зрения опухоль была довольно запущена, и опять Николай Васильевич Путов говорил, почему 5-летняя выживаемость – это хорошо, кто бы из нас отказался от года жизни. А здесь 98 % – 5 лет, но это потрясающие результаты и резектабельность 100 % еще более потрясающе. Еще раз поздравляю авторов.

Профессор А. Е. Демко (председатель): Хочется поздравить авторов с такими успехами, которых они достигли в лечении крайне редкой патологии, потому что это один из немногих центров, который занимается лечением именно этой патологии. Хирурги встречаются с инвазией опухоли, но помимо редкости этой патологии пациенты с этой болезнью к нам приходят, когда есть уже большие опухоли и вариантов лечения остается крайне мало, потому что все-таки эффективность лечения у таких больных заключается в функциональных результатах и пойти на резекцию, если взять пациента, например, с нижней параплегией с недержанием мочи, наверное, не надо. В данном случае мы посмотрели и убедились, что в стационаре действительно имеется взвешенный подход к лечению опухоли такой локализации и такой морфологии. Поэтому поздравляем авторов. Удачи вам с накоплением опыта. Спасибо большое.

З. Д. В. Ручкин, В. А. Козлов, В. А. Исаков, В. И. Филипенко (ФГБУ «НМИЦ хирургии имени А. В. Вишневского» МЗ РФ, ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии»). **Сегмент тощей кишки на сосудистой ножке в реконструктивной хирургии пищевода и желудка.**

Цель доклада – показать безопасность и эффективность первичных и повторных резекционных вмешательств на желудке и пищеводе путем использования сегмента тощей кишки на сосудистой ножке.

Современный аналитический уровень знаний о функции пищеварительной системы указывает на теневые стороны желудочной хирургии с позиции критического осмысления ее отдаленных результатов, где ключевым критерием эффективности выступают болезни оперированного желудка (БОЖ), возникающие в разные сроки после хирургического лечения. Частота их составляет 30–50 %, а клинические проявления протекают тяжелее, чем патология, ставшая причиной операции.

В основе патогенеза БОЖ лежит потеря части или всего органа с утратой резервуарной функции, привратникового механизма и дуоденального пассажа пищи. Совокупный ущерб пищеварению превышает его компенсаторные возможности и неизбежно приводит к развитию таких патологических состояний, как демпинг-синдром, синдром мальабсорбции, агастральная астения, кахексия и т.п. Желание избежать тяжелых нарушений пищеварения после операций на желудке – давнее стремление хирургов, о чем свидетельствует большое количество фундаментальных работ по созданию и поиску наиболее физиологических вариантов реконструкции после резекции желудка и гастрэктомии. В тематической литературе намечена тенденция ухода от традиционных модификаций в пользу более сложных, но выгодных для пищеварения способов. Предложенные варианты направлены на создание клапанных анастомозов и резервуаров на петлях по Ру и по Брауну. Но они не решают основной недостаток петлевой реконструкции – выключение двенадцатиперстной кишки из пищеварения, являющееся основной причиной БОЖ.

Еще в 50-х гг. XX столетия была сформулирована доктрина реконструктивной хирургии желудка, согласно которой физиологический вариант гастропластики должен реализовать основные два постулата: редуоденизация – сохранение дуоденального пассажа пищи и резервуарность – т. е. создание кишечного резервуара. У истоков ее стояли отечественные хирурги П. А. Куприянов (1925), Е. И. Захаров (1938), чьи идеи были воплощены в одном из наиболее простых и физиологических способов восстановления желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) после резекции желудка и ГЭ – изоперистальтической еюногастропластики (ЕГП). За 100-летнюю историю рутинного применения ЕГП так и не получила, главным образом по причине ее технической сложности. Так, с уходом основоположников и новаторов она оказалась практически

забыта, а исторические приоритеты отечественных хирургов и вовсе утрачены.

В зарубежной литературе интерес к физиологическим вариантам гастропластики сохранился, однако существующие работы до сих пор немногочисленны, а выводы различных сравнительных исследований с традиционными способами реконструкции после ГЭ и резекции желудка противоречивы. Несправедливо забыта тощекишечная эзофагопластика, которая на заре реконструктивной хирургии являлась основным вариантом замещения пищевода. Все это поддерживает особый научный и практический интерес к применению интерпонируемого тощекишечного сегмента для полного или частичного замещения желудка и пищевода.

В НМИЦХ имени А. В. Вишневского разработаны и внедрены оригинальные методики пластики желудка и пищевода сегментом тощей кишки на сосудистой ножке при первичных и повторных операциях. В докладе систематизирован и проанализирован накопленный опыт центра – более 300 операций, подведен некий итог практической и научной деятельности отделения, указывая на дальнейшие пути развития и перспективы еюногастро(эзофаго)пластики. Разработана концепция ЕГП при первичных и реконструктивных вмешательствах на желудке и пищеводе с учетом объема операции и индивидуальных особенностей больного. Исследование направлено на профилактику и лечение болезней оперированного пищевода и желудка с целью скорейшей социальной и трудовой реабилитации пациентов.

Ответы на вопросы.

