

## ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

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

**2478-е заседание 26.10.2016 г.**

*Председатель — В.П.Акимов*

### ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А.Е. Демко, В.И.Кулагин, А.Н.Тулупов, С.Ш.Тания, М.А.Ермаков, А.И.Бабич, Е.М.Кызылова (ГБУ «СПбНИИ им. И.И.Джанелидзе»). **Удаление средней доли правого лёгкого с пластикой промежуточного бронха у пострадавшей с тяжелой сочетанной травмой.**

Пострадавшая К. доставлена в противошоковую операционную СПбНИИ СП им. И.И.Джанелидзе 05.01.2016 г. в 21.50 через 60 мин после того, как попала в ДТП (пассажир переднего сидения легкового автомобиля). На месте травмы: сознание ясное (15 баллов по CGS), АД 120/70 мм рт. ст., ЧСС 120 уд/мин. При поступлении: сознание на уровне оглушения (13 баллов по CGS), АД 120/70 мм рт. ст., ЧСС 100 уд/мин, ЧДД 20 в 1 мин, SpO<sub>2</sub> 76%, парадоксальное дыхание справа вследствие образования бокового реберного клапана, подкожная эмфизема шеи, груди, живота. Обследована по алгоритму, принятому в СПбНИИ СП. Выполнено дренирование правой плевральной полости, лапароцентез. Правое легкое оказалось негерметичным, отмечался сброс воздуха. При лапароцентезе обнаружены следы крови по правому боковому каналу. При бронхоскопии выявлен разрыв промежуточного бронха в месте отхождения среднедолевого бронха. Размер дефекта в бронхе диаметром около 1 см. Учитывая стабильную гемодинамику, выполнена лапароскопия. Выявлен разрыв VII сегмента печени I степени по AIS, который коагулирован. Выполнены правосторонняя боковая торакотомия, анатомическая резекция средней доли правого легкого с пластикой промежуточного бронха лоскутом из передней стенки среднедолевого бронха. После окончания оперативного вмешательства пациентка переведена в отделение хирургической реанимации. В послеоперационном периоде отмечено тяжелое течение травматической болезни с развитием респираторного дистресс-синдрома, двусторонней пневмонии, тяжёлого сепсиса, полинейропатии. На 37-е сутки после получения травмы переведена из реанимации в хирургическое отделение, выписана на 56-е сутки после поступления в удовлетворительном состоянии.

*Ответы на вопросы.* Ремень безопасности был пристёгнут. Флотация средостения не наблюдалась. Лапароскопия была выполнена в связи с выделением крови по дренажу. После перевода больной на ИВЛ состояние улучшилось. Были гематомы средней и нижней долей лёгкого, в остав-

шихся долях впоследствии развилась пневмония. Больная чувствует себя хорошо.

### Прения

О.Н.Эргашев. У больной была тяжелая сочетанная травма груди и живота. Преобладала клиническая картина травмы груди. Дыхательная недостаточность не оценена в полной мере. SpO<sub>2</sub> 76% и частота дыханий 20 в 1 мин, выделение 100 мл крови требовали только лаважа, определения цитоза промывной жидкости. При цитозе менее 100 000/мм<sup>3</sup>, что соответствовало инерционному повреждению, дальнейшие хирургические действия (лапароскопия) не были показаны.

П.К.Яблонский. Вариант тактики, предпринятой авторами, уникален. Здесь нужно было быть активнее анестезиологу — интубировать неповрежденные бронхи. Анатомия удалённой доли и бронха не позволяла её сохранить. Удаление средней доли не является калечащей операцией — эта доля выполняет лишь 1/30 часть дыхательной функции. Переломы ребер надо было фиксировать.

В.П.Акимов (председатель). В травмоцентре 1-го уровня помощь больной оказана в полном объеме.

