

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

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

2469-е заседание 13.04.2016 г.

Председатель — В. П. Акимов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. К. В. Павелец, В. В. Дмитриченко, А. К. Ушкац, Д. В. Гацко, О. В. Кулешов (кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, ФГБУ «Санкт-Петербургский многопрофильный центр» Минздрава России). **Реконструкция пищеводно-желудочного анастомоза при его несостоятельности в условиях медиастинита после субтотальной проксимальной резекции желудка по поводу рака кардии.**

Пациент Н., 65 лет, был госпитализирован в плановом порядке для оперативного лечения с диагнозом «Высокодифференцированная аденокарцинома кардии, Зиверт II, T1N0M0». На момент госпитализации жалоб не предъявлял. Образование указанной области с признаками инвазии мышечной пластинки слизистой оболочки выявлено при ФГДС во время планового обследования перед эндоскопическим лечением коленного сустава. 16.10.2014 г. выполнена расширенная проксимальная субтотальная резекция желудка левосторонним косопоперечным доступом по седьмому межреберью с резекцией абдоминального отдела пищевода, лимфодиссекцией в объеме D2. Трансплантат сформирован с сохранением внутриорганной сосудистой магистрали между основными экстраорганными сосудистыми коллекторами желудка, при хорошо выраженной дуге Галлера (анастомоз между левой и правой желудочно-сальниковыми артериями). На 2-е сутки после операции диагностированы несостоятельность эзофагогастроанастомоза, медиастинит. 18.10.2014 г. выполнены правосторонняя переднебоковая торакотомия в пятом межреберье, резекция эзофагогастроанастомоза, косопоперечная релапаротомия. Для удлинения желудочного трансплантата, учитывая дугу Галлера, расправлен угол желудка и сформирован трансплантат с резекцией малой кривизны, начиная от пилорического жома. На уровне дуги аорты в пределах здоровых тканей сформирован инвагинационный эзофагогастроанастомоз по К. Н. Цацаниди. Учитывая, что послеоперационный период осложнился панкреатитом, образована срединная лапаростома. Длительная интенсивная терапия проводилась в условиях реанимации в течение 21 дня. Зондовое кормление начато на 6-е сутки. В удовлетворительном состоянии пациент выписан из ста-

ционара на 37-е сутки. При контрольном обследовании через 12 мес (КТ, ФГДС) признаков рецидива опухолевого процесса не выявлено.

Ответы на вопросы. Больной курил до 45 лет. Сейчас не курит. Дигитоклазия пилорического жома применялась. Вопросы о возможности стентирования покрытым стентом и формировании еюностомы не ставились. Причина несостоятельности, возможно, заключается в прошивании зонда при формировании анастомоза. Во время реоперации отмечены стеатонекрозы, повышение активности амилазы крови. В первое время после реоперации было затруднение глотания, устранённое бужированием. VAS-аппарат не применялся. Энтеральное питание начато с 6-х суток.

Прения

К. В. Павелец. Анастомоз стало возможным формировать в условиях современной антибактериальной терапии. Дуга Галлера существует у 30% людей. Она была сохранена, это позволило сформировать анастомоз на уровне дуги аорты. Причины несостоятельности: нарушение кровоснабжения, натяжение, технические погрешности.

С. Я. Ивануса. Хирурги приняли необычное решение — повторное формирование анастомоза. Успех достигнут не благодаря антибактериальной терапии, а за счёт искусства хирурга, декомпрессии, обеспечения питания.

А. М. Игнашов. Больной был злостным курильщиком, ранее ему было произведено аортобедренное шунтирование. Успех операции — в знании кровоснабжения органов и искусстве хирурга. Кровоснабжение органов позволяет оценить мультиспиральная томография.

М. Д. Ханевич. Хирурги дважды проявили мужество: пригласили на повторную операцию более опытного хирурга и представили эту демонстрацию.

В. П. Акимов (председатель). Подобную тактику нельзя пропагандировать. Проксимальная резекция чаще сопровождается несостоятельностью швов.

2. К. В. Павелец, В. В. Дмитриченко, Д. В. Гацко, Д. С. Русанов, М. К. Павелец (ФГБУ «Санкт-Петербургский медицинский центр» Минздрава России; ГБОУ ВПО СПбГПМУ, кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова; СПбГУЗ «Мариинская больница»). **Хирургическое лечение рака пищевода у пациента с врождённой аномалией воротной вены.**

Больной С., 47 лет, поступил во 2-е хирургическое отделение СПбМЦ в плановом порядке в феврале 2014 г.

с жалобами на чувство «пищевого комка» при приёме твёрдой пищи, похудение на 10 кг. По поводу врожденной гипоплазии воротной вены, внепеченочной портальной гипертензии пациенту выполнены спленэктомия (1968), гастротомия, прошивание кровоточащих варикозно-расширенных вен желудка (1984). По данным рентгеноскопии, имеется образование верхне- и среднегрудного отделов пищевода протяжённостью до 8 см. При ФГДС выявлено образование средней трети грудного отдела пищевода. Гистологическое заключение: плоскоклеточный рак. При мультиспиральной компьютерной томографии грудной и брюшной полостей медиастиальной и внутрибрюшной лимфоаденопатии отдалённых метастазов не выявлено. УЗИ органов брюшной полости: в желчном пузыре лоцируются мелкие конкременты, воротная вена представлена 4 мелкими сосудами до 0,7 см. 17.03.2014 г. выполнена операция: экстирпация пищевода с одномоментной пластикой желудочным трансплантатом и формированием эзофагогастроанастомоза на шее. Лимфодиссекция D2F. Холецистэктомия. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак пищевода без орогования, прорастающий в мышечную оболочку, в 16 группах исследованных лимфатических узлов депозитов рака не выявлено. Послеоперационный диагноз: плоскоклеточный рак верхней и средней трети пищевода T3N0M0. ЖКБ. Хронический холецистит. Гипоплазия воротной вены. Синдром портальной гипертензии. Варикозно-расширенные вены кардиального отдела желудка. В июне 2014 г. пациенту выполнено дренирование подпеченочного пространства по поводу стойкой лимфорейи. Дренаж удален через 2,5 мес. После операции больной консультирован онкологом. Ввиду синдрома портальной гипертензии, выраженной астении, адьювантная химиотерапия не показана. При контрольном обследовании через 19 мес после операции данных за рецидив и прогрессирование заболевания не получено, состояние удовлетворительное.

Ответы на вопросы. Больной наблюдается в Новгородском облонкодиспансере. Ест все. Кровотечения после операции не отмечал, печёночные функции сохранены. Срочное исследование препарата во время операции — стандарт. Варикозно-расширенные вены удалены.

Прения

М.В.Лазуткин. Возможно, в детстве больной перенёс тромбоз пупочной вены либо имел кавернозную трансформацию воротной вены. Печеночная недостаточность до 47 лет не проявилась. Операция приостановила развитие портальной гипертензии.

В.А.Кашенко. После катетеризации и тромбоза пупочной вены довольно часто развивается компенсация кровотока внепеченочной портальной гипертензией. Здесь было показано формирование анастомозов. Разобщающая операция приостановила развитие портальной гипертензии.

К.В.Павелец. Во всех учреждениях, где консультировался больной, сосудистые анастомозы не рекомендовались. Анастомоз в плевральной полости реже сопровождается рефлюксом, чем анастомоз на шее.

В.П.Акимов (председатель). Хорошо выполненная операция в уникальной ситуации помогла продлить жизнь больному.

ДОКЛАД

И.М.Батыршин, С.А.Шляпников, А.Е.Демко, В.М.Луфт, В.И.Кулагин (ГБУ СПбНИИСП им. И.И.Джanelидзе). **Принципы оптимизации лечения больных со свищами желудочно-кишечного тракта.**

Лечение пациентов со свищами желудочно-кишечного тракта обоснованно является чрезвычайно сложной задачей. Летальность при данном заболевании достигает 40%. Летальный исход чаще всего является результатом сепсиса, истощения и тяжёлого электролитного дисбаланса у пациента со сложной раневой инфекцией и высокопродуктивным свищом. Ведение данных больных требует мультидисциплинарного подхода. Успех в лечении больных со свищами желудочно-кишечного тракта достигается нечасто, ввиду ограниченного опыта у каждого отдельного хирурга и отсутствия специализированных центров, где бы концентрировались эти больные. Коллектив авторов из НИИСП им. И.И.Джanelидзе собрал и проанализировал результаты лечения 43 пациентов, получавших медицинскую помощь в течение последних 5 лет. Проведена оценка не только лечебных, но и диагностических процедур. Отдельно описаны новые возможности применения терапии локальным отрицательным давлением и парентерального питания у больных со свищами желудочно-кишечного тракта. Вся выборка из 43 пациентов была разделена на 3 группы, согласно анатомической природе свищей: двенадцатиперстная кишка (ДПК) — 14 (32,6%), тонкая кишка — 18 (41,9%), толстая кишка — 11 (25,6%). Средний возраст больных составил $(52,5 \pm 10,9)$ года. Во всех группах преобладали пациенты мужского пола — 29 (67,4%). У всех больных причиной развития свищей явился ятрогенный фактор. Авторы создали протокол, который включал в себя контроль сепсиса, оптимизацию нутритивной поддержки, уход за раной, определение анатомии свища, сроки и способы хирургического лечения. Умерли в группе со свищами ДПК 5 (35,7%), тонкой кишки — 7 (38,9%), толстой кишки — 2 (18,1%). Сепсис был основной причиной смертности во всех группах. Нутритивно-метаболическая терапия проводилась у всех больных.