Профессор А. В. Хохлов: Скажите, пожалуйста, каким объективным способом изучался рефлюкс после гастропластики тонкой кишки? Я задаю этот вопрос, потому что метаанализы на больших исследованиях доказали, что Ру – самый оптимальный способ реконструкции. Именно потому, что остается длинная алиментарная петля не менее 40 см, которая препятствует щелочному рефлюксу. Потому что, если делать ее меньше, появляются щелочные рефлюксы, анастомозиты и язвы в анастомозе. А здесь вы напрямую соединяете, и фактически даете путь щелочному содержимому.

– Спасибо за вопрос. Здесь же основная проблема – эзофагит, метаплазия. Мы боимся дисплазии, и воздействие агрессивного содержимого, в данном случае желчи, неизбежно приводит к эзофагитам. Но эндоскопия – это, наверное, самый объективный метод. Если говорить о жалобах, то это изжога, но изжога есть у пациентов, не оперированных на желудке. Мы же не просто так сделали эти операции и ездим, и говорим о том, какие они хорошие. У нас проводится многоцентровое исследование, поэтому мы и подключили НИИ питания. Начитавшись литературы, статей, мы к ним сразу пришли. Давайте проводить Ph- и Pdans-метрию. Но вы поймите, здесь есть и свои объективные стороны, во-первых, как расположить датчики, во-вторых, что мы ищем. Мы их будем лечить, гасить щелочную среду, но желудочной секреции нет, больные без желудка. Они нас отговорили от этого. Считают, что самый объективный вариант, чего мы, хирурги, боимся – это эзофагит, но эндоскопия – это оптимально.

Профессор Д. И. Василевский: Спасибо большое за очень интересный и содержательный доклад. Вы говорите о резервуарной функции того кондукта, который формируете. В чем его идея, смоделировать желудок. Но ведь у желудка другая функция – не резервуарная, а механическое и химическое переваривание пищи. Если взять два сегмента кишки и пересечь циркулярный мышечный слой, то мы получаем неперистальтирующий, или малоперистальтирующий резервуар, который не имеет ни ферментов, ни мышечного аппарата для механической обработки пищи?

– Но резервуар в первую очередь. Мы имеем депо пищи, где бы она хранилась и в последующем благодаря активности 12-перстной кишки, где заложен весь ритм тонкого кишечника, за счет хотя бы накопления какой-то части контраста, пищи. Вот в этом мы понимаем резервуарную функцию этого сегмента и его расширения, накопления. По рентгенограмме мы видим, что контраст сохраняется там в течение какого-то времени и мы полагаем, что и пища там сохраняется.

Профессор И. А. Соловьев: 1. Спасибо большое за интересное сообщение. У меня ряд вопросов. У вас несколько отделений хирургических? Это рутинная практика всего вашего стационара или это авторская методика и используется только конкретными хирургами?

– Нет, у нас одно отделение пищевода и желудка в центре. И оно занимается этим. Мы стараемся рутинно применять. Представлен накопленный опыт за 10 лет.

2. Вы отошли от традиционных методов реконструкции?

– 85 петель Ру мы сделали за это время, а остальное все еюногастропластика. Вот то, что мы в сравнении и указали.

3. Вы не удовлетворены функциональными результатами в связи с высокой частотой рефлюкс-эзофагита после реконструктивных вмешательств? И поэтому Вы стали искать альтернативные пути? Не совсем понятно, реконструкция по Ру, единичные, возможно, случаи, в практике отмечают, что при рефлюкс-эзофагите действительно 40–60 см петля дает хорошие результаты. Извините, через 3–6 месяцев пациент может есть любую пищу в любых объемах. Крайне редко возникают такие жалобы. Идеология непонятна. Если честно, не убедили.

– Мы не имеем ничего против петли Ру, ее выполняли уже столетиями и весь мир уже перешел на нее, но мы ищем варианты лучше, что здесь спорить. Если есть вариант, восстановите естественный пассаж пищи. Мы для того и затеяли это исследование, чтобы доказать, что еюногастропластика безопасна по частоте осложнений, у нас такая научная идея в большей степени.

Профессор К. В. Павелец: 1. Спасибо большое за представленный доклад. У меня два вопроса. Имеет ли значение, по Вашему мнению, методика формирования эзофагогастро- и эзофагоэнтероанастомоза в развитии рефлюкс-эзофагита? Потому что основная масса, как я понимаю, это рефлюкс-эзофагит и плохие функциональные результаты. Я имею в виду, есть различные методики: по Сапожкову, по Цицианиди, по Гилеровичу, аппаратные, но различные методики формирования анастомозов.

– Вы имеете в виду – по нашему мнению? Откровенно говоря, мы не делаем другие анастомозы. По традиции школы нам сказали делать как Дмитрий Валерьевич Ручкин, как его учили – однорядный пищеводотонкокишечный анастомоз «конец-в-конец». Мы его и выполняем, у нас мы не видели других, т.е. не выполняли сами. И нам сложно сказать, что один лучше, а один хуже, если мы их не делаем. У нас нет такого.

2. Это ваш личный материал или все-таки к вам поступают больные на реконструктивные операции, оперированные по всей стране? Если это так, то сколько примерно больных поступило к вам, которые оперированы в других лечебных учреждениях? Или это все ваши пациенты, которых вы согласно своей стратегии уже оперируете так, как ваша школа решила?

– Нет, эти пациенты, которым была выполнена реконструктивная еюногастропластика, не оперированы у нас в центре – они к нам обратились с этой проблемой и мы их оперировали. Это пациенты с петлевыми вариантами пластики, мы им делаем редуоденизацию – 56 больных.