2. К.В.Павелец, М.В.Антипова, М.А.Протченков, З.Н.Шарифова, М.К.Павелец, Е.В. Липская, Д.А.Русанов (кафедры факультетской хирургии имени проф. А.А.Русанова, общей хирургии с курсом эндоскопии и общей медицинской практики СПбГПМА, СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Резекция пищевода и его одномоментная пластика как вариант лечения перфорации грудного отдела на фоне склеродермии, осложнённой стриктурой и инородным телом.**

Больная П., 52 года, поступила в Мариинскую больницу в экстренном порядке 17.02.2016 г. с жалобами на невозможность прохождения жидкой пищи, затруднение прохождения воды, боли за грудиной. Заболела 16.02.2016 г., когда во время еды подавилась лимонной косточкой. Сутки до поступления находилась в другом стационаре города с диагнозом «инородное тело пищевода (косточка лимона), дисфагия», где эндоскопически инородное тело визуализировать не удалось на фоне длительно существующей стриктуры грудного отдела пищевода. Из анамнеза установлено, что явления дисфагии беспричинно нарастали на протяжении 10 лет. Неоднократно обращалась к различным специалистам, в том числе дерматологам. При рентгенологических исследованиях пищевода, выполненных в различных учреждениях, существенных изменений выявлено не было. Предполагал-

ся диагноз «системная склеродермия». Диагностировались хроническая надпочечниковая недостаточность в течение 8 лет (принимала ежедневно по 40 мг преднизолона), цирроз печени, желчнокаменная болезнь, хронический холецистит. В день поступления на обзорной рентгенограмме контрастных инородных тел и расширения тени средостения не выявлено. При рентгеноскопии с водорастворимым контрастирующим веществом выявлена продленная стриктура пищевода от границы верхне- и среднегрудного отдела. При эзофагоскопии обнаружены рубцовые изменения пищевода на протяжении 24 см от резцов и дефект правой стенки пищевода в виде хода с массивными наложениями фибрина в области устья дефекта. Дефект имел направление, параллельное эксцентрично расположенному просвету пищевода, представленному рубцовой стриктурой диаметром до 0,4 см и вклиненному в него инородному телу — лимонной косточкой. При мультиспиральной компьютерной томографии груди выявлены признаки разрыва пищевода, стеноз пищевода на уровне Th<sub>IV</sub>, инородное тело пищевода. Во время операции 20.02.2016 г. установлена продленная стриктура грудного отдела пищевода с гнойным пропитыванием стенки, отеком паразофагеальной клетчатки, ложным ходом, идущим на 5 см книзу и параллельно пищеводной стенке. Просвет пищевода в начале стриктуры перекрыт вклиненным инородным телом. Выполнены резекция пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой и формированием инвагинационного анастомоза в куполе плевральной полости, холецистэктомия. Гистологическое заключение: флегмонозные изменения стенки пищевода на фоне склеродермии. Послеоперационное течение без особенностей. Выписана в удовлетворительном состоянии на 10-е сутки. Через полгода после вмешательства состояние удовлетворительное. Дисфагии нет. Прибавила в массе тела 7 кг.

*Ответы на вопросы.* Больная получает четырёхразовое питание. До и после операции изжоги не было. Плана выполнить операцию двухмоментно не было. Глотание не нарушено. Прибавила в массе тела. Исследование задержано в связи с тем, что затек контрастирующего вещества был оценен как стриктура пищевода. Медиастинит не развился в связи со склерозом клетчатки средостения. Сейчас получает 40 мг преднизолона ежедневно.

#### Прения

П.К.Яблонский. Устанавливать диагноз склеродермии должны ревматологи. Стриктуры пищевода описаны. Получен редкий успешный результат. Анастомоз сформирован в сложной анатомической зоне. Холецистэктомия не была обязательной.

В.П.Акимов (председатель). Представлено успешное лечение осложнения у больной с редким заболеванием пищевода.

#### ДОКЛАД

В.П.Земляной, Б.В.Сигуа, А.М. Данилов, П.А.Котков (кафедра факультетской хирургии им. И.И.Грекова СЗГМУ им. И.И.Мечникова). **Исторические вехи развития хирургии язвенной болезни (к 135-летию первой успешной резекции желудка, предложенной проф. Т.Бильротом).** Доклад представлен в виде статьи в журнале «Вестник хирургии» в 2016, № 6.

#### Прения

В.И.Кулагин. В Санкт-Петербурге было несколько школ хирургов, выполняющих до 100–120 резекций желудка в год по поводу язвенной болезни (А.А.Русанов, А.Г.Земляной). Сейчас этих операций стало мало. То же касается ваготомии.

О.Н.Эргашев. Санкт-Петербург — столица хирургической гастроэнтерологии. Нельзя забывать А.А.Курыгина и А.И.Горбашко.