Ответы на вопросы. VAC-системы использовались в режиме отрицательного давления, приблизительно 125 мм рт. ст. На неделю лечения требуется около 100 тыс. руб. Опыт эндоскопического клипирования внутреннего отверстия свища пока небольшой.

Прения

К.В.Павелец. Целесообразнее было разделить свищи на желудочные, тонко- и толстокишечные. Называть ятрогений осложнением операций нельзя.

М.Д.Ханевич. Результаты лечения улучшились, в первую очередь, за счёт концентрации больных в одном учреждении. Стоимость лечения высока. Нельзя называть ятрогений образование свища. Это влечёт за собой применение статьи 144 УК РФ — нанесение вреда по неосторожности.

В.В.Дмитриченко. Материал большой, опыт ценный, но стоимость лечения высока.

В.А.Кашенко. Представлен современный европейский опыт лечения больных.

В.П.Акимов (председатель). Затраты гигантские, труд врача у постели больного со свищом чрезвычайно тяжёл.

Поступил в редакцию 28.07.2016 г.

2470-е заседание 27.04.2016 г.

Председатель — А.В.Хохлов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. К.В.Павелец, К.В.Медведев, С.В.Петрик, Д.С.Русанов, Г.Н.Флоровский (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова ГБОУ ВПО СПбГПМУ, СПбГУЗ «Городская Мариинская больница»). **Вариант хирургического лечения множественных нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы.**

Пациент С., 33 года, поступил в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы 19.09.2014 г. переводом из больницы им. С.П.Боткина с жалобами на периодические боли в верхних отделах живота. Вышеописанные жалобы беспокоят больного в течение нескольких месяцев. При предыдущих обращениях в медучреждения пациенту устанавливался диагноз «Хронический панкреатит». Страдает вирусным гепатитом В. Проводился дифференциальный диагноз между кистой головки поджелудочной железы [данные магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ), эндоультразвукового сканирования (ЭУС)] и новообразованием (данные УЗИ). Для уточнения диагноза пациенту выполнена тонкоигльная пункция под контролем ЭУС: «Множественные образования поджелудочной железы. ЭУС признаки множественных нейроэндокринных неоплазий. Образование головки поджелудочной железы (наиболее вероятно нейроэндокринное образование)». По данным иммуногистохимического исследования: нейроэндокринные опухоли с низкой степенью злокачественности. 20.10.2014 г. пациенту выполнены пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция, лимфодиссекция печеночно-дуоденальной связки, зоны чревного ствола и селезеночной артерии, холецистэктомия, иссечение опухолей хвоста и тела поджелудочной железы. Послеоперационный период осложнился несостоятельностью панкреатикоюноанастомоза. Пациент выписан на 34-е сутки после операции. По данным иммуногистохимического исследования, картина соответствует множественным высокодифференцированным нейроэндокринным опухолям с низким потенциалом злокачественности (G1–2). Спустя год состояние пациента удовлетворительное, жалоб активно не предъявляет, восстановил прежнюю массу тела. По данным обследований (КТ, УЗИ, ФГДС, МРХПГ) рецидива заболевания не получено. Наблюдение продолжается.

Ответы на вопросы. Больного беспокоили поносы, вздутие и боли в животе, повышение АД. УЗИ делали в различных медучреждениях несколько раз в течение 4 лет до операции. Несостоятельность панкреатикоюноанастомоза диагностирована по выделениям из дренажа с активностью амилазы 13 000 ЕД. Применяли октреотид по 300 мкг 3 раза в день. Лимфодиссекция выполнена, так как до операции не был ясен потенциал злокачественности. После операции стул нормализовался. Синдром Вермера исключён.

Прения

К.В.Павелец. Больному 33 года. Панкреатэктомия завело бы снизила качество жизни и её продолжительность, поэтому считаем выполненный вариант операции достаточным. Срочное гистологическое исследование не указывало на злокачественность.

С.Я.Ивануса. Избранную тактику считаю правильной. Важно интраоперационное применение УЗИ, цитогистологических методов. При панкреатодуоденальной резекции применяем дренирование по Фелькеру, обязательно сандостатин и другие ингибиторы. Считаю дозы применяемых препаратов недостаточными.

А.В.Хохлов (председатель). Выбор операции оправдан нынешним качеством жизни больного.

2. А.М.Карачун, О.Б.Ткаченко, Р.С.Протопопова, А.Б.Моисеенко, О.В.Белогазова, Л.Л.Панайотти (ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова» Минздрава России). **Успешное эндоскопическое лечение редкого нейромышечного заболевания пищевода в сочетании с лейомиомой его абдоминального отдела.**

Эзофагоспазм (спастическая дискинезия пищевода) — заболевание, характеризующееся эпизодическим нарушением перистальтики пищевода и спастическими сокращениями его стенки. Это одна из наиболее частых причин дисфагии. В НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова обратился мужчина, 57 лет, с жалобами на затруднённое проглатывание твёрдой пищи, которое появилось около 10 лет назад. Пациенту приходилось принимать преимущественно жидкую еду, всё запивать водой. Больной неоднократно обращался к гастроэнтерологам, проходил курсы антисекреторной и противоязвенной терапии. Улучшения не наступало. При гастроскопии было обнаружено подслизистое образование абдоминального отдела пищевода диаметром около 1,5 см. При рентгенографии пищевода и желудка обнаружено, что на протяжении всего исследования в среднем и нижнегрудном отделах пищевода возникают неравномерные сокращения стенок с асимметричными втяжениями и расширениями различной величины, пищевод принимает вид чётков, штопора. Установлен диагноз «Синдром Баршони—Тешендорфа (диффузный эзофагоспазм). Подслизистое образование абдоминального отдела пищевода». Учитывая дисфагию и подслизистое образование абдоминального отдела пищевода, было принято решение о необходимости оперативного лечения. Пациенту выполнены эндоскопическое удаление подслизистого образования пищевода методом туннельной резекции и эндоскопическая пероральная кардиомиотомия. Послеоперационный период протекал гладко. После вмешательства пациент отмечал постепенное уменьшение, а впоследствии исчезновение симптомов эзофагоспазма. При контрольной рентгенографии пищевода (на 6-е сутки после оперативного лечения) стенки пищевода ровные.

Ответы на вопросы. Массу тела до операции не терял, работает. Болен около 15 лет. В течение последних лет было ощущение нахождения пищи в горле, приходилось запивать. Задерживалась не только плотная пища, но и вода. Болезнь протекала с эпизодами улучшения и ухудшения. Боли за грудиной были и без приёма пищи, уменьшались после еды. Приём алкоголя на проявления болезни не влиял. Манометрию пищевода не выполняли. Туннель начинался с 22 см. Рассекали циркулярный слой нижнего пищеводного сфинктера. Слизистую оболочку после туннельной резекции зашивали клипсами. Иногда ахалазия вызывается рефлюксом.

Прения

К.В.Павелец. Успешный результат после 15 лет страдания. Рефлюкс может возникать также после сберегательных операций по поводу язвенной болезни.

Б.И.Мирошников. Заболевание (эзофагоспазм, штопоробразный пищевод) чрезвычайно редкое и я с ним ни разу не встречался. Из исследований было достаточно сделать рентгеноскопию пищевода. Показания к операции поставил сам больной — заболевание нейромышечного аппарата и опухоль пищевода. Болеет весь пищевод. Не надо ли его удалять? Здесь избрана миотомия, начиная со средней трети пищевода. Все поперечные волокна не пересечены. Миотомия обычно делается снаружи, а здесь — изнутри. Пищевод остался больным. Что будет через 5–10 лет — неизвестно. Нижнепищеводный жом пересечен неполностью. Показан высокий профессионализм исполнителя операции.

В.И.Кулагин. Удивительная демонстрация. Такой подход внедряется в мировой практике. Заболевание известно давно, но лечение не разработано. Кардиомиотомия недостаточна. Задача хирурга — улучшить состояние больного. Диагноз поставлен поздно, после обращения к онкологам.

А.В.Хохлов (председатель). Хорошо, что больной попал к квалифицированным врачам. Результат говорит за правильность выбора лечения.