Профессор А. Е. Демко (председатель): У меня был похожий вопрос по поводу анастомозов. У вас принципиально в реконструктивной хирургии ручной или аппаратный анастомоз?

– Только ручной. У нас принципиально ручной.

В. В. член нутрициологической команды ПСПБГМУ им. И. П. Павлова(???) : Почему в качестве методов оценки достаточности нутритивного статуса пациента вы используете только белковые компоненты, а именно гемоглобин и альбумин, при этом исключаете различные электролитные патологии, как уровень К и Na и в частности уровень фосфатов, ведь доказано, что пациенты с онкологическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта находятся в группе риска по демпинг-синдрому, который наиболее часто встречается после начала энтерального питания у пациентов?

– Здесь видите, в чем дело. Это только перечень небольших маркеров питания, которые оцениваются в институте питания, с которым мы работаем. Если сейчас указывать все это, будет демонстрация минут на 5 как минимум. Дополнительные слайды нужно будет загружать. Здесь были отражены лишь только те статистические различия между ними по этим критериям, которые указаны в докладе.

Прения

Профессор К. В. Павелец: Большое спасибо за представленный материал, но, если честно сказать, я запутался во всех вариантах вставок – в каком случае какую нужно делать. Это понятно, что для каждой операции существуют свои показания. Я не зря спросил о том, ваши ли это больные или они поступали к вам со всех городов, весей нашей страны. Но я помню, когда я был совсем молодой и осваивал вариант резекции желудка, в свое время резекция желудка была высшим пилотажем, и количество постгастрорезекционных синдромов составляло чуть ли не 40 %. Люди писали диссертации и проводили различные исследования. Занимались совершенствованием резекции желудка – там же тоже есть много разных моментов, когда возникает демпинг-синдром, когда не возникает, когда возникает синдром приводящей петли и люди, которые занимались этой хирургией, достигли определенных высот в отсутствии именно постгастрорезекционных синдромов, но в единичных случаях. Аналогично и здесь. В ваших руках, вероятно, это выглядит красиво, но мне трудно представить, как после проксимальной резекции желудка нужно делать вставку для того, чтобы не было рефлюкс-эзофагита. Поэтому с учетом того, что вы работаете в первой столице, к вам стекается, вероятно, большое количество больных, которых оперировали, мягко говоря, не совсем профессионалы. А так я вас благодарю за ваш материал. Я слышал вас на РОХе, но я не стал задавать вопрос по проксимальным резекциям, время было ограничено. Я с удовольствием послушал бы более расширенный ваш доклад на нашем Пироговском обществе. Вы абсолютно правы, для каждого пациента должны быть определенные показания для реконструктивной операции. Меня больше поразило то, но это ваша направленность, если к вам поступает пациент изначально с раком желудка, как я понял, вы делаете гастрэктомию и сами делаете вставки и не используете наиболее используемые в настоящее время петлю по Ру. Но это доказано, что петля по Ру дает оптимальный функциональный результат. И если сформировать межкишечный анастомоз в 60 см от эзофагоанастомоза, не будет никакого рефлюкс-эзофагита. Потом, естественно, большое значение имеют методики формирования пищевода анастомоза. Мне импонирует то, что вы за ручной анастомоз. Но односторонний анастомоз всегда будет давать рефлюкс, если не соблюсти достаточное расстояние от эзофаго- до межкишечного анастомоза. Большое спасибо.

Профессор А. Е. Демко (председатель): Также хочу поблагодарить авторов, которые приехали к нам. Институт хирургии имени А. В. Вишневского – наверное, такое учреждение,

которому нельзя не доверять, и я поддерживаю Константина Вадимовича, что хватило бы доклада и представленных данных, касающихся реконструктивных операций после где-то неудачно сделанных операций. Но поскольку страна большая и пациенты все равно будут обращаться, в общем, хорошо, что есть центр, где могут помочь таким больным, потому что они должны концентрироваться там, где есть большой опыт реконструктивных операций, потому что эти операции крайне высокого, наверное, уровня. Мы мало этим занимаемся, исторически сложилось, что раньше занимались такой хирургией. Но, что касается реконструктивной хирургии, это видно по тем представленным слайдам, т. е. те кишечные реконструкции, которые выполняются на фоне выраженного спаечного процесса, а я тоже не зря задал этот вопрос, потому что и по нашим данным, мы выполнили большое количество реконструктивных операций на тонкой кишке у больных со свищами.

Мы пришли к тому, что отказались от выполнения аппаратных анастомозов у таких больных, которых нужно оперировать на фоне выраженного спаечного процесса, даже пересечение кишки и даже трехрядным швом аппаратом мы всегда укрываем швами. И к этому приходишь, наверное, через годы. Сейчас появились статьи, многоцентровые исследования, касающиеся реконструктивных операций по поводу кишечных свищей, где действительно достоверно доказано, что применение ручного шва именно у больных с реконструктивными операциями на фоне спаечного процесса дает лучшие результаты, чем аппаратного. Поэтому еще раз спасибо авторам за то, что они набрались мужества приехать. Спасибо всем за участие.

Поступил в редакцию 22.11.2024 г.

2597-е заседание 13 ноября 2024 г.

Председатель – профессор А. О. Аветисян

1. В. Г. Лицкик, К. Ю. Мусатов, А. И. Коваленко, Т. С. Кесаев (ГБУЗ СПб Городской клинический онкологический диспансер). **Многослойная неригидная пластика обширного дефекта передней части грудной стенки после удаления гигантской хондросаркомы грудины.**

Цель демонстрации – показать эффективность многослойной неригидной пластики при замещении дефектов грудной стенки после обширных ее резекций.