А.Е.Демко. Сейчас в Санкт-Петербурге в год поступают до 1400 больных с кровотечением и 600 — с перфорацией язвенного происхождения. Летальность не превышает 3%. Надо выполнять ту операцию, которую хирург умеет делать лучше.

В.П.Акимов (председатель). Я — ученик А.И.Горбашко. Еще Б.В.Петровский говорил, что хирургия язвенной болезни — тупиковая ветвь медицины. Нельзя говорить, что школы А.А.Курыгина и А.И.Горбашко противоречили друг другу, они занимались изучением различных подходов к лечению язвенной болезни. Сейчас ситуация изменяется, и желудок остаётся тем органом, который доставляет человеку удовольствие всю жизнь.

Поступил в редакцию 05.12.2016 г.

#### 2479-е заседание 9.11.2016 г.

*Председатель* — А.В.Хохлов

#### ДЕМОНСТРАЦИИ

1. К.В.Павелец, К.В.Медведев, Т.А.Трунова, К.А.Горошко (кафедра факультетской хирургии имени проф. А.А.Русанова СПбГПМУ, СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница», СПбГБУЗ «Городская туберкулёзная больница № 2»). **Трудности диагностики и лечения абдоминального туберкулёза.**

Больной В., 29 лет, поступил в плановом порядке 16.02.2016 г. из Городской туберкулёзной больницы № 2 с диагнозом «Генерализованный туберкулёз: туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов, фаза рассасывания, МБТ(–), туберкулёз внутрибрюшных лимфатических узлов, туберкулёз кишечника, МБТ (–), кишечный свищ, спаечный процесс в брюшной полости». Боли в животе впервые возникли в октябре 2013 г. Больной был госпитализирован в клинику ВМедА, где выполнена диагностическая лапароскопия. Диагностирован терминальный илеит. Спустя 2 нед с клинической картиной острой кишечной непроходимости пациент доставлен в НИИ СП. Сформирован илеотрансверзоанастомоз, произведена биопсия внутрибрюшных лимфатических узлов. При гистологическом исследовании выявлено туберкулёзное поражение кишечника. В дальнейшем находился на лечении в ГТБ № 2. В январе 2014 г. появилась картина разлитого перитонита. Больному была выполнена срединная лапаротомия, во время которой выявлен абсцесс правой подвздошной области, вскрывшийся в свободную брюшную полость. Брюшная полость была санирована и дренирована. В феврале 2014 г. в правой подвздошной области сформировался наружный кишечный свищ, выше которого в последующем вскрылся абсцесс. 17.02.2016 г. при фистулографии контрастировалась полость размером 5×2 см, сообщаемая с подвздошной кишкой, идущей к илео-

транsverзоанастомозу. 18.02.2016 г. выполнена расширенная правосторонняя гемиколэктомия. Послеоперационный период протекал гладко. Для продолжения специфической противотуберкулёзной терапии на 11-е сутки больной переведён в ГТБ № 2 для дальнейшего лечения.

*Ответы на вопросы.* Супруга туберкулёзом не болела. Свищ существовал 1½ года и постоянно функционировал. Длительность лечения объясняется необходимостью проведения противотуберкулёзной терапии. Биопсия обязательна. В свище и содержимом абсцесса микобактерий не обнаружено, но гистологически в стенке абсцесса диагноз туберкулёза подтверждён. Лечение дорогостоящее, но проводилось бесплатно для больного. Свищ находился в приводящей петле илеотранsverзоанастомоза. За 6 мес больной поправился на 9 кг.

### Прения

А.Н.Муравьев. Туберкулёзное поражение вызывает большие трудности в диагностике и лечении, поэтому к этому наблюдению необходимо привлечь внимание молодых хирургов.

А.Е.Демко. Диагноз поставлен в течение 2 нед, но лечение потребовалось длительное. Причины свищей — дистальная обструкция, специфическое поражение, инородные тела. Ирригоскопии для постановки диагноза недостаточно.

К.В.Павелец. Мы хотели привлечь внимание хирургов к проблеме абдоминального туберкулёза. Даже при лапароскопии не всегда делается биопсия. Диагноз был поставлен в НИИ СП после биопсии лимфатического узла. Мне представляется, что было 2 свища — из полости абсцесса и илеотранsverзоанастомоза. Расширенной мы назвали операцию из-за необходимости удалить лимфатические узлы.