ДОКЛАД

С.Ф.Багненко, В.И.Кулагин, Д.И.Василевский, С.Ю.Дворецкий, А.С.Прядко, Г.В.Михальченко, А.В.Луфт, А.С.Лапшин, Д.С.Силантьев (ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова»; ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И.Джанелидзе»; ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница»; ГУЗ «Городская больница Святой Преподобномученицы Елизаветы»). **Принципы антирефлюксной хирургии и критерии выбора методики реконструкции желудочно-пищеводного перехода у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.**

Выбор оптимальной методики реконструкции желудочно-пищеводного перехода является наиболее сложной проблемой хирургического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Выполнение «жестких» антирефлюксных операций позволяет добиться хорошего контроля симптомов заболевания, однако сопровождается высоким риском развития негативных последствий. «Мягкие» реконструкции лишены этого недостатка, однако не всегда оказываются эффективными в отдаленные сроки. Эти обстоятельства определяют значительное количество предложенных к настоящему времени методик хирургического лечения ГЭРБ. В период с 2007 по 2014 г. были оперированы 358 пациентов с симптоматической ГЭРБ. Наблюдались пищеводные синдромы (эрозивный эзофагит, пищевод Барретта, пептические стриктуры) и экстраэзофагеальные проявления заболевания [рефлюкс-ассоциированная бронхиальная астма, хронические обструктивные болезни лёгких (ХОБЛ), хронический ларингит]. Ключевыми принципами хирургического лечения ГЭРБ являлись: восстановление естественных барьерных механизмов желудочно-пищеводного перехода, создание дополнительного антирефлюксного барьера, сохранение естественной функции пищевода и гастроэзофагеального соустья и индивидуализации методики операции. Критериями выбора варианта реконструкции являлись характер сократительной активности пищевода и размеры дна желудка. При физиологической моторике пищевода и достаточных размерах фундального отдела предпочтение отдавалось «жестким»

методикам создания антирефлюксного барьера: R.Nissen, M.Rossetti. Подобные операции были выполнены 137 (38,2%) пациентам. При недостаточном размере дна желудка (менее 4 см) и нормокинезии пищевода операцией выбора была эзофагогастропластика L.Hill, осуществленная 5 (1,4%) больным. При нарушениях перистальтической активности пищевода осуществление «жестких» антирефлюксных реконструкций было противопоказано в связи с высокой вероятностью развития механической дисфагии. В подобных ситуациях выполнялась «свободная» циркулярная реконструкции P.Donahue («Pорру» R.Nissen) или задняя фундопликация на 240–270° A.Tourret. Операции подобного типа были осуществлены 187 (52,3%) пациентам. При тяжелой дискинезии пищевода (диффузном эзофагоспазме, атонии пищевода) или недостаточной ширине фундального отдела желудка (менее 4 см) выполнялись передняя реконструкция на 180° D.Dog или боковая фундопликация на 90–12° A.Watson. Операции подобного типа были выполнены 29 (8,1%) пациентам. Результаты хирургического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в период от 1 года до 7 лет прослежены у 296 (82,6%) человек. Рецидив заболевания вследствие разрушения антирефлюксной реконструкции констатирован у 16 (5,4%) пациентов с прослеженным катамнезом. Необходимость периодической медикаментозной терапии в связи с неполным эффектом хирургического лечения сохранилась у 42 (14,2%) человек. У остальных 238 больных (80,4%) констатировано полное купирование проявлений ГЭРБ. Отмечались негативные последствия антирефлюксных хирургических вмешательств. Транзиторная дисфагия имела место у 27 (9,1%) пациентов, чаще после «жестких» циркулярных реконструкций, и купировалась самостоятельно в течение 10–14 дней после операции. Стойкая дисфагия, потребовавшая выполнения эндоскопической баллонной дилатации фундопликационной манжеты, имела место у 3 (1,0%) человек. Нарушение механизма отрыжки и рвоты в течение первого года после операции отмечалось у 19 (6,4%) больных. В более поздние сроки данный негативный эффект самостоятельно уменьшался или исчезал совсем. Метеоризм после хирургического лечения беспокоил 67 (22,6%) пациентов и чаще имел место у больных с гипокинезией пищевода. Данное осложнение требовало фармакологической коррекции. «Gas-bloat»-синдром не отмечен ни в одном наблюдении. Таким образом, соблюдение указанных принципов антирефлюксных хирургических вмешательств и индивидуальный выбор методики реконструкции желудочно-пищеводного перехода позволяют добиться эффективного контроля симптомов ГЭРБ и минимизировать негативные последствия операций

Ответы на вопросы. Спаечный процесс, перенесённые операции — относительное противопоказание к лапароскопическому доступу. Мобилизация пищевода при лапароскопии лучше. Укороченный пищевод в данном материале не встречался, при нём антирефлюксной операцией может быть гастропликация. Аэрофагия часто не требует оперативного лечения. Результаты лучше там, где морфологические изменения преобладают над функциональными. Приходилось переделывать манжету.

Прения

Д.Ю.Бояринов. Важен отбор больных в стационары с хорошими возможностями функциональных исследований. ГЭРБ может возникать на фоне желчнокаменной болезни,

других заболеваний. Обязательны манометрия, рН-метрия. Вначале должен проводиться курс консервативной терапии.

А.В.Хохлов (председатель). Важен отбор больных. Избыточное установление показаний к операции ухудшает результаты. Это функциональная хирургия, и начинать надо с изменения режима питания, снижения массы тела, применения ингибиторов протонной помпы. Нередко деформации пищевода принимают за короткий пищевод. Важным моментом операции является мобилизация пищевода.

Поступил в редакцию 28.07.2016 г.

2471-е заседание 11.05.2016 г.

Председатель — С.Я.Ивануса

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. К.В.Павелец, К.В.Медведев, А.М.Хаиров, К.А.Горошко (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова СПбГПМУ и СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Вариант хирургического лечения осложненного течения язвенной болезни на фоне фиксированной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы у больной старческого возраста, оперированной в экстренном порядке.**

Больная И., 85 лет, поступила в отделение хирургической реанимации Мариинской больницы 01.12.2015 г. по экстренным показаниям, с жалобами на выраженную общую слабость, одышку, рвоту «кофейной гущей», головокружение. В начале ноября 2015 г. пациентка обращалась в частную клинику с жалобами на ноющие боли в верхних отделах живота, которые беспокоили ее в течение 2 нед. Было выполнено МРТ брюшной полости и диагностирован остеохондроз грудного отдела позвоночника. С целью лечения последнего рекомендованы прием диклофенака и санаторно-курортное лечение. 13.11.2015 г. с оздоровительной целью пациентка прибыла в г. Карловы Вары, Чешская Республика. В тот же день отметила резкое ухудшение общего состояния и была госпитализирована в областную больницу, где выявлена перфоративная язва желудка. Выполнены ушивание язвы, оментопексия, спленэктомия. В дальнейшем получала консервативную терапию и через 2 нед вернулась в Россию. При поступлении 01.12.2015 г. после предварительной подготовки выполнена ФГДС, при которой обнаружена фиксированная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД): верхняя треть желудка находилась в плевральной полости. На границе верхней и средней трети тела желудка визуализированы язвенный дефект с лигатурами и струйное кровотечение из него (Forrest IA). Произведена попытка эндоскопического гемостаза, который признан неустойчивым. Больная транспортирована в операционную. Выполнена лапаротомия, иссечена малая кривизна желудка с язвой. Послеоперационный период осложнился обострением хронического бронхита, развитием внутрибольничной правосторонней нижнедолевой пневмонии, продленной ИВЛ и формированием трахеостомы. Срок нахождения больной в отделении реанимации и интенсивной терапии составил 27 дней, общий срок госпитализации — 45 койко-дней. 15.01.2016 г. больная выписана на амбулаторное лечение.

Ответы на вопросы. Много лет назад по поводу болей и рвоты больную наблюдал С.М.Рысс. Назначенные им

препараты больная принимала 2 года, затем перестала. Противоязвенную терапию после первой операции не назначали, в настоящее время рекомендована. Желчный пузырь с камнями не удален.

Прения

В.И.Кулагин. Здесь имеет место не язвенная болезнь на фоне грыжи, а грыжа с изъязвлением части желудка, находившейся в грудной полости. Мы наблюдали 85 больных с кровотечением при ГПОД. Как правило, они не нуждались в операции. У 15 человек были язвы в ущемленной части желудка — «язвы-наездники». При них кровотечение обильнее и опаснее. Эндоскопический гемостаз при ГПОД труден. Операция заключается в гастротомии, прошивании дна язвы, восстановлении анатомических соотношений. Тактику врачей считают правильной.

С.Я.Ивануса (председатель). Тяжелая степень кровопотери, короткий срок после первой операции, сложность выбора оперативного пособия и хороший результат говорят об опыте коллектива хирургов. Но кислотопродуцирующая зона осталась неудаленной.

2. А.М.Игнашов, Д.Н.Дойников, С.Д.Мигащук, Чжо Ван, А.Н.Морозов (ФБГУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М.Никифорова МЧС России», Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова). **Декомпрессия чревного ствола, шунтирование общей печеночной артерии от подвздошной и резекция трех аневризм панкреатодуоденальной артерии.**

Аневризма преимущественно нижней панкреатодуоденальной артерии в связи с окклюзией или стенозом чревного ствола, включая компрессионный стеноз, из-за возможного разрыва подлежит своевременному выключению ее из кровотока эндоваскулярным или хирургическим методом.