Основным методом лечения сарком является их хирургическое удаление. После удаления сарком грудины зачастую образуется обширный дефект, требующий сложных методов реконструкции каркаса грудной клетки. Мы представляем оригинальную методику закрытия пострезекционного дефекта передней грудной стенки при лечении хондросаркомы тела грудины.

Пациент Ч., 64 лет, в конце декабря 2022 г. обратился в Санкт-Петербургский городской клинический онкологический диспансер в связи с появлением в мягких тканях грудной стенки плотной безболезненной опухоли и ее ростом в динамике. Выполнена трепан-биопсия опухоли. При гистологическом исследовании получены фрагменты гиалинового хряща без атипии. При компьютерной томографии грудной клетки выявлено, что тело и мечевидный отросток разрушены много узловой опухолью размерами 112×105×205 мм, имеющей неоднородную структуру с многочисленными костными фрагментами. При дополнительном обследовании отдаленных и регионарных метастазов не выявлено. Учитывая клинкорентгенологическую картину и результаты гистологического исследования, установлен диагноз «Хондросаркома тела грудины (тотальное поражение)». 28.02.2023 г. выполнена операция: удаление опухоли грудной стенки со стернумэкто-

мией, резекцией ребер и многослойной неригидной пластикой дефекта грудной стенки алломатериалами и перемещенными лоскутами. Гистологически верифицирована хондросаркома Grade 1 (края резекции проходят среди неизмененных тканей). Послеоперационный период протекал с болевым синдромом в ближайшие несколько суток после операции, а также с интоксикационным синдромом (на фоне обширной серомы послеоперационной раны) и длительным астеническим синдромом. На фоне консервативного лечения вышеперечисленные синдромы полностью купированы. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением. На 23-и сутки после операции пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

На настоящее время у пациента жалоб на ограничение в обычной повседневной физической активности нет. При контрольном обследовании (компьютерная томография грудной клетки и брюшной полости) рецидива (прогрессирования) опухолевого процесса не выявлено.

Ответы на вопросы.

К. м. н. С. В. Атюхов: 1. На каком уровне Вы пересекаете рукоятку грудины?

– Треть рукоятки была резецирована.

2. До какого уровня удалось применить сетчатый материал?

Д. м. н. И. М. Батыршин: Треть рукоятки была резецирована и как осуществляли пластику?

– Использовали многослойную неригидную пластику дефекта грудной стенки алломатериалами и перемещенными лоскутами.

2. Учитывая то, что мы идем вне опухоли, не боялись использовать данный вид пластики и поэтому у пациента нет осложнений?

3. Опухоль проходила по краю сердца.

Профессор Б. В. Сигуа: 1. Рассматривался ли вопрос о сетке из искусственной брюшины?

– Мы сразу рассматривали сетку и, если бы была резекция, мы бы ее использовали.

2. Куда распространялась опухоль?

– Опухоль без инвазии в брюшную полость, поэтому у нас был такой доступ. Помощь в виде лапароскопической ассистенции нам не требовалась.

Профессор А. А. Завражнов: Мы имеем дело с онкологическим пациентом – необходима ли ему комплексная терапия?

– Комбинированное лечение в конкретном случае – высокодифференцированная опухоль – ему не проводилось.

2. Мы, общие хирурги, делаем операцию из стернотомического разреза. Почему использовали проволочную нить?

– С точки зрения применения проволочной нити этой методики придерживается наш руководитель.

3. Ту же каркасную конструкцию нельзя было использовать?

– Что касается специальных конструкций мы их не рассматривали.

Прения

Профессор А. О. Аветисян (председатель): Очень положительным моментом является то, что рукоятку грудины удалось сохранить.

2. А. Е. Демко, Г. А. Пичугина, И. М. Батыршин, Д. В. Фомин, В. М. Луфт, А. А. Сиваков, М. Е. Борисова (ГБУ СПб НИИ СП им. И. И. Джанелидзе, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова). **Успешное лечение пациента с первичным гиперпаратиреозом и множественными несформированными свищами желудочно-кишечного тракта.**

Цель демонстрации – показать редкую причину желудочно-кишечных кровотечений и ранних послеоперационных осложнений у хирургического больного, а также показать

успешное применение тактики этапного хирургического лечения несформированных свищей ЖКТ.

Пациент Р., 40 лет, поступил переводом из хосписа г. Пензы в отделение реанимации НИИ СП им. И. И. Джанелидзе 07.05.2023 г. в тяжелом состоянии с множественными свищами ЖКТ. В январе 2023 г. оперирован по поводу ЖКК – гастротомия с прошиванием язвы желудка. Течение заболевания осложнилось множественными свищами ЖКТ. В 2014 г. пациент перенес операции по поводу лейомиомы нижней трети пищевода: резекция пищевода и проксимальная резекция желудка, гастроэнтеростомия с межкишечным анастомозом по Брауну, холецистолитотомия, холецистостомия.