А.В.Хохлов (председатель). Я вспоминаю наблюдение, когда по поводу асцита, якобы карциноматозного, произвели биопсию, и только тогда диагностировали туберкулёз.

2. К.В.Павелец, Э.А.Васадзе, К.А.Горошко, Д.В.Габлая (кафедра факультетской хирургии имени проф. А.А.Русанова СПбГПМУ и СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Редкая причина анемии.**

Больная С., 24 года, поступила в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы 08.06.2016 г. по экстренным показаниям. Пациентка жаловалась на выраженную общую слабость, головокружение, тошноту, боли в верхних отделах живота после приёма пищи и многократную рвоту съеденной пищей. Длительно больную наблюдали различные специалисты по месту жительства по поводу хронической анемии неясного генеза. После перенесённого стресса страдает алопецией. При осмотре обращала на себя внимание выраженная алиментарная дистрофия (рост 180 см, масса тела 55 кг), признаки водно-электролитных нарушений. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости отмечено отсутствие газового пузыря желудка. По экстренным показаниям выполнена фиброгастродуоденоскопия, при которой просвет желудка оказался полностью выполнен трихобезаром, извлечь который эндоскопически не представлялось возможным. С учетом алиментарной дистрофии и водно-электролитных нарушений принято решение о хирургическом лечении после предоперационной подготовки. 09.06.2016 г. операция — гастротомия, удаление гигантского трихобезоара желудка, назогастродуоденальная интубация. В послеоперационном периоде ведущим симптомом было нарушение моторно-эвакуаторной функции

желудка, в связи с чем больная получала длительное зондовое питание. На фоне мероприятий, включавших в себя инфузионно-спазмолитическую и антисекреторную терапию, парентеральное питание, ингибиторы холинэстеразы, блокаторы дофаминовых рецепторов, препараты железа, состояние больной улучшилось, моторно-эвакуаторная функция желудка восстановилась. В контрольном анализе крови отмечаются нормальные показатели гемоглобина и эритроцитов. Выписана на амбулаторное лечение с рекомендациями.

*Ответы на вопросы.* Рвота прекратилась. Рост больной 180 см, масса тела 60 кг. Наблюдается, планируется ежегодно делать гастроскопию.

А.В.Хохлов (председатель). Наблюдение редкое, иногда удаётся удалить безоар эндоскопически или растворить с помощью приёма пепси-колы.

### ДОКЛАД

В.А.Кащенко, Е.Г.Солоницын, Е.А.Сишкова, С.М.Лобач, Д.В.Распеза, Т.В.Тинякова, С.Л.Воробьев (Клиническая больница № 122 им. Л.Г.Соколова, кафедра факультетской хирургии СПбГУ). **Результаты внедрения тонкоигольной аспирационной пункции образований поджелудочной железы под ЭУС-наведением в рутинную клиническую практику.**

Представлена информация о технологических возможностях, методике и результатах выполнения тонкоигольной аспирационной пункции под контролем эндоскопической ультрасонографии (ЭУС-наведение), как рутинной методики морфологической диагностики кистозных и солидных образований поджелудочной железы. Доклад основан на оценке эффективности тонкоигольной пункции у 110 пациентов с очаговым поражением поджелудочной железы. Из них 91 пункция была выполнена у пациентов с солидными образованиями, 19 — с кистозными. Серьезных осложнений отмечено не было, что, при определённых условиях, позволяет выполнять данный вид пункции в амбулаторных условиях. Общая эффективность морфологической диагностики составила 92,5 %. Лишь 52 % образований являлись протоковыми аденокарциномами. В 3 наблюдениях было диагностировано метастатическое поражение поджелудочной железы при локализации первичной опухоли в других органах. Обсуждается особенность работы морфологической службы, в том числе эффективность стандартных цитологических методик, возможность выполнения иммуноцитохимических и иммуногистохимических методов. Таким образом, тонкоигольная аспирационная пункция под ЭУС-наведением — эффективная и относительно безопасная методика получения материала для морфологической диагностики очаговых образований поджелудочной железы. Эффективность тонкоигольной пункции повышается с внедрением современных методов морфологической диагностики и требует дополнительного обучения не только эндоскопистов, но и морфологов. Основным сдерживающим фактором внедрения данной методики в клиническую практику является высокая себестоимость процедуры и отсутствие ее в программе обязательного медицинского страхования.