Больная К., 42 года, поступила 17.11.2015 г. с жалобами на постоянную мучительную ноющую боль в надчревной области и спине, усиливающуюся после приема пищи, физической нагрузки и психоэмоционального напряжения; дискомфорт в виде ощущения полноты, тяжести и вздутия живота. В марте 2004 г. внезапно появилась тупая ноющая боль в надчревной области без иррадиации, осенью стала более интенсивной. В 2005 г. выявлена язва пилорантрального отдела желудка, которая зажила после приема омепразола, однако боль в животе оставалась. УЗИ (2008 г.): конкременты в желчном пузыре; признаки реактивного панкреатита; увеличение головки поджелудочной железы. В области нижней полой вены (НПВ) мешотчатое образование диаметром 4 см и кровоток в нем. Аномалия НПВ? Ангиография не сделана. Эзофагодуоденоскопия (ЭГДС): рефлюкс-эзофагит, эрозивный дуоденит. Последние 3 года больную беспокоят постоянные мучительные боли в надчревной области и спине, днем и ночью. УЗИ (2015 г.): позади головки поджелудочной железы округлое образование 5,3×3,8 см с турбулентным кровотоком в нем (киста поджелудочной железы? аневризма НПВ?). Имеется желчнокаменная и мочекаменная болезни. МСКТ-ангиография: в области устьев окклюзия чревного ствола и стеноз рядом расположенной верхней брыжеечной артерии 60% по диаметру по причине компрессии срединной дугообразной связкой диафрагмы, ее внутренними ножками и нейрофиброзной тканью чревного сплетения. Аневризмы (4) нижней панкреатодуоденальной артерии: 1 — бифуркации ее ствола 4,5×4,9×3,8 см; 2 — задней артерии 1,3 и 0,7 см

соответственно и 1 — 0,4 см передней. Аневризматических и окклюзионно-стенозирующих поражений в аорте, экстра- и интракраниальных, других висцеральных и подвздошных артериях не выявлено. Нижняя полая и воротная вена без видимых изменений. Эхо-КГ — показатели в норме. Клинические и биохимические анализы крови в норме. Операция (19.11.2015 г.): срединная лапаротомия; декомпрессия чревного ствола и верхней брыжеечной артерии; шунтирование общей печеночной артерии от правой общей подвздошной синтетическим протезом (B. Braun Uni-Graft, 8 мм); резекция трех аневризм ствола и задней ветви нижней панкреатодуоденальной артерии (проф. А.М.Игнашов). Послеоперационное течение гладкое. Через 4 мес после операции состояние удовлетворительное. По данным УЗДС и МСКТ-ангиографии анатомические и гемодинамические показатели в шунте, ветвях чревного ствола и верхней брыжеечной артерии в норме.

Ответы на вопросы. При окклюзии или стенозе чревного ствола, включая компрессионный стеноз, у ряда больных аневризма нижней панкреатодуоденальной артерии развивается в связи с усиленным в ней коллатеральным кровотоком из верхней брыжеечной артерии. При отсутствии других достаточных артериальных коллатералей и выключении из кровотока такой аневризмы или аневризм необходимо восстановление кровотока в чревном стволе с помощью сосудистой операции. Боль в животе и спине была связана с хронической ишемией органов пищеварения из-за окклюзии чревного ствола и стеноза верхней брыжеечной артерии и аневризмами нижней панкреатодуоденальной артерии, которые вызывали компрессию рядом лежащих нервных структур и органов.

Прения

В.И.Ковальчук. Больные со стенозом чревного ствола — трудные больные, в первую очередь, для диагностики. Диарея, похудение, сосудистый шум в эпигастриальной области дают основание для подробного исследования.

Д.А.Гранов. Заболевание редкое, но с типичной клиникой. Аневризма — осложнение заболевания. Обязательна прямая ангиография. Излечение может быть достигнуто эндоваскулярными методами.

С.Я.Ивануса (председатель). К А.М.Игнашову за помощью обращаются ангиохирурги высокого класса. Заболевание диагностируется поздно, нужен опыт эмболизаций, баллонной дилатации. Здесь показан наиболее безопасный и эффективный способ лечения.

ДОКЛАД

В.Н.Полысалов, С.Д.Долгих, А.А.Поликарпов, А.В.Павловский (ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий», Санкт-Петербург). **Комбинированное лечение больных с местно-распространенным раком желудка с использованием неoadьювантной селективной артериальной масляной химиоэмболизации опухоли.**

Обобщены результаты обследования и лечения 40 пациентов с местно-распространенным раком желудка (МРРЖ) за период с 2009 по 2015 г. Мужчин было 21 (52,5%), женщин — 19 (47,5%). Средний возраст больных составил (60,9±11,4) года. Аденокарцинома низкой и умеренной степени дифференцировки была диагностирована у 30 (67,2%) больных. В 9 наблюдениях верифицирован перстневидноклеточный, у одного пациента — недифференцированный рак желудка.

У большинства больных (87,5%) поражались тело и выходной отдел желудка. На момент начала лечения осложненное течение МРРЖ имело место практически у всех пациентов. Анемия различной степени тяжести была диагностирована у 24 пациентов, признаки кровотечения выявлены у 6. Субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка, по данным рентгенологических исследований, определялся у 9 больных. У 19 пациентов отмечались стойкие, интенсивные боли в эпигастриальной области. По данным диагностической ангиографии, патологические изменения архитектоники артериального и венозного русла гепатопанкреатобилиарной зоны, свидетельствующие о местном распространении опухоли на сосудистые структуры, были зафиксированы у 11 (27,5%) больных. Пациентам (n=34), у которых сосудистая анатомия опухоли была представлена магистральным питающим сосудом, на первом этапе комбинированного лечения выполняли его селективную внутриартериальную масляную химиоэмболизацию (ХЭ). Хирургический этап комбинированного лечения проведен 30 больным, которым выполняли ХЭ опухоли желудка на дооперационном этапе. Дистальная субтотальная резекция желудка была выполнена 13 больным, гастрэктомия — 15, паллиативные вмешательства — 2. Радикального удаления опухоли (R0) удалось добиться у 26 (86,6%) пациентов. По данным патоморфологических исследований послеоперационного материала, стадия заболевания осталась неизменной у 15 (50%) больных, уменьшение стадии было зафиксировано у 13 (46,4%) пациентов, увеличение — у 1 (3,6%).

Таким образом, однократное выполнение ХЭ опухоли желудка ведет к достоверному снижению индекса пролиферации Ki-67 на 23,2% и коэффициента дифференциального накопления радиофармпрепарата (SUV) в опухоли на 35,6%, в регионарных лимфатических узлах с метастазами — на 57,8%, т.е. позволяет достигнуть первичного ответа опухоли на лечение с уменьшением ее пролиферативной и метаболической активности. Использование ХЭ опухоли в комбинированном лечении МРРЖ приводит к уменьшению размеров и границ лимфогенного распространения опухоли (по данным МСКТ), что позволяет выполнить радикальное хирургическое вмешательство у 82,4% больных с относительно небольшой частотой послеоперационных осложнений (26,6%). Оптимальным интервалом между рентгеноэндоваскулярным вмешательством и операцией является 1–4 нед. В эти сроки максимально реализуется первичный ответ опухоли и ее метастазов в регионарных лимфатических узлах на неoadьювантную селективную артериальную масляную ХЭ.

Ответы на вопросы. ХЭ не удалась у 6 из 40 человек. Из 30 больных III стадия была у 70%. Критерий включения — местно-распространенный рак. Нужно отличать нерезектабельный и местно-распространенный рак. Осложнения опухоли в течение лечения устранялись. Инфузия химиопрепаратов сопровождается большим токсическим эффектом, чем ХЭ.

Прения

В.Н.Полысалов. Лечение рака желудка — не только хирургическое. Различные протоколы включают лучевую и другие системные терапии. Здесь впервые применена масляная ХЭ. Она сопровождается меньшей токсичностью. Это относится не только к раку желудка, но и печени, почек. Препарат направляется именно к метастатическим узлам. Сроки депонирования таргетных препаратов — 7 сут–4 нед, поэтому в эти сроки нужно делать операцию. Кроме резекции

желудка и тотальной гастрэктомии, выполняли спленэктомию, дистальную резекцию поджелудочной железы. Прогноз определяется уровнем Ki-67, при уровне выше 50% прогноз плохой.

Э.Э.Топузов. Представлено новое направление лечения. Но говорить о результатах еще рано. Не указана безрецидивная выживаемость. Сравнение нео- и адьювантной химиотерапии показало, что неоадьювантная химиотерапия не улучшила результатов. Цель неоадьювантной терапии — увеличение количества операбельных больных, поэтому она должна быть краткосрочной (2–3 цикла). Необходимо определять патоморфоз и чувствительность опухоли к таргетным препаратам для дальнейшего лечения. Обязательно дооперационное проведение эндоУЗИ — оно определяет смысл неоадьювантной терапии.

