

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

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

2475-е заседание 14.09.2016 г.

Председатель — В. А. Кащенко

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. К. В. Павелец, Е. Ф. Лацко, П. С. Федорова, А. Д. Таронишвили, А. В. Филиппов, М. К. Павелец (кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова ГБОУ ВПО СПбГПМУ, Мариинская больница). **Вариант хирургического лечения продлённой рубцовой стриктуры пищевода на фоне осложненного течения язвенной болезни.**

Больной Ф., 40 лет, поступил в экстренном порядке в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы 25.01.2012 г. с жалобами на затруднение прохождения твердой и жидкой пищи. 27.10.2011 г. получил химический ожог пищевода неизвестной жидкостью. С 04.12.2011 г. отметил затруднение глотания с постепенным нарастанием. В анамнезе язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ДПК), шов перфоративного отверстия (2009). По данным рентгеноскопии пищевода выявлены продлённая стриктура средней и нижней трети грудного отдела пищевода 0,4 мм на протяжении 9 см, субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка. После подготовки 15.12.2011 г. больной оперирован, выполнены гастродуоденостомия, стволовая ваготомия, микрогастростомия, форсированное бужирование за направляющую нить. В послеоперационном периоде проведены 3 сеанса бужирования за направляющую нить до 39-го бужа. Выписан на 16-е сутки после первой операции. 23.01.2012 г. больной поступил повторно с жалобами на затруднение прохождения твердой и жидкой пищи. Со слов больного, 03.01.2012 г. он проглотил направляющую нить во время приема пищи. К врачу не обращался. С 22.01.2012 г. появилась и стала нарастать дисфагия. После дообследования и подготовки 26.01.2012 г. больному восстановлена микрогастростома, проведена направляющая нить и выполнено форсированное бужирование. Послеоперационный период осложнился флегмоной левой половины брюшной стенки вследствие рубцового стеноза гастродуоденоанастомоза и поступления желудочного содержимого через микрогастростому в мягкие ткани передней брюшной стенки. 31.01.2012 г. флегмона дренирована. После стабилизации состояния 02.02.2012 г. больному сформирован гастроэнтеноанастомоз с межкишечным соустьем по Брауну, проведено форсированное бужирование пищевода до 38-го бужа с экспозицией в 1 ч. В удовлетворительном состоянии больной

выписан на амбулаторное лечение. В последующем пациента ежемесячно бужировали за направляющую нить до 40-го бужа с экспозицией в 1 ч до 27.11.2012 г. Направляющая нить удалена 26.01.2013 г. Дальнейшее бужирование проводили по струне под контролем эндоскопа до 11.01.2016 г. При контрольном эндоскопическом обследовании в феврале 2016 г. свободная проходимость пищевода подтверждена.

Ответы на вопросы. Осиплость голоса появилась до операции. Привратник сохранен. Прибавил в массе тела 12 кг. Принимает противоязвенные препараты. Кислотность до операции не исследована по техническим причинам (дисфагия). После ваготомии наступила анацидность. Во время формирования микрогастростомы через неё проводится только нить как направляющая струна. Струну можно провести всегда. Если стриктура эксцентрична, привлекается эндоскопист. Форсированное бужирование значительно сокращает сроки лечения. Осложнений не было. Назначали облепиховое масло. Из 90 оперированных таким образом больных рак пищевода развился у 3.

В. А. Кащенко (председатель). Наблюдение показало, что малоинвазивный вариант лечения оказался успешным даже на фоне язвенного стеноза.

2. А. М. Карачун, Ю. В. Пелипась, П. А. Сапронов, О. А. Козлов, Д. П. Асадчая (ФГБУ «НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава России). **Лапароскопическое устранение диафрагмальной грыжи после мининвазивной эзофагэктомии.**

По данным литературы, диафрагмальная грыжа (ДГ) после резекций пищевода развивается у 0,3–4% пациентов и в 17% наблюдений протекает бессимптомно. Наиболее часто ДГ проявляется болью в животе и дисфагией. Чаше всего грыжевой мешок располагается в левой плевральной полости, а его содержимым является ободочная кишка. Частота возникновения ДГ после мининвазивной (лапароторакоскопической) резекции пищевода (МИР) четко не установлена в связи с относительно небольшим количеством произведенных в мире подобных операций. Данные литературы относительно хирургической коррекции ДГ после МИР представлены единичными публикациями описательного характера. В ноябре 2014 г. в ФГБУ «НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава РФ обратился мужчина 59 лет, который на протяжении 5 лет наблюдался у гастроэнтеролога по поводу пищевода Барретта. При очередном плановом обследовании диагностирован рак нижнегрудного отдела пищевода, который в институте верифицирован и стадирован