*Ответы на вопросы.* Диаметр иглы при пункции — 19–22–25 Fr. Минимальный размер образования — 5 мм. Лучшие результаты диагностики — при образованиях размером 1,5–3 см. Острый панкреатит после пункций не наблюдали. При единичных кистозных образованиях не исключается возможность развития псевдомуцинозной

опухоли. Длительность диагностики — 1–2 нед. Показания — диагностика и выбор неоперативных методов лечения. Для стадирования применяли эндосонографию. Лимфатические узлы видны практически все. В них отмечались воспалительные изменения, злокачественные клетки, лимфомы. Чувствительность при оценке инвазии сосудов 80 %. Она зависит от размеров образования. Ложноположительный результат отмечен лишь у 1 больного. Стоимость исследования 35–40 тыс. руб.

### Прения

Н.Ю.Коханенко. Среди опухолей поджелудочной железы 30–90 % — рак. Оперировать надо не все кистозные образования. Не всегда нужна тонкоигольная биопсия. Лучшие результаты даёт трепанобиопсия. Позитронно-эмиссионная томография не всегда доступна. Верификация опухолей обязательна даже при муцинозных кистах. Обязательно исследование активности амилазы в содержимом.

К.В.Павелец. Современное стадирование, уточнение диагноза и резектабельности опухоли возможно только во время и после оперативного лечения. Опухоль до 3 см редко прорастает в крупные сосуды.

В.А.Кащенко. Целью доклада было показать возможности метода. Максимальная информативность до операции — современный тренд развития хирургии. Точный диагноз — путь к эффективному планированию вмешательства.

Я.А.Накатис. Я — ЛОР-врач, но, как главный врач, утверждаю, что работа в междисциплинарном режиме улучшает результаты лечения. Первичны методы лучевой диагностики, но морфологические исследования расширяют возможности диагностики, хотя они и дорогостоящие. В больнице работают более 500 врачей, при этом удаётся зарабатывать деньги.

А.В.Хохлов (председатель). Содержательность и значимость доклада высока. Показано, что поставить точный диагноз и определить план лечения удаётся у 90 % больных.

Поступил в редакцию 05.12.2016 г.

### 2480-е заседание 23.11.2016 г.

*Председатель* — Д.А.Гранов

Почётный председатель Правления общества Н.А.Майстренко поздравил Д.А.Гранова с 55-летием

### ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А.В.Павловский, С.А.Попов, А.А.Поликарпов, А.С.Полехин, В.Е.Моисеенко, А.А.Стаценко, Г.Л.Васильев, Д.А.Гранов (ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий»). **Комбинированное лечение местнораспространенной метастатической экзокринно-эндокринной опухоли поджелудочной железы.**

Больная З., 33 года, впервые обратилась в наш центр в июне 2014 г. В марте 2012 г. стала отмечать появление болей в верхних отделах живота. Наблюдалась у гастроэнтеролога и хирурга. Установлен диагноз — хронический панкреатит. МСКТ от 24.10.2013 г.: забрюшинно, вдоль левого края аорты, на уровне чревного ствола и почечных артерий имеется опухолевый инфильтрат размером 88×32×30 мм