К.В.Павелец. В 50% наблюдений ответа на химиотерапию и другие методы лечения нет. Работа начата, на этом этапе должно быть точно проведено стадирование. В этом плане наиболее информативно эндоУЗИ.

Д.А.Гранов. В начале работы всегда возникают вопросы. Кроме неоадьювантной терапии, на результат лечения влияют многие факторы. Здесь показаны снижение метаболической активности, безопасность лечения, низкая токсичность процедуры, возможность получить ответ.

С.Я.Ивануса (председатель). Мне представляется, что применение новой методики недостаточно иллюстрировано. Надеемся на улучшение отдаленных результатов.

Поступил в редакцию 12.08.2016 г.

2472-е заседание 25.05.2016 г., посвященное юбилею профессора Н.Н.Артемяевой

С приветственными словами выступили профессора Д.А.Гранов, Э.Г.Топузов, С.Ф.Багненко, П.К.Яблонский, М.Д.Ханевич.

Председатель — Д.А.Гранов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *Н.Н.Артемяева, А.С.Прядко, Р.Р.Седлецкий, И.Ю.Бойко, П.А.Сидорчук, А.Г.Полькин, А.О.Афанасьев, Д.В.Романов* (Ленинградская областная клиническая больница, РНИИТО им. Р.Р.Вредена). **Многоэтапное хирургическое лечение больного с агрессивным течением хронического панкреатита, осложненного интраабдоминальным панкреатическим свищом, панкреатогенным асцитом, гнойно-некротическим панникулитом и остеомиелитом.**

Больной П., 59 лет, поступил 01.04.2014 г. в ревматологическое отделение ЛОКБ в экстренном порядке с жалобами на увеличение живота, ощущение распиравания в брюшной полости, боли в голеностопных суставах, лихорадку. Получал симптоматическую терапию по поводу артрита. Ревматоидный и системный характер заболевания суставов исключены. Больной переведен в хирургическое отделение в связи с формированием абсцесса в области ахиллова сухожилия справа. Из анамнеза известно, что больной заболел в феврале 2014 г. после погрешности в диете. Лечился у гастроэнтеролога по поводу хронического панкреатита. По данным КТ и УЗИ, выявлено небольшое количество свободной жид-

кости в плевральной и брюшной полости, киста размером 4 см в области хвоста поджелудочной железы (ПЖ). При этом абдоминальный болевой синдром практически отсутствовал. Несмотря на лечение, направленное на купирование симптомов панкреатита, состояние больного прогрессивно ухудшалось. Стойкая лихорадка и появление абсцесса задней поверхности нижней трети голени справа, развитие гнойного панариция дистальной фаланги I пальца правой стопы и проксимальной фаланги V пальца левой кисти, возникновение глубокого абсцесса нижней трети задней поверхности левой голени побудили к вскрытию гнойников. Из ран выделялось обильное желеобразное, геморрагическое отделяемое. В связи с нарастающей интоксикацией, увеличением количества асцитической жидкости в брюшной и грудной полости, выполнен лапароцентез. Пролечен геморрагический асцит с активностью амилазы более 300 000 ЕД/мл. В связи с отсутствием эффекта от проводимой терапии больной оперирован. Выявлены панкреатогенный асцит объемом 5 л, киста хвоста ПЖ в инфильтрате в воротах селезенки, сообщающаяся с брюшной полостью и главным панкреатическим протоком. 22.04.2014 г. выполнена операция: наружное дренирование кисты ПЖ, панкреатического протока, дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде сформировался наружный панкреатический свищ по дренажу панкреатического протока. Дренажи из брюшной полости и кисты ПЖ удалены. Воспалительные изменения тканей конечностей осложнились остеомиелитом обеих пяточных костей, обширными, длительно незаживающими ранами нижней трети обеих голеней. Для дальнейшего лечения пациент переведен в ФГБУ «РНИИТО им. Р.Р.Вредена» МЗ РФ. 24.06.2014 г. выполнена операция: радикальная хирургическая обработка очагов остеомиелита обеих нижних конечностей, удаление правой пяточной кости, частичная резекция левой пяточной кости. После костно-пластических операций был выписан на амбулаторное лечение. Панкреатикостома функционировала с дебитом сока 300–500 мл и активностью амилазы в нем 290 000 ЕД/мл. Спустя 5 мес обследован. Прибавил в массу тела 15 кг. Кроме существования наружного панкреатического свища и затруднения ходьбы после резекции пяточных костей, других жалоб не предъявлял. 18.09.2014 г. выполнена продольная панкреатикоюностомия на дренаже. Послеоперационный период без осложнений. В настоящее время жалоб нет, работоспособен.

Прения

Н.Н.Артемяева. Представлено редчайшее наблюдение хронического панкреатита. У больного был асцит-перитонит, стеатонекрозы на брыжейках кишки, поэтому операция разделена на 2 этапа, формирование панкреатикоюноанастомоза отложено. Чрезвычайно высокая активность амилазы асцитической жидкости привела к паникулиту и расправлению сухожилий.

Д.А.Гранов (председатель). Успех лечения больного связан с участием в нем Н.Н.Артемяевой.

2. *Н.Н.Артемяева, А.В.Глебова, Н.Ю.Коханенко* (кафедра факультетской хирургии СПбГПМУ). **Абсцедирующий холангит, симулировавший метастазы после гастропанкреатодуоденальной резекции по поводу рака большого дуоденального сосочка. Пятнадцатилетний отдаленный результат реконструктивной операции.**

Больная В., 62 года, поступила в хирургическое отделение одной из больниц города по поводу механической

желтухи в мае 1999 г., где ей был сформирован холецисто-еюноанастомоз по поводу «псевдотуморозного головчатого панкреатита». После операции в течение 1,5 лет больную беспокоили подъемы температуры тела до 39 °С и боли в правом подреберье. Желтухи не было. При обследовании в клинике кафедры факультетской хирургии СПбГПМУ выявлена опухоль большого дуоденального сосочка (БДС). В ноябре 2000 г. больной выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция с сохранением холецистоэнтероанастомоза. Гистологическое заключение — высокодифференцированная аденокарцинома панкреатодуоденальной области, прорастающая все слои стенки двенадцатиперстной кишки, врастающая в поверхностные и глубокие слои головки поджелудочной железы. Отдаленных метастазов не выявлено. Через 1 год у больной начались ознобы, температура тела повышалась до 38–39 °С. Больная похудела, у нее пропал аппетит. При УЗИ и КТ выявлены множественные очаговые образования в обеих долях печени, незначительная эктазия внутрипеченочных желчных протоков. Диагностированы генерализация опухолевого процесса, метастазы рака БДС в печень. Выписана домой для симптоматического лечения. В связи с явной клинической картиной гнойного абсцедирующего холангита 24.05.2002 г. больная срочно оперирована. К этому моменту при УЗИ были выявлены уже расширенные желчные протоки, содержавшие «мягкие» камни и калькулезный холецистит с признаками острого воспаления. Во время операции обнаружены воспаленный, заполненный камнями, замазкой и пищевыми частицами желчный пузырь, узкий пузырный проток, гной, вторичные камни во внутри- и внепеченочных желчных протоках, в обеих долях печени очаги бледно-желтого цвета различного диаметра. При срочном гистологическом исследовании обнаружено гнойное воспаление. Диаметр холецисто-еюноанастомоза составил около 5 мм. Выполнены холецистэктомия и резекция участка тонкой кишки, использованной для холецисто-еюноанастомоза. Гепатикотомия и отмывание желчных протоков от гноя и замазки. Внутрипортально проводили инфузию антибиотиков (через пупочную вену). Далее был сформирован широкий гепатикоеюноанастомоз на дренаже по Фелькеру. В 2008 г. больная перенесла еще одну операцию — экстирпацию матки по поводу рака с одновременным устранением послеоперационной грыжи больших размеров. В дальнейшем самочувствие больное удовлетворительное, явлений холангита нет. Ей 78 лет, выполняет работу по дому, ухаживает за внуками.

Прения

Н.Н.Артемьева. Нельзя отказывать больным с опухлями, кажущимися иноперабельными. Удален источник холангита, больная жива.

Д.А.Гранов (председатель). После операций, особенно по поводу опухоли Клатцкина, возможно образование холангиогенных абсцессов, имитирующих метастазы.

3. Н.Н.Артемьева, Р.Г.Аванесян, Ю.А.Пахмутава (Городская больница № 26 и Мариинская больница, Санкт-Петербург). **Лечение рубцовой стриктуры бигепатикоеюноанастомоза после иссечения врожденных кист долевых печеночных протоков и общего желчного протока с помощью антеградных малоинвазивных вмешательств.**

Больная А., 24 года, поступила для планового оперативного лечения с диагнозом «Желчнокаменная болезнь.