как cT2N0M0. 25.11.2014 г. выполнены миниинвазивная субтотальная резекция пищевода по McKeown, лимфодиссекция 2F. Послеоперационный период протекал без осложнений. Патоморфологическое исследование операционного материала — высокодифференцированная аденокарцинома, врастающая в мышечный слой. Края резекции вне опухоли. В 16 исследованных регионарных лимфатических узлах метастазов опухоли не выявлено. В июле 2015 г. отметил затруднение прохождения пищи по пищеводу, чувство распирания за грудиной после приема пищи. Обратился в институт, где выполнена видеоэндоскопия: устье пищевода свободно проходимо, на расстоянии 20 см от резцов визуализируется эзофагогастроанастомоз диаметром 15 мм. Осмотрен желудочный трансплантат, начиная от уровня анастомоза — в просвете значительное количество пищевых масс. Отмечается сдавление просвета двенадцатиперстной кишки (ДПК) извне (ножки диафрагмы?). Рентгеноскопия пищевода: зона анастомоза свободно проходима для контрастного вещества, просвет анастомоза расширен до 14 мм. Стенки желудочного стебля эластичны. В выходном отделе желудочного стебля отмечается резкое сужение до 8–9 мм (на уровне ножек диафрагмы). Эвакуация замедлена, малыми порциями. Компьютерная томограмма груди и живота: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, грыжевые ворота 45 мм. Через грыжевое отверстие в левую грудную полость пролабируют петли тощей кишки, ободочная кишка в области ее селезеночного изгиба, большой сальник. Определяется компрессия ДПК на уровне диафрагмы. Диагностирована ДГ и сформулированы показания к операции. 03.02.2016 г. выполнено лапароскопическое устранение послеоперационной диафрагмальной грыжи с фиксацией желудочного трансплантата к грыжевым воротам и ножкам диафрагмы. Течение послеоперационного периода неосложненное. Прием пищи возобновлен с 1-х суток послеоперационного периода, дисфагии нет. При контрольной рентгеноскопии нарушений проходимости контрастирующего вещества по желудочному стеблю и ДПК не выявлено.

Ответы на вопросы. Изжога бывает, особенно если принимает пищу в позднее время. Страдает пищеводом Барретта с детства. То же было у отца. Принимает омепразол, ультоп. Наблюдался гастроэнтерологами. После развития рака пищевода больной направлен в онкоинститут. От сетчатого эндопротеза отказались. Опыт миниинвазивных эзофагэктомий насчитывает около 15 операций. Повреждение обеих плевральных полостей при этой операции бывает почти всегда. Диаметр грыжевых ворот около 4 см, поэтому суживать их не стоит, возможно сужение трансплантата.

Прения

Д.И.Василевский. Грыжевого мешка в этом варианте не бывает. Мы также наблюдали ущемление тонкой кишки в хиатальной грыже. Ножки диафрагмы сшивать не нужно. Малигнизация при пищеводе Барретта наблюдается нечасто. Возможно, полезна передняя крурорафия. Риск осложнений при инфицировании протезов повышен, поэтому их использовать не стоит.

В.И.Кулагин. Суживать грыжевые ворота надо. При неэффективности консервативной терапии больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью надо направлять к хирургу. Лучше своевременно выполнить антирефлюксную операцию, чем в последующем резекцию пищевода.

К.В.Павелец. Ущемить трансплантат трудно. Фиксация его опасна нарушением его целостности. Более целесообразно применение сетчатого протеза.

В.А.Кашенко (председатель). Миниинвазивная эзофагэктомия — современное направление в хирургии. Послеоперационные грыжи в зоне проведения трансплантата возможны. Мы однажды наблюдали ущемление при ретро-стернальном расположении трансплантата.