При поступлении: имеет место лапаростома 25×20 см, в которую открывались несформированные свищи желудка (1) размерами 10×12 см, поперечно-ободочной кишки (2), в правой подвздошной области – функционирующая двустольная илеостома. Принято решение о проведении этапного хирургического лечения. 19.06.2023 г. выполнена первая операция в объеме – лапаротомия, энтеролиз, резекция поперечно-ободочной кишки, несущей свищи, разобщение гастроэнтероанастомоза, устранение илеостомы – (резекция кишки с анастомозом), формирование одноствольного асцендостомы.

Послеоперационный период осложнился тяжелой энтеральной недостаточностью в виде энтеростаза, несостоятельностью швов желудка, что потребовало релапаротомии с последующим формированием желудочного свища. Причиной нарушений моторно-эвакуаторной функции ЖКТ явился первичный гиперпаратиреоз, осложненный гиперкальциемическим кризом. 3.08.2023 г. – удаление аденомы левой верхней паращитовидной железы, а 30.08.2023 г. – удаление аденомы левой и правой нижних паращитовидных желез. Состояние больного стабилизировалось.

14.09.2023 г. выполнена вторая этапная операция – лапаротомия, энтеролиз, дистальная резекция желудка по Ру. Больной выписан на 211-е сутки на амбулаторное лечение.

07.03.2024 г. выполнена операция по восстановлению непрерывности толстой кишки с устранением стомы. Пациент выписан на амбулаторное лечение 09.04.2024 г.

Ответы на вопросы.

Профессор А. О. Аветисян: Скажите, во время первой операции у больного была уже энтеростома?

– В 2014 г. пациент перенес операции по поводу лейомиомы нижней трети пищевода: резекция пищевода и проксимальная резекция желудка, гастроэнтеростомия с межкишечным анастомозом по Брауну, холецистолитотомия, холецистостомия.

Профессор Д. И. Василевский: 1. Как этот человек оказался в хосписе?

– Нам это не известно. Очевидно, перевели из больницы после проведенного лечения.

2. Лечение у вас оплатил территориальный фонд ОМС?

– Этому больному оплатили только одну операцию. Нам не оплачивал.

Профессор Б. В. Сигуа: 1. Удалось ли Вам увидеть морфологическое заключение «лейомиома»?

– К сожалению, мы не нашли – был в хосписе.

2. Почему Вы решили выполнить операции на паращитовидных железах в 2 этапа?

– Пациент был в гиперпаратиреозидном кризе. И он адекватно был сложным. Было сделано КТ. И максимально была увеличена левая верхняя доля, и она была удалена. Сразу паращитовидный гормон снизился, но потом он снова увеличился и поэтому после дополнительного обследования решили выполнить вторую операцию.

Профессор Н. Ю. Коханенко: У вас самый большой опыт выполнения таких операций. Мы все работаем с

администрацией больниц – нас бы за 5 млн очень наказали, как удалось уговорить администрацию?

– Очевидно, договаривались родственники, мы этого не знаем.

Профессор А. Ю. Корольков: Кто делал первую операцию и сколько она длилась?

– Первую операцию выполняли в 2014 г., кто выполнял и сколько длилась, не знаем.

Доцент К. В. Медведев: Как удалось перевести с хосписа города Пензы?

– Переводили, договаривались пензенские службы, и они же его доставили.

Прения

Профессор Б. В. Сигуа: У меня нет комментариев. У меня есть только слова восхищения. Представьте его ситуацию... Но ему все-таки повезло, и он попал в институт имени Джанелидзе. Хочу отметить их смелость. Спасибо и примите мои поздравления.

Профессор А. О. Аветисян (председатель): Мы тоже хотим поздравить Андрея Евгеньевича и его команду от всей души. Поздравляем!

З. А. Ю. Корольков (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова). Академик Ф. Г. Углов – национальная гордость России.

Цель доклада – показать основные моменты биографии и достижения академика Ф. Г. Углова.

Академик Федор Григорьевич Углов является легендой не только отечественной, но и мировой медицины. Стаж его хирургической работы – 75 лет, за которые он выполнил около 7 тыс. операций, многие из которых уникальны и сделаны им впервые. Итог его профессиональной работы – тысячи спасенных жизней. Свою последнюю операцию он провел в столетнем возрасте, благодаря чему он был занесен в Книгу рекордов Гиннеса как старейший в истории медицины практикующий хирург. Федор Григорьевич Углов поистине считается пионером сердечно-сосудистой хирургии в Советском Союзе, его операциям аплодировали и в России и за рубежом. Вклад Ф. Г. Углова в отечественную медицину невозможно переоценить. Он одним из первых в стране провел сложнейшие операции на пищевом тракте при заболеваниях легких, врожденных и приобретенных пороках сердца, аневризме аорты. Углов – автор «Искусственного клапана сердца и способов его изготовления», разработчик оперативных методов и инструментов, создатель блестящей школы хирургов, ученых и преподавателей.

Ответы на вопросы.

В. И. Николаев (бывший заведующий отделением): Я работал в клинике Ф. Г. Углова. Мое первое поручение было принести кровь. Федор Григорьевич делал операцию собаке – постановка двухстворчатого клапана. Меня удивило то, что операция проходила совершенно молча. Федор Григорьевич был выдающимся человеком. Он создал великолепный коллектив. Прежде чем идти на операцию, нужно было сначала обязательно сходить в анатомичку. Федор Григорьевич запретил курение в клинике. Если хотят лечиться в клинике, пусть бросают курить. Докторам говорил: «Если еще закуришь, я тебя рассчитаю». Также своими воспоминаниями поделились бывшие коллеги: подчеркнули его человечность, большой хирургический талант и неограниченные организаторские способности.