с поражением парааортальных лимфатических узлов. Гистологическое заключение материала трепанобиопсии: мелкоклеточная лимфома. 24.04.2014 г. в НИИ онкологии выполнена диагностическая лапаротомия, биопсия поджелудочной железы, внутрибрюшных лимфатических узлов. При гистологическом исследовании диагностирована умеренно-дифференцированная аденокарцинома поджелудочной железы. Обратилась в наш центр. ПЭТ-КТ от 27.05.2014 г.: в проекции тела и хвоста поджелудочной железы опухоль, специфическая лимфоаденопатия, метастазы в печени. В 2014 г. на базе нашего центра получила курсы системной полихимиотерапии (ПХТ) (GEMOX), курс конформной лучевой терапии (52 Гр) на опухоль поджелудочной железы. По данным МСКТ от декабря 2014 г. — признаки внутрипеченочного прогрессирования заболевания. В период с декабря 2014 г. по январь 2015 г. получила 2 курса внутриартериальной ПХТ (GEMOX). По данным ПЭТ-КТ в динамике, признаки частичного ответа на лечение. 31.03.2015 г. операция: лапаротомия, разделение сращений, корпорокаудальная резекция поджелудочной железы, спленэктомия, скелетизация чревного ствола и его ветвей, расширенная лимфодиссекция абдоминального отдела аорты и магистральных артерий, левосторонняя адреналэктомия. Гистологическое заключение: экзокринно-нейроэндокринный рак тела и хвоста поджелудочной железы, врастающий в жировую ткань, с мелкоочаговыми некрозами, метастазы нейроэндокринной карциномы во всех парааортальных лимфатических узлах с признаками некроза, в печени — 2 метастаза опухоли. Иммуногистохимическое исследование опухоли: экзокринно-эндокринная опухоль поджелудочной железы. В послеоперационном периоде были признаки панкреатита с формированием наружного панкреатического свища. Послеоперационная рана зажила вторичным натяжением. Выписана на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии. В дальнейшем получила 2 курса внутриартериальной химиоэмболизации печени. По результатам МСКТ, ПЭТ-КТ — ремиссия опухолевого заболевания. В течение последних 10 мес противоопухолевого лечения не получает. Активно работает, социально адаптирована. 19.10.2016 г. выполнена холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни, удаление забрюшинной опухоли, парааортальная лимфодиссекция.

*Ответы на вопросы.* Больная чувствует себя хорошо. Сеансы ПХТ переносит без осложнений. Похудела незначительно. Содержание сахара в крови нормальное. Болевой синдром связываем с расширением протоковой системы поджелудочной железы. Планируется продолжать ПХТ, изменяя схемы.

### Прения

Н.А.Коханенко. Больная с запущенной опухолью живёт 4 года, в том числе 2 года — после первой операции. Боли объясняются панкреатитом. Значение хирургии здесь ограничено, следует продолжать ПХТ, возможно, применить химиоэмболизацию.

Н.А.Майстренко. Представлено редкое наблюдение нейроэндокринной опухоли поджелудочной железы. Сейчас намечается прогресс в лечении в связи с развитием ПХТ, лучевых методов. Обязательна МРТ для оценки сосудистого компонента. Печально, что мы нередко наблюдаем больных после длительного периода диагностики.

Д.А.Гранов (председатель). Срок жизни больной планируется недолгий. В опухоли повышена гликолитическая активность. Метастазы сначала лечили как метастазы аде-

нокарциномы, потом как нейроэндокринного рака. Здесь смешанный рак, надеемся на удлинение безрецидивного периода.

2. *Г.М.Манихас, М.Д.Ханевич, С.М.Ваикуров, Н.Ю.Антимоник, Н.В.Жукова* (ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»). **Длительное успешное лечение больной с меланомой кожи с поздним метастазированием.**

Больная П., 38 лет, в мае 2001 г. (в возрасте 23 лет) была оперирована по поводу меланомы кожи левой подколенной области (T1N0M0). Произведено её широкое иссечение. В дальнейшем пациентку наблюдали районные онкологи. В мае 2010 г. был выявлен рецидив опухоли в области послеоперационного рубца. Произведено широкое иссечение рубца с опухолью. При динамическом наблюдении в ноябре 2011 г. установлены множественные очаги опухоли в легких и печени. Начата полихимиотерапия (ПХТ) по схеме: декарбазин, цисплатин, кармустин, тамоксифен. Проведено 4 курса ПХТ. Отмечен полный регресс метастазов в лёгкие, стабилизация метастазов в печени. При этом возникло осложнение — тромбоцитопения III степени. ПХТ была прекращена. При обследовании в апреле 2012 г. выявлен новый метастатический очаг в грудном отделе позвоночника (ThIII). Больная была обследована на наличие BRAF-мутации. Молекулярно-генетический анализ подтвердил мутацию в гене BRAF V600E. С мая 2012 г., в рамках клинического исследования MO25515, больная получает препарат «вемурафениб». После 2 циклов уменьшились очаги в печени. В дальнейшем, при контрольных обследованиях в динамике (с 2012 по 2016 г.), отмечен частичный, а затем и полный регресс метастазов в печени, стабилизация очага в ThIII. В настоящее время состояние пациентки удовлетворительное. Больная продолжает приём препарата «Вемурафениб».