ДОКЛАД

К.В.Павелец, К.В.Медведев, М.Ю.Лобанов, Е.В.Липская, М.А.Протченко, Д.С.Русанов, С.М.Шкабаров, А.А.Соколова, У.А.Дрозд (кафедры факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова СПбГПМУ, общей хирургии СЗГМУ им. И.И.Мечникова, Мариинская больница, Санкт-Петербург). **Перспективы ускоренной реабилитации больных, страдающих раком пищевода, после резекции пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой.**

Цель доклада — показать комплексный подход к прогнозированию и профилактике осложнений, обосновать ускоренное восстановление больных после хирургических вмешательств, в частности, для больных, перенесших резекцию пищевода. Сообщение базируется на результатах лечения 271 больного с верифицированным раком пищевода в период с 2000 по 2014 г., которым была выполнена операция — резекция пищевода с пластикой желудочным трансплантатом, двухзональная лимфодиссекция в объеме D2. После предоперационного стадирования опухолевого процесса, оценки функционального статуса пациента проводили фармакологическую коррекцию сопутствующих заболеваний. Все операции выполняли в условиях сочетанной многоуровневой анестезии, где, наряду с общей, использовались регионарные методы.

Некоторые оперативные технические приемы позволили обеспечить надежность и функциональность пластического этапа операции.

1. Формирование желудочного трансплантата с учетом интраорганной сосудистой магистрали желудка позволило располагать трансплантат в ложе удаленного пищевода, формировать эзофагогастроанастомоз (ЭГА) на шее и в плевральной полости без риска развития ишемии.

2. Выполняемая в начале абдоминального этапа операции дигитопилороклизия обеспечивает раннее восстановление моторики желудочно-дуоденального перехода и переход на энтеральное питание.

3. Декомпрессия желудочного трансплантата до восстановления моторики способствовала снижению парциального давления на его стенки и анастомоза и вероятности микроциркуляторных расстройств, ишемизации и несостоятельности.

4. Использование инвагинационного анастомоза обеспечивает его высокую надежность.

5. Последовательность выполнения оперативного вмешательства, начиная с лапаротомии, с выполнением полного объема, уменьшает время хирургического пособия, длительность анестезии и способствует снижению частоты осложнений в послеоперационном периоде.

Из 271 оперированного больного осложнения возникли у 27 (10%). Несостоятельности анастомоза не отмечено. Летальность составила 5,2%. Средний послеоперационный койко-день — 11. Средний срок нахождения пациентов в отделении реанимации 3 сут.

Таким образом, комплексный подход на этапе диагностики и подготовки к операции, особенности анестезиологического пособия, интраоперационные методики формирования функционально-активного желудочного трансплантата, послеоперационные аспекты ведения больных позволили максимально приблизить реализацию программы ускоренного восстановления.

Ответы на вопросы. Неоадьювантная терапия не проводилась. Fast-track surgery предусматривает физиологичность восстановления пациента. Больных и их родственников перед операцией подробно информируют обо всех особенностях лечения. Гемотрансфузии проводят редко, по очень строгим показаниям. Активизацию больных начинают еще в ОРИТ — с 1-х суток они занимаются лечебной физкультурой, садятся, пьют воду, с 5-х суток им дают жидкую пищу. Послеоперационный койко-день сократился. Частота повторных обращений не увеличилась.

Прения

К.В.Павелец. Неоадьювантную терапию назначают онкологи лишь больным до 60 лет. Наши больные старше. Перистальтика восстанавливается полностью на 5-е сутки. Нарушений эвакуации не было, связываем это с пилородиктоклазией.

А.В.Лодыгин. В Дорожной больнице мы применяем fast-track surgery с 2014 г. Её отработка со всем персоналом заняла почти 1,5 лет. В комплексе 18 мероприятий. Успех достигается при реализации хотя бы 10 из них. Должны быть сформированы группы фармакологов, диетологов, анестезиологов. Предоперационную подготовку проводим амбулаторно, в течение 2 нед. под контролем врача-диетолога. Операцию проводим с перидуральной анестезией, обязательным согреванием больного, уменьшением гемотрансфузий. Самый большой опыт имеют врачи Института хирургии им. А.В.Вишневского.

А.М.Карачун. Результаты хорошие. Основы лечения заложены в международных стандартах. Здесь не все стандарты соблюдены. После химиотерапии больной вряд ли перенесет резекцию пищевода. Малоинвазивная терапия пищевода по-настоящему малотравматична. Это становится ясно с первого же больного. Обязательна минимизация травмы, отказ от зондов и дренажей.