Калькулезный холецистит». В течение двух лет беспокоили боли в животе. 10.04.2007 г. во время выполнения лапароскопии диагностирован выраженный рубцово-спаечный процесс в подпеченочном пространстве, не позволяющий отчетливо дифференцировать элементы гепатодуоденальной связки. Принято решение выполнить операцию открытым способом — лапаротомия, холецистэктомия. Поскольку общий желчный проток был расширен до 10–11 мм, выполнена холедохотомия, извлечены камни, после чего он дренирован Т-дренажем. До операции произведена МРХГ, на которой были видны 2 округлых образования над желчным пузырем. Учитывая инфильтрат, ревизия ворот печени не проводилась. На 10-е сутки больная выписана с дренажем Кера. При повторной плановой госпитализации выполнена фистулография: конкрементов не выявлено, эвакуация контраста не нарушена. Дренаж удален. В марте 2008 г. выполнена МРХГ. На снимках по-прежнему выявлялись 2 округлых образования в воротах печени диаметром до 20 мм, сообщавшихся с нерасширенными внутрипеченочными и внепеченочными протоками. 04.04.2008 г. больная прооперирована повторно. В воротах печени обнаружены 2 округлых жидкостных образования. Стенки кист резецированы. Два секторальных протока справа сшиты друг с другом, образовано одно общее устье. После этого сформирован бигепатикоеюноанастомоз по Ру на У-образном дренаже. В 2012 г. во время беременности появились боли и лихорадка. Вначале приступы были редкие, но постепенно становились чаще. Осенью 2014 г., по данным МРХГ, обнаружена рубцовая стриктура бигепатикоеюноанастомоза. 27.11.2014 г. выполнено наружновнутреннее каркасное дренирование левого долевого протока и гепатикоеюноанастомоза. 08.04.2015 г. выполнено наружновнутреннее каркасное дренирование и правого долевого протока. В настоящее время лечение еще не окончено. Планируются наблюдение за дренажами и плановая их замена в течение двух лет для создания каркаса с последующим удалением дренажей. Вопрос о стентировании не ставится.

Ответы на вопросы. Самочувствие больной хорошее, зуда и эпизодов лихорадки после последней операции не было.

Прения

Н.Н.Артемьева. Представлено редкое наблюдение изолированного кистозного перерождения желчных протоков. Первая операция была недостаточной. При повторных МРХГ обнаружены кисты долевых протоков, одна из которых была гнойной, с камнями. Но впадающие протоки были узкими, и каркасные дренажи ставить было рано. Поставленные узкие трубочки сместились, и вновь возникли стриктуры. Потом удалось пробуживать протоки (Р.Г.Аванесян). Но нужно ожидать повторения подобных вмешательств. Стенты сейчас не показаны.

Д.А.Гранов (председатель). Стриктуры желчных протоков — бич желчной хирургии. Прогнозировать их возникновение трудно. Поэтому малоинвазивные подходы оптимальны. Желательно изучить отдаленные результаты.

ДОКЛАД

Н.Н.Артемьева, Н.Ю.Коханенко, А.В.Глебова (кафедра факультетской хирургии СПбГПМУ). **Рубцовые стриктуры билиодигестивных анастомозов — результаты хирургического и малоинвазивного лечения.**

В докладе представлен опыт лечения 66 больных с рубцовыми стриктурами (РС) билиодигестивных анастомозов (БДА), что составило 20% от общего числа больных с РС желчных протоков, оперированных за последние 30 лет. У 45 больных имелась РС гепатикоеюноанастомоза (ГЕА) или бигепатикоеюноанастомоза (БиГЕА), в 21 наблюдении — РС холедоходуоденоанастомоза (ХДА). Большинство больных оперированы по поводу ятрогенного повреждения печеночно-желчного протока (ПЖП). Больные перенесли от 1 до 8 операций, всего у них ранее было выполнено 150 вмешательств. Для определения уровня РС использовали классификацию Э.И. Гальперина (2002 г.). У оперированных по поводу РС ГЕА больных уровень всегда был высоким — «0» и выше. Чем больше у больного было вмешательств, тем выше становилась РС, причем и ворота печени, и печеночно-двенадцатиперстная связка смещались выше и кзади. Для диагностики РС БДА использовали УЗИ, ФГДС, РХПГ, МРХПГ. Наиважнейшим, более достоверным и неинвазивным методом является последний. Симптомы нарушения проходимости БДА появлялись от 1 мес до нескольких лет после их формирования. В двух наблюдениях холангит и механическая желтуха появились впервые через 19 и 24 года после ГЕА и ЗДА. Малоинвазивные вмешательства были применены у 8 больных. Они оказались неэффективными (ретроградное стентирование) или вызывали новые осложнения (антеградное стентирование). После разобщения ГЕА, ревизии и промывания протоков иссекали по возможности рубцовую ткань, что из-за близости сосудов не всегда удавалось. Формировали новые ГЕА [БиГЕА (23) и ТриГЕА (4)]. После устранения ХДА (21) и холецистэктомии (3) ГЕА был сформирован у 12 больных, а БиГЕА — у 4. Учитывая повторные вмешательства, рубцовые изменения стенки протоков, гнойный холангит у всех, мы всегда применяли каркасные сменные транспеченочные дренажи (СТД). Рецидивы РС БиГЕА возникли у 5 (19%) из 27 больных. Трое из них оперированы повторно, у двух — применили чрескожное чреспеченочное наружновнутреннее дренирование. В отдаленные сроки (в течение трех лет) умерли еще 2 больных от цирроза печени и холангита. Записана в протокол ожидания трансплантации печени 1 пациентка. Таким образом, вопрос лечения больных с РС БДА далек от разрешения. Профилактика РС желчных протоков вообще и РС БДА в частности — это, прежде всего, профилактика их повреждений как при открытых, так и при эндовидеохирургических операциях.

Прения

Н.Н. Артемьева. Актуальная тема — пока будут хирурги, будут и стриктуры. 40% повторных операций — из-за ошибок хирургов. Типичны выжидание при подтекании желчи после формирования анастомозов, подшивание деформированной кишки. Повторные операции должны выполнять специалисты. В течение 56 лет за операционным столом я встречала массу прекрасных людей, многие из них присутствуют здесь. Мой великий наставник — П.Н. Напалков, меня всегда поддерживал учитель — Н.В. Путов. Спасибо всем!

Д.А. Гранов (председатель). Дорогая Нина Николаевна! Вы нам нужны: молодым и зрелым хирургам. Будьте с нами!

Поступил в редакцию 12.08.2016 г.

2473-е заседание 08.06.2016 г.

Председатель — Ю.А. Спесивцев

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. М.Д. Ханевич, М.С. Диникин, С.М. Ваикуров, Р.В. Фадеев (СПбГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»). Успешное лечение многокамерной цистаденомы головки поджелудочной железы.

Больная В., 27 лет, около 4 лет назад самостоятельно обнаружила образование брюшной полости в правом подреберье. Жалоб не предъявляла, внимания выявленному образованию не придавала. Летом 2015 г. больная отметила рост образования, обследовалась. На КТ живота от 15.07.2015 г. обнаружено забрюшинное многокамерное кистозно-солидное образование 93×86×86 мм, которое дифференцировалось между внеорганным образованием и опухолью, исходящей из головки поджелудочной железы (ПЖ). При дообследовании в стационаре, по данным УЗИ живота от 22.07.2015 г., установлено, что опухоль исходит из головки ПЖ. Учитывая локализацию и размер опухоли, большую вероятность малигнизации, 23.07.2015 г. выполнена операция в объеме пилоросохраняющей панкреатодуоденальной резекции (ПДР). Послеоперационный период протекал без осложнений, пациентка выписана из стационара на амбулаторное наблюдение. Гистологическое заключение — солидно-псевдопапиллярная опухоль ПЖ, Ki-67 менее 1%. При контрольной компьютерной томографии от 21.01.2016 г. — состояние после ПДР, данных за рецидив опухоли нет. Представлен видеофильм беседы с больной после операции.

Ответы на вопросы. Беременностей у больной не было. МРТ, интраоперационные УЗИ и гистологическое исследование не выполняли. Вылущить опухоль не представлялось возможным.

Прения

К.В. Павелец. Ближайший результат (9 мес) хороший. Образование выглядит как папиллярная опухоль. Она возникает у молодых женщин во время беременности. Опухоли иногда удаётся вылущить. Мы наблюдали больную, демонстрированную в 2012 г., у которой кисту (8×6×5 см) первоначально дренировали. Больная живёт 4 года, повторно родила. Объём операции у обсуждаемой больной (ПДР) сомнителен, но результат себя оправдывает.

Н.Ю. Коханенко. Описана чрезвычайно редкая опухоль. Любая опухоль поджелудочной железы должна быть удалена. Если она вылущена, требуется срочное исследование. В разных участках опухоли может быть различное строение. Описан рак ПЖ у ребёнка 3 лет, мы оперировали молодого человека 17 лет.

М.Д. Ханевич. Наблюдение доказывает, что онкологический диагноз не может обосновываться только одним исследованием.

Ю.А. Спесивцев (председатель). Верификация диагноза онкологического заболевания должна устанавливаться до операции. Полезны повторные, в том числе иммуногистохимические исследования.