Профессор Н. А. Бубнова: Глубокоуважаемые коллеги! Несколько лет назад я была в комиссии по приему экзаменов. 5 лет была с ним на госэкзаменах. Светлая память Федору Григорьевичу. Спасибо Андрею Юрьевичу за хороший доклад. Учителей нужно помнить.

Профессор А. О. Аветисян (председатель): К сожалению, я лично не был знаком с Федором Григорьевичем. Но с удовольствием прослушал доклад о его жизни, достижениях в науке и высочайшем профессионализме в хирургии. Спасибо всем за участие в заседании.

Поступил в редакцию 30.11.2024 г.

2598-е заседание 27 ноября 2024 г.

Председатель – профессор Б. В. Сигуа

1. С. Л. Непомнящая, В. Н. Данилин, К. Г. Шостка, А. М. Белоусов (Клиника высоких медицинских технологий им. Н. И. Пирогова СПбГУ). **Случай позднего осложнения субтотальной резекции желудка.**

Цель демонстрации – показать редкий вариант позднего осложнения «синдром приводящей и отводящей петли», вызванный обструкцией отводящей петли за счет спаечного процесса, с пептической язвой тонкой кишки.

В настоящее время резекции желудка выполняются относительно редко вследствие прогресса в терапевтическом лечении язвенной болезни и внедрения эндоскопических технологий в лечение раннего рака желудка. За последние 10 лет мы нашли в отечественной литературе только 9 работ, посвященных синдрому оперированного желудка. В связи с этим хотим поделиться нашим клиническим наблюдением.

Пациент З., 63 лет, обратился в Клинику ВМТ им. Н. И. Пирогова СПбГУ в марте 2024 г. с жалобами на боли в эпигастральной области, изжогу, тошноту после приема пищи, рвоту съеденной пищей, похудание, повышенную утомляемость, урчание в левых отделах живота, жидкий стул до 5 раз в сутки. В 2004 г. была выполнена резекция желудка по Бильрот II на длинной петле с анастомозом по Брауну по поводу перстневидноклеточной аденокарциномы рТ1N0M0.

С 2020 г. отметил появление вышеуказанных жалоб. С 2021 г. по 2022 г. потерял 20 кг массы тела. При ФГДС 30.01.2024 г.: желудок резецирован. Культи желудка средних размеров, содержит желчь, слизистая оболочка гиперемирована, анастомоз функционирует, проходим. Отводящая петля без особенностей. В приводящей петле много содержимого. В области шпоры межкишечного анастомоза звездчатый рубец красного цвета. Заключение: оперированный желудок. Язва анастомоза (рубцевание).

МСКТ ОБП 12.03.2024 г. Состояние после резекции желудка (Бильрот 2?). Определяются раздутые максимально до 71 мм петли тонкой кишки с отдельными уровнями жидкости (в левом подреберье и по левому флангу).

Рентгенокопия 13.03.2024 г.: желудок резецирован по Б-2. Барий свободно поступает в отводящую и приводящую петли тонкой кишки. Петли тонкой кишки образуют единый конгломерат слева в эпигастрии и мезогастррии. Просвет тонкой кишки значительно расширен, деформирован. Отмечается маятникообразное перемещение контрастного вещества по петлям конгломерата. На отсроченной рентгенограмме через 40 мин весь контраст сохраняется в петлях конгломерата – пассаж по другим отделам не прослеживается.

ФГДС 25.03.2024 г. Желудок резецирован (2/3 по Б2). В просвете остаточное содержимое (непереваренная клетчатка). Угол Гисса выражен хорошо. Кардиальный жом смыкается не плотно.

Анастомоз широкий, свободно проходим. Слизистая гиперемированная, отечная. За анастомозом, напротив него в тонкой кишке отмечается язвенный дефект округлой формы до 10 мм под налетом фибрина. Края ровные, ямки округлой формы.

Заключение: оперированный желудок. Эндоскопические признаки хронического гастрита культи желудка, анастомозит.

Язва тонкой кишки (напротив анастомоза). Еюногастральный рефлюкс желчи.

Пациент госпитализирован для выполнения реконструктивной операции.

29.03.2024 г. выполнена операция: культя желудка небольших размеров, гастроэнтероанастомоз с грубыми рубцовыми изменениями, деформирован таким образом, что имеется открытый прямой доступ в приводящую петлю тонкой кишки, которая резко расширена, с гипертрофированной стенкой и практически не перистальтирует. Отводящая петля кишки спавшаяся. Межкишечный анастомоз расположен на 40 см ниже гастроэнтероанастомоза, широкий – около 8 см, свободно проходит. Петли кишечника в зоне межкишечного анастомоза и ниже не изменены. Выполнена экономная резекция культи желудка с приводящей петлей тонкой кишки. Гастроэнтероанастомоз сформирован по типу Ру-анастомоза.

Послеоперационный период гладкий. Выписан на 5-е сутки после операции.

Обследован через 5 месяцев после операции. Рост: 178 см, масса тела: 72 кг. ИМТ: 22.7. Жалоб нет.

ФГДС 28.08.2024 г.: осмотрена отводящая петля тонкой кишки до межкишечного анастомоза, просвет широкий. В просвете прозрачная желчь. Слизистая розовая, бархатистая. В проекции межкишечного анастомоза без сужений, без язвенных дефектов. Аппарат свободно проходит.