В.А.Кашенко (председатель). Fast-track surgery в России понимается как оттачивание хирургического мастерства, минимизация осложнений, но это понятие гораздо шире. Важна её антистрессовая направленность. Основными элементами её являются малоинвазивность, отточенная техника, мультидисциплинарность.

Поступил в редакцию 14.11.2016 г.

2476-е заседание 28.09.2016 г.

Председатель — Ю.А.Спесивцев

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. Н.Б.Ведерникова, Ю.М.Гомон, Ю.М.Аникин, Д.А.Козулин, К.М.Крылов, А.С.Соловейчик, А.А.Протасов, Н.А.Бубнова (кафедры общей хирургии медицинского факультета СПбГУ и ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, СПбНИИСП им. И.И.Джанелидзе, СПбБГУЗ «Больница Св. Великомученика Георгия»). **Лечение анаэробной некло-**

стридальной инфекции передней брюшной стенки, поясничных областей и левого бедра, осложненной тяжелым сепсисом.

Пациентке Б., 37 лет, в одном из учреждений города 18.12.2014 г. произведена консервативная миомэктомия. 26.12.2014 г. отмечено развитие инфицирования послеоперационной раны передней брюшной стенки с появлением некрозов. Несмотря на проводимую терапию антибиотиками, повторные некрэктомии, гнойно-некротические изменения в ране прогрессировали, нарастали явления интоксикации. 31.12.2014 г. пациентка переведена в гнойно-септическое отделение ГБ № 4. При поступлении диагностирована анаэробная флегмона передней брюшной стенки, осложненная тяжелым сепсисом. Пациентка экстренно оперирована: дренирована разрезами обширная анаэробная флегмона передней брюшной стенки. В послеоперационном периоде больная получала интенсивную терапию в реанимационном отделении. Состояние её оставалось крайне тяжелым. В связи с прогрессированием анаэробного процесса 03.01.2015 г. в области мезогастрия совершены повторные ревизия и санация раны, некрэктомия. 04.01.2015 г. отмечено распространение анаэробного процесса на область левого бедра, поясничные области, эпигастральную область до границы реберных дуг, а также развитие септического шока (СШ). Повторно дренированы гнойные затеки с обширной некрэктомией. 05.01.2015 г. проявления СШ купированы, но состояние больной оставалось тяжелым. На фоне интенсивной терапии 08.01.2015 г. и 13.01.2015 г. производились повторные санирующие операции. С 14.01.2015 г. отмечено постепенное улучшение состояния пациентки. Рана также начала самостоятельно активно очищаться и гранулировать. 26.01.2015 г. больная переведена на профильное отделение. 29.01.2015 г. произведена частичная пластика раны местными тканями. 16.02.2015 г. больная переведена в СПбНИИ СП, где 17.02.2015 г. выполнена свободная кожная пластика обширной гранулирующей раны передней брюшной стенки. Послеоперационный период протекал без осложнений. 13.03.2015 г. пациентка выписана в удовлетворительном состоянии с полностью зажившей раной.

Ответы на вопросы. Прямых путей загрязнения раны не наблюдалось. Высевалась различная флора, не только клостридиальная. Антибиотики подбирали по чувствительности, сменены 3 раза. Для коррекции иммунного статуса применяли иммуновенин, ронколейкин и другие препараты. Использовали перфорированные лоскуты. Чувствительность кожи сохранена. ВАС-аспирацию и гипербарическую оксигенацию не применяли.

Прения

С.А.Шляпников. Больные с некротизирующими инфекциями мигрируют из одних стационаров в другие. Ранее мы демонстрировали больную, где применялась пластика по Красовитову. Микробиологическая диагностика сложна, более полезны мазки-отпечатки с раны.

Ю.А.Спесивцев (председатель). В представленном наблюдении имела место не флегмона, а некротизирующий целлюлит в тонком слое кожи, который авторы успешно вывели.

2. М.А.Шатиль, В.Н. Демин, О.Б.Чернышев, В.В.Сулима, Е.А.Харченко, Ю.М.Гомон, А.С.Соловейчик, А.А.Протасов, Н.А.Бубнова (кафедры общей хирургии медицинского факультета СПбГУ и ПСПбГМУ им. акад.