2. Т.В. Остринская, В.Н. Вавилов, А.М. Жуманкулов, А.В. Анисимова (СПбГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», кафедра факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государствен-

ный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова»). **Применение свободного тонкокишечного лоскута для реконструкции пищепроводных путей при хирургическом лечении рака гортаноглотки.**

Пациентка Б., 42 года, поступила в СПбГБУЗ ГКОД 21.05.2015 г. с жалобами на резкое затруднение приёма пищи через рот, похудение на 7 кг за 3 мес. При осмотре ЛОР-органов выявлены опухолевая инфильтрация в области задней стенки гортани, скопление слюны в грушевидных синусах. Пальпаторно в верхней трети шеи справа определялся плотный депозит диаметром 2 см. По данным рентгенографии глотки и пищевода с барием выявлялось циркулярное неравномерное сужение пищепроводных путей на уровне СIII–СVII позвонков с задержкой контраста над сужением. На КТ мягких тканей шеи определялось неоднородное бугристое образование по задней стенке гортани с утолщением мягких тканей в области гортаноглотки и пищевода от III шейного до верхнего края I грудного позвонков. По данным гистологического исследования выявлен плоскоклеточный ороговевающий рак G1. На основании клинических данных и методов исследования, опухоль стадирована как T4N1M0 (IV). Произведена ФГДС с осмотром гортаноглотки. Установлено резкое сужение просвета гортаноглотки от верхнего края надгортанника циркулярно протяженностью около 4 см с сужением просвета до 0,6 см. Пройти за сужение эндоскопом не удалось. Выполнена биопсия опухоли. С большими техническими трудностями введён тонкий носопищеводный зонд диаметром 5 мм для энтерального питания. В связи с выраженной алиментарной недостаточностью пациентки в течение 2 нед проведена усиленная предоперационная подготовка, включающая сбалансированное энтеральное зондовое питание, введение препаратов железа внутривенно и эритропоэтина в стимулирующих дозировках. Учитывая молодой возраст больной и развитие микрохирургического направления в стационаре, решено было прибегнуть к первичной пластике пищепроводного пути висцеральным тонкокишечным лоскутом одновременно с операцией по удалению опухоли гортаноглотки и шейного отдела пищевода. 12.06.2015 г. произведена операция одновременно двумя бригадами хирургов. На шее выполнено: фасциально-фулярное иссечение шейной клетчатки с двух сторон, расширенная экстирпация гортани с циркулярной резекцией гортаноглотки и пищевода. Во время шейного этапа были выделены реципиентные сосуды (верхнечелюстная артерия и лицевая вена). Второй бригадой хирургов произведена лапаротомия с резекцией участка тонкой кишки с брыжеечными сосудами, отступая 50 см от связки Трейтца и формированием межкишечного анастомоза по типу «бок в бок». Далее созданы микрососудистые анастомозы на шее, кишечный трансплантат подшит к остаткам слизистой оболочки ротоглотки и пищевода. Установлен назогастральный зонд для кормления. Оформлена трахеостома. Послеоперационное течение гладкое. Зонд удалён на 11-е сутки, естественное питание восстановлено. Следующим этапом пациентка прошла курс телегамматерапии по радикальной программе в рамках комплексного лечения (СОД=60 Гр). Через 6 мес после операции больной выполнено голосовое протезирование для восстановления голосовой функции. В настоящее время пациентка наблюдается у онколога, безрецидивный период 9 мес.

Ответы на вопросы. Заболевание началось с постепенного нарушения глотания. Сейчас затруднение глотания редки. Масса тела увеличилась с 49 до 65 кг. Лучевая терапия проведена в максимальной дозе. Тромбозов не наступило.

Ограничения во времени формирования трансплантатов: висцеральные лоскуты — до 3 ч, кожно-мышечные — до 8 ч. Трансплантат нельзя согревать. Лучшее место для кишечного трансплантата — 40 см от связки, подвешивающей двенадцатиперстную кишку. Но встречаются варианты кровоснабжения. Лечение начато с операции, потому что эти опухоли малочувствительны к лучевой терапии. 4 подобных больных живут более 1 года.

Прения

В.И.Кулагин. Представлена великолепная техника операции. По мнению И.Д.Кирпатовского, время необратимых изменений при пересадке тонкой кишки — 1 ч. Данные авторов этому противоречат.

Л.Д.Роман. При подобной операции с реваскуляризацией трансплантата рецидив наступил через 4 мес. Авторы выполнили микрохирургическую операцию с отличным результатом.

Ю.А.Спесивцев (председатель). Мультидисциплинарный подход себя оправдывает. Локализация операции — место с массивным микробным загрязнением. Это не явилось препятствием. Хотелось бы услышать доклад с подробным описанием техники.

ДОКЛАД

К.Г.Шостка, А.Н.Павленко, А.В.Фокина, К.В.Арутюнян, А.А.Сахаров, Л.Д.Роман (ГБУЗ Ленинградский областной онкологический диспансер, Санкт-Петербург). **Результаты хирургического лечения пациентов после тазовых эвисцераций.**

Основным компонентом комплексного лечения больных с местно-распространённым раком органов малого таза остаётся хирургический метод. Адекватным объёмом операции является эвисцерация малого таза (ЭМТ). Целью исследования явилось изучение результатов хирургического лечения пациентов после тазовых эвисцераций. В период с 2007 по 2015 г. в Ленинградском областном онкологическом диспансере выполнена 291 ЭМТ. Первичные опухоли выявлены у 196 (67,4%) пациентов, у 95 (32,6%) диагностирован рецидив рака после различных методов лечения. По локализации опухоли больные распределились следующим образом: колоректальный рак — 110 [первичные опухоли — 92 (83,6%), вторичные — 18 (16,4%)]; рак шейки матки — 51 [первичные опухоли — 51 (42,5%), вторичные — 69 (57,5%)]; рак яичников — 31 [первичные опухоли — 23 (74,1%), вторичные — 8 (25,9%)]; рак мочевого пузыря (первичные опухоли) — 30 (10,3% от общего числа ЭМТ). Выполнены следующие виды ЭМТ: тотальная — 110 (37,8%) (супралевавторная — 89, инфралевавторная — 21), передняя — 72 (24,7%), задняя — 108 (37,1%) (супралевавторная — 87; инфралевавторная — 21). Осложнения в послеоперационном периоде развились у 80 пациентов (27,5%). Умерли 18 человек, послеоперационная летальность составила 6,2%. Кумулятивная пятилетняя выживаемость, рассчитанная по методу Каплана—Майера, в группах составила: рак шейки матки — 50%, рак яичника — 25%, колоректальный рак — 35%, рак мочевого пузыря — 30%. Таким образом, выполнение ЭМТ в клиниках с достаточным опытом позволяет считать эту операцию стандартным методом лечения пациентов с местно-распространённым раком органов малого таза. Совершенствование техники оперативных вмешательств, достижения в области анестезиологии и

интенсивной терапии позволяют достичь благоприятных результатов лечения. Продемонстрирована больная, пережившая 10 лет от начала заболевания. У неё эвисцерация произведена при рецидиве.

Ответы на вопросы. Показаниями к операции было формирование межорганных свищей, исчерпание лучевой нагрузки и др. Противопоказаниями были карциноматоз, отдалённые метастазы. Морфологическое заключение до операции было у всех больных. Рак не диагностирован у 4 человек после лучевой терапии, но с пузырно-маточными свищами и сепсисом. У 30% больных прорастание в мочевой пузырь доказано гистологически. Хирургическое лечение начинаем с колостомии. При прорастании в мочевой пузырь, шеечном росте обязательна цистостома. Стараемся избежать кускования опухолей.

Прения

В.В.Олейник. Наконец, мы услышали доклад о результатах. Этими больными должны заниматься только специализированные онкоучреждения. Это тяжелейший труд.

Л.Д.Роман. Этой проблемой, которую начал разрабатывать К.Г.Шостка, мы занимаемся более 10 лет. Эти больные требуют повышенного материального обеспечения. Из разных вариантов реконструкции надо выбирать простейшие методы. Технология операций отработана, они длятся менее 4 ч, с минимальной кровопотерей.

М.Д.Ханевич. В докладе хорошо представлена моноблочная техника операций. Нам удаётся это делать только у 50% больных. При этих местно-распространённых опухолях нечасты отдалённые метастазы. Даже циторедуктивное удаление сопровождается хорошими результатами.

Ю.А.Спесивцев (председатель). Впечатляющий доклад большого коллектива. Больные получают новое качество жизни. Но чем раньше будет поставлен диагноз, тем этих больных будет меньше.

Поступил в редакцию 28.07.2016 г.

2474-е заседание 22.06.2016 г.