Заключение: оперированный желудок. Эндоскопические признаки хронического гастрита культи желудка. Ксантомы желудка.

Рентгеноскопия 29.08.2024 г. Состояние после операции – резекция культи желудка с реконструкцией желудочно-кишечного анастомоза, формирование анастомоза на отключенной петле по Ру. Пищевод свободно проходит для контрастного вещества. Культя желудка натощак пуста. Барий в быстром темпе поступает в просвет тонкой кишки, пассаж по тонкой кишке не нарушен.

Ответы на вопросы.

Профессор В. А. Соловьев: Почему Вы так сформулировали диагноз: что такое синдром приводящей петли, а не спаечная болезнь?

– Термин взят из рентгенологического диагноза, в лучевой диагностике такой термин присутствует.

Профессор А. Е. Демко: 1. Барий все-таки дошел до толстой кишки?

– Безусловно, барий попал в толстую кишку через сутки.

2. Остался ли барий в культе или только в приводящей петле?

– В культе не оставался, а в приводящей петле был.

– 3. Кроме болей нарушение стула было?

– Все 4 года жалобы были одинаковые.

Профессор В. А. Кашенко: 1. Спаечные процессы захватывали приводящую или и отводящую кишку тоже?

– Только отводящую.

2. Значит, у вас осталась только приводящая кишка? Получается, из желудка пища поступает антиперистальтически, так как идет в приводящую кишку?

– Мы не делали эту вставку, мы просто не стали разрушать сделанное в предыдущей операции.

3. Какая длина кишки может быть антиперистальтической, чтобы эта конструкция состоялась?

– 40 см. Сейчас контраст продвигается медленно, но без заброса.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): 1. Сколько сантиметров оказалось по отводящей петле?

– Во время операции оценить было невозможно, но эндоскопически говорят – 80 см.

2. Где была язва?

– Профессор А. Е. Демко: Чем вы объясните, что до операции контрастное вещество попадало в отводящую кишку?

– Нет, не попадало.

Прения

Профессор А. А. Завражнов: Если бы я не знал подоплеку этого доклада, я бы сказал – оригинально. Первый аспект заключается в том, что нынешняя эндовидеохирургия говорит о том, что чем проще операция, тем лучше. Да, действительно, операция Бильрот 2 совершила революцию. Но нет ничего лучше анастомоза по Ру. Так получилось, что мы за два месяца получили 4 пациентов с подобными расстройствами. Мы проводили анастомоз на длинной петле и делали по Ру. В данном случае я согласен с Виктором Анатольевичем, не перепутали ли хирурги отводящую и приводящую петлю. Но на самом деле, получается, чем проще, тем лучше.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Хочу поблагодарить Светлану Леонидовну за то, что она вынесла эту проблему на обсуждение. Второй аспект: самая плохая операция по поводу резекции по Бальфуру. С Андреем Евгеньевичем я абсолютно согласен. Нет ли заброса в 12-перстную кишку. Что касается операции Бальфуру. Чем же она такая плохая. Она носит порочный круг. Что же по поводу выполненной операции; что случилось у этого пациента – 40 см должно быть отводящей петли, а не приводящей. Там оставили почти метр. Но учитывая хороший результат, особых противоречий я в этом не вижу.

2. Н. П. Коптеев, Т. С. Овчинников, А. В. Лодыгин, А. А. Богачиков, В. А. Кащенко (ФГБУ «СЗОНКЦ им. Л. Г. Соколова» ФМБА России, ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный университет, ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова Минздрава России, кафедра госпитальной хирургии им. В. А. Оппеля, КВТ «Белоостров»). **Опыт лапароскопической герниопластики гигантской послеоперационной вентральной грыжи с предварительным применением ботулотоксина А.**

Цель демонстрации – показать успешное применение ботулотоксина А с целью релаксации боковых мышц передней брюшной стенки и уменьшения грыжевого дефекта в сочетании с малоинвазивным хирургическим лечением гигантской послеоперационной вентральной грыжи.

Больной Х., 36 лет, госпитализирован в хирургическое отделение 26.08.2024 г. в плановом порядке с жалобами на наличие грыжевого выпячивания в области послеоперационного рубца, постоянную ноющую боль в области грыжевого мешка. Из анамнеза известно, что в декабре 2021 г. пациент был госпитализирован в экстренный стационар с диагнозом «острый панкреатит, панкреонекроз». В период с декабря 2022 г. по февраль 2022 г. выполнены множественные оперативные вмешательства, в итоге пациенту выполнена лапаростомия, оментобурсостома, люмботомия справа и слева. В апреле 2023 г. повторная госпитализация для закрытия толстокишечного свища. В связи с выполненными оперативными вмешательствами у пациента развилась гигантская послеоперационная вентральная грыжа. По результатам КТ органов брюшной полости и малого таза от 04.04.2024 г. определялся грыжевой дефект размерами 23×17 см. В мае 2024 г. были выполнены инъекции ботулотоксина (Диспорт 500 ед) в трех точках по средней подмышечной линии в наружную и внутреннюю косые мышцы, поперечную мышцу с каждой стороны. 30.07.2024 г. было выполнено контрольное КТ органов брюшной полости и малого таза с целью оценки эффекта релаксации боковых мышц передней брюшной стенки и размеров грыжевого дефекта. По контрольному исследованию размеры грыжевого дефекта составили 23×15 см, более того, объективно

при напряжении мышц передней брюшной стенки отмечается значимая положительная динамика в виде сближения прямых мышц живота. 27.08.2024 г. пациенту выполнено оперативное лечение – трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика с двухсторонней задней сепарацией по Новицкому (TAPP bi TAR) с иссечением послеоперационного рубца.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На 8-е сутки послеоперационного периода пациент в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение.