И.П.Павлова, СПбГБУЗ «Больница Св. Великомученика Георгия»). **Успешное лечение анаэробной клостридиальной инфекции правых ягодичной области, бедра и голени на фоне тяжелого сепсиса.**

Пациент И., 41 год, 13.11.2015 г. доставлен в экстренном порядке в ГБ № 4 в тяжелом состоянии. При поступлении выставлен диагноз постинъекционной анаэробной флегмоны правых ягодичной области, бедра и голени, осложненной тяжелым сепсисом. Пациент оперирован в экстренном порядке. Выявлены гнойно-некротический целлюлит, фасциит и миозит. Выполнены широкое дренирование разрезами гнойных очагов, частичная некрэктомия. Дальнейшее лечение продолжено в условиях реанимационного отделения. В мазках-отпечатках выявлены грамположительные палочки, подозрительные на *Clostridium*. В посевах гноя 16.11.2016 г. у пациента обнаружен рост *Cl. perfringens* и *Staph. epidermidis*. В связи с сохраняющимся мионекрозом 16.11.2015 г., 19.11.2016 г. и 20.11.2016 г. производили повторные ревизии и санации ран, некрэктомии. Также проводили сеансы местной озонотерапии. 18.11.2015 г. отмечено развитие острой почечной недостаточности (ОПН), нарастание интоксикации (РСТ>10). Проводили острый гемодиализ. В повторных мазках-отпечатках грамположительных палочек не обнаружено, что расценено как ликвидация клостридиальной инфекции. Больному налажена вакуум-терапия. 04.12.2015 г. произведено наложение вторичных швов на рану правой голени, а 09.12.2015 г. — пластика местными тканями и дерматотензия раны правой ягодичной области и бедра на фоне продолжающейся вакуум-терапии. Послеоперационный период протекал без осложнений. На фоне лечения состояние пациента постепенно улучшалось. Раны очистились и стали гранулировать. К 14.12.2015 г. явления ОПН купировались. 16.12.2015 г. больной переведен на профильное отделение, 15.02.2016 г. был выписан в удовлетворительном состоянии с небольшой раной на бедре, заживающей вторичным натяжением.

Ответы на вопросы. Больной вводил препараты НПВС самостоятельно. Сейчас самочувствие хорошее. Лечился в отдельной палате. Противоклостридиальную сыворотку не применяли.

Прения

С.А.Шляпников. В зарубежных руководствах такой настороженности к анаэробной инфекции не прослеживается. Готовится проект диагностики и лечения клостридиальной инфекции.

Ю.А.Спесивцев (председатель). Здесь также показана роль мазков-отпечатков, биоптатов мышечной ткани. Активная хирургическая тактика себя оправдывает.

ДОКЛАД

Н.А.Бубнова, В.Н.Демин, М.А.Шатиль, О.Н.Добрыдин, В.В.Сулима, А.А.Протасов, А.С.Соловейчик, Н.Б.Ведерникова, Ю.М.Гомон, Л.Г.Акинчиц, В.О.Котлов, И.В.Авдошин, Е.С.Константинова, О.Б.Чернышев (кафедры общей хирургии медицинского факультета СПбГУ и ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, СПбГБУЗ «Больница Св. Великомученика Георгия»). **Диагностика и лечение анаэробной инфекции на современном этапе. Что нового?**

С 2007 г. по настоящее время в гнойно-септическом отделении СПбГБУЗ Больницы Святого Великомученика Георгия получили лечение более 200 больных с анаэробной

инфекцией мягких тканей. Отмечается прогрессирующий ежегодный рост числа пациентов с данным патологическим состоянием. Актуальность изучения анаэробной инфекции не утрачена и сегодня. Летальность при анаэробной инфекции по-прежнему остается высокой и составляет, по нашим данным, 40–67%, что согласуется с общемировыми показателями. Анализированы особенности течения клостридиальной и неклостридиальной инфекции. Синонимом неклостридиальной инфекции является некротизирующий фасциит (тип 1, 2, 3). Показано, что в основе патогенеза анаэробной инфекции лежит симбиоз между аэробной и анаэробной флорой, обеспечивающий тяжесть инфекционного поражения. Для клинической картины анаэробной инфекции характерно несколько особенностей: отсутствие или скудность местных признаков воспаления, очень тяжелое состояние пациента (сепсис, септический шок), быстро прогрессирующее (минуты, часы) повреждение мягких тканей. По-прежнему ведущими в диагностике анаэробной инфекции являются клиническая картина, рентгенологическое исследование мягких тканей на предмет газа, а главное — опыт хирурга. Несмотря на современные методы лечения, по-прежнему, ведущим в лечении анаэробной инфекции является раннее оперативное пособие с повторными некрэктомиями. Современные подходы и направления в лечении анаэробной инфекции тесно сопряжены с лечением сепсиса, септического шока. В докладе были рассмотрены вопросы баро- и озонотерапии, вакуум-терапии, иммунотерапии.