*Ответы на вопросы.* На фоне ПХТ отмечались слабость, высыпания на коже, отёки конечностей, леченные преднизолоном. Стадия заболевания III–IV. Опухоль развилась через 2 года после родов.

#### Прения

Д.А.Гранов (председатель). Переполняет чувство радости за прогресс лечения таких больных, особенно после родов. Напоминаю об обязательности гистологического исследования любой удалённой ткани.

#### ДОКЛАД

*И.И.Дзидзава, Б.Н.Котиев, И.Е.Оннищев, С.Я.Ивануца, А.В.Смородский, С.А.Солдатов* (кафедры госпитальной и общей хирургии ВМедА им. С.М.Кирова). **Лапароскопический дистальный спленоренальный анастомоз при портальной гипертензии. Первый мировой опыт.**

Радикальным методом хирургической коррекции портальной гипертензии является декомпрессия системы воротной вены путём выполнения различных видов портокавального шунтирования. Дистальный спленоренальный анастомоз (ДСРА) характеризуется минимальной частотой тромбозов и постшунтовой энцефалопатии и является методом выбора у больных с компенсированной и субкомпенсированной

дисфункцией печени. Для снижения травматичности вмешательства и возможности ее выполнения у больных более тяжелой категории нами разработан малоинвазивный лапароскопический вариант ДСРА. В 2015 г. лапароскопический ДСРА выполнен у 8 больных с циррозом печени и синдромом портальной гипертензии. В соответствии с критериями Child—Pugh 5 больных отнесены к классу А, 3 — к классу В. Все пациенты в анамнезе имели от 2 до 3 рецидивов кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, несмотря на повторные курсы эндоскопического лигирования. Для оперативного доступа устанавливали 3 троакара диаметром 12 мм и 2 троакара — 5 мм. Выделение селезеночной и левой почечной вен осуществляли с применением ультразвукового скальпеля Harmonic Ethicon Endo-Surgery. Для панкреатической дисконнекции селезеночную вену мобилизовали на всем протяжении с клипированием её притоков при помощи мини-клипатора V-Braun. Формирование сосудистого анастомоза «конец в бок» выполняли интракорпоральным непрерывным швом нитями Prolen 6.0. Выполнение лапароскопического ДСРА дополняли деваскуляризацией желудка с лигированием и пересечением левой желудочной, левой и правой желудочно-сальниковых вен. Для коррекции гиперспленизма осуществляли дозированную редукцию просвета селезеночной артерии путем ее лигирования на  $\frac{2}{3}$  просвета. Средняя продолжительность операции составила  $(360 \pm 70)$  мин. Максимальный объем кровопотери 100 мл. Интраоперационных осложнений не отмечено. Госпитальный период составил 4–6 сут, у всех больных протекал благоприятно. При контрольных ФГДС наблюдали регресс варикозно-расширенных вен пищевода до I–II степени. Максимальный срок наблюдения составил 12 мес. Эпизодов тромбоза сосудистого соустья, рецидива пищеводно-желудочного кровотечения и асцита нет. Больные трудоспособны, социально адаптированы. Вывод: первый опыт лапароскопического ДСРА демонстрирует возможность его минимально инвазивного выполнения.

*Ответы на вопросы.* К настоящему времени сделано 15 операций. 3 больным (в начале исследования) выполнена конверсия доступа при большом диастазе, кровотечении из вен. Эти больные в доклад не включены. Длительность первых операций 10–12 ч, сейчас 4–6. Портокавальный градиент в настоящее время не измеряем — он высок при рецидиве кровотечения. Абсолютное противопоказание — непроходимость селезеночной вены, острый панкреатит в анамнезе, сердечная недостаточность, асцит. Кроме критериев классификации, нужно оценивать кровоток, объем печени. Возможно планирование трансплантации печени. Другие анастомозы лапароскопически сформировать можно.

#### Прения

Д.А.Гранов (председатель). Энцефалопатия слишком часто преследует больных. При относительно сохранной функции печени дистальный спленоренальный анастомоз остаётся методом выбора. Достижением является выписка больных на 5–6-е сутки. Это нужно делать, опыт распространять.

Поступил в редакцию 05.12.2016 г.