Ответы на вопросы.

Профессор Н. А. Бубнова: 1. В каком году ботулотоксин был впервые применен?

– Точный год сказать не могу, но в последние 10 лет он применяется довольно широко.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): 1. Кто вводил препарат?

– Хирург совместно с врачом УЗИ.

2. Как вы квалифицировали грыжи? Внутривентральное давление вы измеряли на операционном столе?

– Да, измеряли, но цифры точно сказать не могу.

3. Вы измеряли индекс операционной адгезии? Оценивали ли риск спаечного процесса и лапароскопической операции?

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Мы ориентировались на результаты наших коллег, которые активно выполняют эту методику.

– Ботулотоксин утвержден у косметологов? Как вы ее проводите?

– Как научное исследование.

Прения

Профессор В. А. Кащенко: Демонстрация посвящена достаточно интересному случаю, но есть ряд спорных моментов. Специалисты часто спрашивают, не проще ли было сделать обычную операцию. Но в результате, используя данную технику, мы имеем более благоприятный результат. Эта операция не только менее инвазивная, но и в анатомическом аспекте более выгодная. Эта методика нуждается в стандартизации, и многие эти вопросы будут подробно рассмотрены конкретно.

Профессор А. Е. Демко: Хотел бы поддержать Виктора Анатольевича в отношении актуальности данной проблемы. Потому что количество подобной патологии увеличивается в геометрической прогрессии. Проблема очень актуальна. Мы через год – два должны быть готовы к ней.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Да, тема актуальна. И пытаются найти оптимальные способы решения данной проблемы. При лечении пациентов, перенесших панкреатит со свищами, необходимо взвешивать использование методики. У нас создано региональное отделение герниологов.

З. Н. Н. Лебедев, А. Н. Шихметов, С. М. Пажитнов, А. В. Исаев, А. А. Бабицкий (Отраслевой клинико-диагностический центр ПАО «Газпром» Санкт-Петербург). **Современные возможности оказания амбулаторной помощи с использованием стационарзамещающих технологий.**

Цель доклада – показать современные возможности оказания амбулаторной помощи с использованием стационарзамещающих технологий.

Роль амбулаторного звена в оказании медицинской помощи в стране растет и является приоритетной в решениях руковод-

ства страны. Однако на практике работа специалистов хирургического профиля в амбулаторных условиях практически не регламентирована, в клинических рекомендациях отсутствует этап оказания амбулаторной помощи, не определен объем оперативных вмешательств, выполняемых в поликлинике, нет единого подхода к штатному расписанию и оснащению оборудованием подразделений, не решены пути адекватного финансирования лечения больных в амбулаторных условиях.

В ОКДЦ ПАО «Газпром» в течение 20 лет выработана система своевременной и высококвалифицированной помощи пациентам хирургического профиля с использованием стационарзамещающих технологий, которая обеспечивает выполнение хирургами сложных оперативных вмешательств под различными видами общей и сочетанной анестезии, минимальное количество осложнений (4 осложнения на 16 тыс. операций), сокращение на 30 % сроков временной нетрудоспособности по сравнению с круглосуточными стационарами.

Проанализирован зарубежный опыт лечения больных хирургического профиля, результаты лечения в условиях центров амбулаторной хирургии и стационаров кратковременного пребывания Москвы и Санкт-Петербурга. Выявлены недостатки и преимущества работы амбулаторного хирурга в различных условиях оказания медицинской помощи.

Предложены общие принципы повышения эффективности оказания хирургической помощи на амбулаторном этапе на основе безопасности, высокого профессионализма, доступности и экономической рентабельности.

Ответы на вопросы.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): 1. А какие операции сегодня выполняют в амбулаторной хирургии?

– Флебология в полном объеме, герниология, но здесь возможны противопоказания; травматология, тонзилэктомия, гинекология.

2. Палаты нужны?

– Да, конечно.

Прения

Профессор А. А. Завражнов: Мне бы не хотелось выступать как организатору финансирования. Но, к сожалению, все упирается в это. Я был в Москве в ЦАХе: было выполнено 350 холецистэктомий плюс герниопластики и т. д. Конечно, Москва немного отличается по тарифам и т. д. Конечно, лучше оперировать в СКП, но, к сожалению, в Санкт-Петербурге ситуация немного другая, и, тем не менее, я считаю это направление очень прогрессивным, экономически выгодным. Поэтому у правления Пироговского общества возникла необходимость услышать этот доклад. В поликлиниках финансирование в СПб идет через администрацию района.

Профессор А. Е. Демко: Полностью поддерживаю Анатолия Анатольевича, но финансирование, конечно, много значит. Поиски подобных учреждений. Проблем много и мы их должны решать. Очередь в стационаре достаточно большая. Плановая операция около 30 дней. Если такие структуры будут при многопрофильных стационарах, будет только лучше.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Хирург – это специалист очень и очень дорогостоящий. И эта система требует модернизации. Надеюсь, все это будет организовано.

Поступил в редакцию 03.12.2024 г.