Ответы на вопросы. Флора, как правило, смешанная. Различают 3 типа поражения с развитием целлюлита—фасциита—гангрены. Главное средство диагностики — мазки-отпечатки с поверхности раны. Масс-спектрометрия, анаэрометры, газожидкостная хроматография практически не используются. На Западе гнойных отделений нет. Анаэробы встречаются лишь у 2% больных. Сейчас иммунный статус населения снижен, но не исследуется. Еще в 1992 г. в Германии иммунный статус исследовали всем больным. Бактериофаги производит фирма «Микроген». Очередность антибиотикотерапии описана нами в руководствах, но законодательной базы нет.

Ю.А.Спесивцев (председатель). Особое внимание в диагностике должно уделяться мазкам-отпечаткам и биоптатам мышц. Следует дифференцировать флегмону и некротизирующую инфекцию. В лечении тяжелой инфекции нельзя забывать о нутритивной поддержке. Иммунотерапию нужно строго дозировать.

Поступил в редакцию 14.01.2016 г.

2477-е заседание 12.10.2016 г.

Председатель — С.Я.Ивануша

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. М. Д.Ханевич, С.М.Вашкуров, А.В.Хазов (СПбГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»). **Хирургическое лечение рецидива саркомы передней брюшной стенки с криовоздействием и аллопластикой раневого дефекта.**

Больная Р., 41 год, 27.10.2014 г. поступила в стационар СПбГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер» с диагнозом «Саркома мягких тканей передней брюшной

стенки». Неоднократное экономное иссечение в период с 2012 по 2014 г. Рецидив. Осложнения: некроз и кровотечение из опухоли. Пациентка с 1997 г. (19 лет) наблюдала появление и медленный рост опухолевого образования передней брюшной стенки, локализующегося в эпигастральной области. В 2012 г. обратилась за медицинской помощью в клинику пластической хирургии Санкт-Петербурга. В дальнейшем пятикратно проводилось иссечение рецидивирующего образования мягких тканей передней брюшной стенки. Гистологическое исследование проведено только после пятого иссечения: растущая лейомиома. За последний месяц наблюдался бурный рост рецидивировавшего образования, размеры которого достигли 20 см в диаметре, периодически возникали эпизоды кровотечения из распадающейся опухоли. 28.10.2014 г. выполнена операция: широкое иссечение опухоли мягких тканей передней брюшной стенки с криовоздействием и пластикой дефекта передней брюшной стенки проленовой сеткой. Первый этап хирургического вмешательства состоял в криодеструкции опухоли с соблюдением принципов тотальной заморозки видимой опухолевой ткани. Криоаппликаторы располагали по периметру опухоли по типу «олимпийских колец» с включением в заморозку 2,5 см ткани, не поражённой опухолью. Вторым этапом явилось удаление единым блоком участка, составляющего большую часть передней брюшной стенки с опухолью. В мазках-отпечатках, взятых с раневой поверхности, клетки саркомы не обнаружены. На третьем (реконструктивном) этапе произведена пластика образовавшегося обширного кожно-мышечно-апоневротического дефекта передней брюшной стенки проленовой сеткой размером 30×30 см. Послеоперационное течение без осложнений. Швы с кожи сняты на 14-е сутки. Заключительный клинический диагноз: рабдомиосаркома мягких тканей передней брюшной стенки рТхN0M0G3. Неоднократное экономное иссечение (2012–2014). Рецидивирующий рост с распадом и кровотечением. Наблюдение в течение одного года: данных за рецидив, регионарные и отдалённые метастазы не установлено. Диспансерное наблюдение продолжается.