Председатель — Ю.А.Спесивцев

ДЕМОНСТРАЦИЯ

И.А.Соловьев, А.Е.Демко, Д.А.Суров, А.Б.Лычев, М.В.Васильченко, И.П.Ястребов, С.В.Амбарцумян, Т.Е.Кошелев (кафедра военно-морской хирургии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова; ГБУ СПбНИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе). **Применение вакуумной терапии в лечении гнойно-септических осложнений после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки.**

Больной Р., 53 года, госпитализирован в клинику военно-морской хирургии ВМедА им. С.М.Кирова 10.09.2015 г. с диагнозом: «Рак нижнеампулярного отдела прямой кишки рТ4aN1aM0G2R0. Ожирение IV степени (ИМТ — 48,44)». 14.09.2015 г. под эндотрахеальным наркозом выполнены лапаротомия, расширенная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, аортоподвздошно-тазовая лимфодиссекция, ушивание тазовой брюшины, тампонада промежностной раны. Пациент начал самостоятельно питаться и передвигаться на 2-е сутки после операции. Тампоны из промежностной раны удалены на 6-е сутки после операции. 24.09.2015 г. на

10-е сутки после операции диагностирован параколостомический абсцесс. Выполнена операция: дренирование гнойника и вторичная хирургическая обработка раны с установкой проточно-промывной системы. Проведена смена антибактериальной терапии. У больного улучшилось самочувствие. Гиперемия кожи вокруг колостомы уменьшилась. Температура тела нормализовалась. Характер отделяемого из раны стал серозно-геморрагическим. 06.10.2015 г. (на 22-е сутки после операции) у пациента развилась клиническая картина распространённого перитонита и тяжелого абдоминального сепсиса. Во время релапаротомии выявлена перфорация дивертикула нисходящей ободочной кишки в 10,0 см от колостомы. Выполнена обструктивная резекция нисходящей ободочной кишки. Концевая трансверзостома сформирована в правом подреберье. Произведены назогастроинтестинальная интубация, санация брюшной полости и установка VAC-системы в брюшную полость и на рану левой боковой области живота. В послеоперационном периоде сохранились явления полиорганной дисфункции, в структуре которой ведущую роль играло острое повреждение почек, по поводу чего было выполнено 3 сеанса интермиттирующего гемодиализа. На фоне проводимого лечения развился гнойно-некротический целлюлит в области промежностной раны. Выполнялась её хирургическая обработка, однако отмечена отрицательная динамика в виде увеличения площади некроза и гнойного отделяемого. В связи с этим 06.10.2015 г. установлена VAC-система. 08.10.2015 г. и 10.10.2015 г. выполнялись очередные этапные санации брюшной полости и повторные хирургические обработки ран промежности и левой боковой области живота с переустановкой VAC-систем, которые были удалены 13.10.2015 г. Больной выписан из стационара в удовлетворительном состоянии 06.11.2015 г. Общая длительность госпитализации составила 59 сут. Из них пребывание в реанимации заняло 25 сут, на ИВЛ — 21.

Ответы на вопросы. Больной диабетом не болеет. Масса тела до операции 138 кг, сейчас 130. Грыжи не образовались. Тампонаду промежностной раны выполняем не всем больным. Прокальцитонин определялся качественным методом. Нео- и адьювантную терапии не проводили в связи с кровотечением и раневыми осложнениями. Разрежение в вакуум-системе 150 мм рт. ст. Антибиотикопрофилактика проводилась цефтриаксоном в дозе 2 г, получал фортранс. В июне 2016 г. обнаружены метастазы в печени.

Ю.А.Спесивцев (председатель). Вероятно, у больного развился поздно распознанный гнойный целлюлит, где с успехом применена VAC-терапия.

ДОКЛАД

А.В.Осипов, А.Е.Демко, И.А.Соловьев, Д.А.Суров, О.В.Бабков, А.В.Святненко, Г.В.Мартинова (СПбНИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе, Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова). **Современная тактика хирургического лечения больных с синдромом механической желтухи в условиях многопрофильного стационара скорой помощи.**

С целью определения оптимальных сроков и методов хирургического лечения больных с синдромом механической желтухи (СМЖ) проанализирован опыт диагностики и лечения 338 пациентов, поступивших в СПбНИИ СП им. И.И.Джанелидзе в период 2012–2016 гг. В выборку вошли как доброкачественные — 164 (48,5%), так и злокачественные желтухи — 174 (51,5%). Средний возраст пациентов соста-

вил ($67,7 \pm 1,7$) года, среди них было 207 (61,2%) женщин, 131 (38,8%) мужчина. По клинической симптоматике пациенты были разделены на две группы: 154 (45,6%) — неосложнённая механическая желтуха и 184 (54,4%) — осложнённая механическая желтуха (острый холангит). Протокол диагностики и лечения пациентов с СМЖ в отделении экстренной медицинской помощи включал в себя выполнение рутинных лабораторных исследований, УЗИ-диагностику, а также проведение ФГДС с обязательным осмотром большого дуоденального сосочка. В сомнительных ситуациях выполняли МР-холангиографию. Всем пациентам при поступлении в стационар выполнялась оценка тяжести состояния по Tokyo Guideliness TG13 (2013), проводили многокомпонентную инфузионную и эмпирическую антибактериальную терапию. Для оптимальной внутригоспитальной маршрутизации пациентов с СМЖ выделены следующие клинические группы: 1-я — больные с неосложнённой механической желтухой — 154 (45,6%), 2-я — пациенты с острым холангитом (Grade I по TG13) — 38 (11,2%), 3-я — с билиарным сепсисом (Grade II по TG13) — 105 (31,1%) и 4-я — с тяжёлым абдоминальным сепсисом — 41 (12,1%) (Grade III по TG13). Больные с неосложнённой формой СМЖ лечились в плановом порядке. Больные с острым холангитом получали лечение в условиях хирургического отделения, и сроки декомпрессии составили не более 48 ч. Всех пациентов с «билиарным (в том числе тяжёлым) сепсисом» госпитализировали в отделение хирургической (септической) реанимации. Оптимальным сроком декомпрессии являлись 6–12 ч. В своей работе мы использовали двухэтапную тактику лечения. На первом этапе выполняли временную наружную или внутреннюю декомпрессию билиарных путей с помощью различных методов желчеотведения, а на втором этапе, после ликвидации механической желтухи, старались устранить причину, вызвавшую механическую желтуху. Считаем, что наиболее предпочтительным способом билиарной декомпрессии при билиарном (в том числе тяжёлом) сепсисе являются антеградные операции. Преимущество таких вмешательств обусловлено минимальной инвазивностью и почти 100% доступностью в исполнении, вне зависимости от уровня и протяженности билиарного блока и степени разобщения желчных протоков. Кроме того, у больных со злокачественной желтухой ранее установленный чрескожный желчный дренаж являлся не только окончательным симптоматическим вмешательством, но и в ряде случаев позволял подготовить больного к радикальному оперативному лечению, обеспечивая оптимальные условия для формирования билиодигестивного анастомоза. Внедрение изложенной хирургической тактики лечения

СМЖ позволило снизить частоту осложнений с 35,5 до 20,8%. Летальность снизилась вдвое — с 14,4 до 7,8%.

Таким образом, в основе лечебно-диагностической тактики оказания хирургической помощи больным с синдромом механической желтухи лежит принцип ранней объективной и доступной (простой) оценки степени выраженности органной дисфункции, определяющей особенности внутрибольничной маршрутизации и сроков билиарной декомпрессии.

Ответы на вопросы. Больных госпитализировали по скорой помощи. Вмешательства оказывались круглосуточно. Панкреатодуоденальная резекция выполнена у 3 человек. После наружновнутреннего дренирования болезнь протекает легче. Радикальные вмешательства выполняли только при неосложнённой механической желтухе.

Прения

К.В.Павелец. В течение 1 года в Мариинскую больницу из больницы им. С.П.Боткина поступают около 600 больных с механической желтухой. От начала заболевания проходит 7–8 дней. Желтуха при доброкачественных и злокачественных заболеваниях протекает по-разному. Сепсис гипердиагностируется. Резектабельность определяется только во время операции.

М.Д.Ханевич. Хирурги и онкологи должны эту проблему решать сообща. Крайний срок для госпитализации в хирургическое отделение — 12 дней. Нужно отметить, что самая неудачная классификация по TNM — при раке поджелудочной железы. Это мешает полноценно оценивать результаты.

М.Ю.Кабанов. Кроме этиологии, нужно оценивать морфологию. Больные с желтухой поступают из инфекционных стационаров в тяжёлом состоянии. Требуется срочное дренирование, а стенты стоят дорого.

Н.Ю.Коханенко. Проблема актуальна, но следует сказать, что малоинвазивная хирургия коренным образом изменила её решение. Но осложнения есть. Бесплатные стенты — есть ли они? Наружновнутреннее дренирование нередко осложняется холангитом за счёт заброса дуоденального содержимого в желчные пути.

В.И.Кулагин. Внедрение этой тактики решает задачи лечения по-новому, особенно у пожилых и старых больных. Малоинвазивные вмешательства помогают вывести больных из тяжёлого состояния. По-прежнему остро стоит вопрос — куда госпитализировать больного?

Ю.А.Спесивцев (председатель). Синдром механической желтухи — экстренная ситуация, всегда важно его происхождение. Не менее важен выбор времени и тактики лечения.

Поступил в редакцию 28.07.2016 г.