Ответы на вопросы. Опухоль появилась во время беременности. Образование появлялось, распадалось, исчезало. 4 раза больная оперирована под местной анестезией. Согласно гистологическим заключениям, это были доброкачественные опухоли. Использовалась полипропиленовая сетка без покрытия. Лимфаденэктомии не делали. В брюшную полость входили. Мышечную ткань не сшивали. Разрезы производили по краю криодеструкции. Время озлокачествления неизвестно.

Прения

Э.Э.Топузов. Одна из причин рецидивов — местная анестезия. Если не выполнена лимфаденэктомия, показатель М (метастазы) здесь не точен.

К.В.Павелец. В косметологических клиниках опухоли лечить нельзя. Лоскуты, мобилизованные до средней подмышечной линии, не некротизируются. Разрез удобнее было делать срединный. Сетка не должна соприкасаться с внутренними органами.

М.Д.Ханевич. Мы выбрали поперечный доступ, он оказался эффективным. Использовали сетку фирмы «Джонсон и Джонсон», дном раны был большой сальник.

С.Я.Ивануса (председатель). Радикальность вмешательства обеспечили широкое иссечение, криовоздействие, тщательное наблюдение. Тем не менее, рецидивы возможны.

2. М.Д.Ханевич, С.М.Вашкуров, Н.А.Карасёва, М.А.Гипарович, А.В.Хазов (СПбГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»). **Длительное многократное хирургическое лечение метастатической меланомы кожи.**

Больная Ф., 54 года, впервые поступила в стационар СПбГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер» в июне 2010 г. с диагнозом «Меланома кожи спины». На момент госпитализации имелось пигментное образование левой подлопаточной области до 0,5 см в диаметре. 02.07.2010 г. иссечено образование кожи спины с биопсией сигнального лимфатического узла. Гистологическое исследование — меланома кожи, веретеноклеточный вариант; толщина по Бреслоу 1,0 мм, инвазия по Кларку II степени; иссечена в пределах здоровых тканей; лимфатический узел без опухолевого роста. В марте 2011 г. повторно госпитализирована в ГКОД в связи с метастазированием меланомы в аксиллярные лимфатические узлы слева. 14.03.2011 г. выполнена подмышечная лимфаденэктомия слева. Гистологическое исследование: в одном из 8 лимфатических узлов метастаз веретеноклеточной беспигментной опухоли. В январе 2012 г. (через 10 мес) выявлено образование мягких тканей там же, в левой аксиллярной области. МРТ и КТ-скрининг от 06.02.2012 г. (головной мозг, шея, грудная клетка, брюшная полость, малый таз) — очаговые патологические МР-сигналы в левой аксиллярной области. 20.03.2012 г. удалён метастаз мягких тканей левой аксиллярной области с резекцией малой грудной, передней зубчатой, подлопаточной, широчайшей мышц спины. Гистологическое заключение — одиночный метастаз меланомы в мягкие ткани. В марте 2013 г. при плановом обследовании пациентки диагностированы два метастаза в S_{IV} и S_{VIII} правого лёгкого. 22.03.2013 г. произведены краевые резекции правого лёгкого. Гистологическое исследование — метастаз недифференцированной опухоли. Иммуногистохимическое исследование — метастазы веретеноклеточной меланомы. Послеоперационное течение без осложнений. Швы с кожи сняты на 14-е сутки. Наблюдение в течение 3 лет (с использованием ПЭТ-КТ и МРТ) — данных за рецидив заболевания не получено. Диспансерное наблюдение продолжается.

Ответы на вопросы. Самочувствие больной хорошее. Она пенсионерка, но ежедневно ходит по 10 км, занимается танцами, воспитывает внуков. Сигнальный лимфатический узел в подмышечной области за 1 ч до операции отмечен введением радиоактивного технеция, иссечён и исследован. Дополнительные методов лечения не применяли. BRAF-мутацию не определяли. Специфичность позитронно-эмиссионной томографии выше, чем других лучевых методов.

С.Я.Ивануса (председатель). Хороший результат лечения обусловлен степенью биологической активности опухоли. Программное наблюдение за больной позволило продлить её жизнь.

ДОКЛАД

К.В.Павелец, И.П.Савинов, В.Ю.Кравцов, М.А.Протченко, П.С.Фёдорова, У.А.Дрозд, Д.С.Русанов, М.К.Павелец, Ю.Д.Костина (кафедры факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова ГБОУ ВПО СПбГПМУ и общей хирургии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова, СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Первый опыт применения интраоперационной флюоресцентной диагностики и фотодинамической терапии в хирургии**

злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта.

Флюоресцентная диагностика и фотодинамическая терапия (ФДТ) основаны на способности фотосенсибилизаторов селективно накапливаться в опухолевых клетках и при поглощении энергии света определённой длины волны инициировать два варианта ответа: флюоресценцию или повреждение и разрушение структур опухоли за счёт активации цепи фотохимических реакций. С 2011 г. исследована группа пациентов (248 больных), которым выполняли интраоперационную ФДТ и флюоресцентную диагностику (ФД) во время резекционных вмешательств на пищеводе (у 42), поджелудочной железе (у 60), желудке (у 80), при колоректальном раке (у 66). Экспозиция фотосенсибилизатора составляла 3–5 ч. На этапе выделения опухоли и после её удаления проводился сеанс флюоресцентной диагностики. Оценивали флюоресцентную контрастность на границе опухоли/норма и интенсивность накопления фотосенсибилизатора. После удаления опухоли и выполнения лимфодиссекции сеанс флюоресцентной диагностики повторяли. При выявлении остаточных очагов опухолевой фотофлюоресценции объем лимфодиссекции и резекции расширялся. После удаления опухоли проводили сеанс интраоперационной ФДТ зон удалённого препарата и лимфодиссекции. Одновременно выполняли внутривенную ФДТ. Один из лимфатических узлов при выполнении лимфодиссекции намеренно оставался неудалённым (*in vivo*) и подвергался облучению с зоной удалённого препарата и зоной лимфодиссекции. Удаление облучённого лимфатического узла осуществляли после экспозиции. Затем данный лимфатический узел подвергали цитопатологическому исследованию. Оценку результатов проводили на основе морфологических и клинических критериев. Расширение объема лимфодиссекции после проведения сеанса флюоресцентной диагностики потребовалось у 21 больного. Необходимость расширения границы резекции удаляемого препарата у 14 пациентов подтверждена последующим гистологическим исследованием. Цитопатологическое исследование облученных метастатических лимфатических узлов показало, что терапевтический эффект ФДТ может достигаться через индуцированный «под

лучом» лизис цитоплазматической мембраны самих злокачественных клеток.

Ответы на вопросы. ФДТ практически безопасна для окружающих, поэтому может быть использована. Разные опухоли реагируют различно, причина этого пока не ясна. Метод можно условно отнести к местной адъювантной терапии. Внутривенное облучение используется давно. При свечении края органа повторно отступали от края резекции. Оценивать результаты по стадиям пока рано из-за малочисленности групп. Во время панкреатодуоденальной резекции старались удалять светящиеся лимфатические узлы, как правило, отступая в сторону селезенки. Фотосенсибилизатор выводится в течение 2 сут. Исследовали поражённые и непоражённые лимфатические узлы. Гистологически отмечался цитолитический эффект. Осложнений не наблюдали. ФДТ в стандарты не включается, стоимость препарата 9–10 тыс. руб.

Прения

А.Л.Акопов. В арсенале хирурга есть немного методов интраоперационного объективного отличия поражённых и непоражённых тканей. В системе робота «да Винчи» ФДТ включена в качестве элемента диагностики. Метод нужно приветствовать.

М.Д.Ханевич. Доклад своевременен. Накоплен материал уже о 268 больных с различными опухолями. Мы использовали методику при операциях на пищеводе. Эффект существует. Отказываться от TNM не стоит. Необходимо оценивать результаты с её помощью. Пока нужно формулировать показания к применению обсуждаемой методики.

В.Ю.Кравцов. Наномолекулярные механизмы универсальны. Есть реальный эффект *in vivo*, противопоказаний не обнаружено.

К.В.Павелец. Мы пока изучаем этот метод. Есть точное совпадение гистологической и ФДТ оценок удалённого препарата. При недифференцированных формах рака эффект мы пока не получили.

С.Я.Ивануса (председатель). Доклад стратегический. Представлен метод интраоперационной борьбы со злокачественной опухолью, безвредный. Желательно накапливать опыт.

Поступил в редакцию 14.11.2016 г.