ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

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

2481-е заседание 14.12.2016 г.

Председатель — В. А. Кащенко

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *Д. А. Гранов, В. В. Боровик, А. А. Поликарпов, В. В. Осовских, С. В. Шаповал, А. С. Полехин, И. И. Тилеубергенов* (ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий»). **Комбинированное лечение пациентки с гигантской гепатоцеллюлярной карциномой**.

Пациентка А., 56 лет, была госпитализирована с симптомами «острого живота» в один из стационаров Санкт-Петербурга в июне 2014 г. По данным УЗИ и МСКТ (23.06.2014 г.), в правой доле печени были выявлены множественные образования от 40 до 100 мм в диаметре, округлые, с чёткими контурами. Из VI сегмента исходило образование с выраженным экстраорганным компонентом размером 60×70 мм. Больная самостоятельно обратилась в онкологическую клинику, где 08.07.2014 г. были выполнены УЗИ и контрольная биопсия опухоли печени. Гистологическое заключение — гепатоцеллюлярная карцинома. Онкомаркёр АФП — 47,6 нг/мл. По результатам обследования пациентка была направлена в ФГБУ «РНЦРХТ». При поступлении: общее состояние относительно удовлетворительное; больная ограниченно подвижна вследствие увеличенного живота. При пальпации: печень выступает из-под края реберной дуги на 10 см (до передней верхней подвздошной ости). 14.08.2014 г. были выполнены: целиакография, селективная ангиография общей печёночной артерии, селективная химиоэмболизация образований в правой доле печени. Объём левой доли печени был недостаточен для безопасного выполнения расширенной правосторонней гемигепатэктомии, поэтому 06.10.2014 г. была выполнена УЗИ-контрольная прямая портография и механическая химиоэмболизация правой ветви воротной вены (МХЭВВ). При контрольной МСКТ через 1 мес объём левой доли печени после МХЭВВ оставался недостаточным. От оперативного вмешательства на данном этапе решено было воздержаться и продолжить эндоваскулярное лечение. 26.11.2014 г. выполнена селективная химиоэмболизация образований правой доли печени (доксорубицин + липиодол). Последующее МСКТ (28.11.2014 г.) показало увеличение объёма левой доли печени до 540 мл. При этом тест с индоцианом зеленым составил: ICG-PDR = 12,2 %/мин; R15 = 16 %/мин. 16.12.2014 г. была выполнена расширенная правосторонняя гемигепатэктомия (I, IV, V, VI, VII, VIII сегменты). Послеоперационный период был осложнен явлениями печёночной недостаточности. Проводилась гепатотропная и заместительная терапия. В адъювантном режиме было проведено 5 курсов регионарной химиотерапии (химиоэмболизация с доксорубицином). С марта 2016 г. обнаружен рецидив в оставшихся сегментах печени. Продолжается регионарная химиотерапия. Прогрессирования заболевания нет.

Ответы на вопросы. Самочувствие больной хорошее, она находится на инвалидности. Масса тела вернулась к долечебной. До болезни была здоровой, заболеваний печени не было. По данным публикаций, трансплантация печени при гепатоцеллюлярной карциноме не сопровождается положительными результатами. Единственная возможность получить эффект — при одной опухоли размером до 5 см. Оптимальный период времени между эмболизациями — 2 нед и более, при артериальной эмболизации — $^1/_2$–3 мес. Перераспределение крови наступает быстрее, чем восстановление функции печени. Самая большая масса удалённой печени — 800 г. Экстракорпоральная детоксикация (мультифильтрация, гемодиализ) позволяет удалить азотистые основания. Интерес к искусственной печени уменьшился. Малый оставшийся объём (50–60 %) позволяет проводить адъювантную терапию через $^1/_2$–2 мес в зависимости от функциональных возможностей. Таргетная терапия сорафенибом при местном распространении пока не сопровождается большим успехом.

В. А. Кащенко (председатель). Великолепная демонстрация, с интересной патофизиологической основой и управлением объёмом оставшейся печени.

2. *М. Ю. Цикоридзе, К. А. Андрейчук, А. Ю. Навматуля, И. Л. Черняковский, В. М. Гельфонд, Б. И. Мирошников, В. М. Моисеенко* (Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)). **Успешное удаление метастаза колоректального рака редкой локализации (S_I печени) с вовлечением крупных сосудов**.

Больной Г., 51 год, страдает раковым заболеванием в течение 21 года. В 1996 г., в возрасте 30 лет, ему произведена правосторонняя гемиколэктомия по поводу рака восходящей ободочной кишки (T2N0M0). Спустя 8 лет (2004) выявлена вторая опухоль в нисходящем отделе ободочной кишки (T2N1M0), по поводу чего выполнена левосторонняя гемиколэктомия. Проведено 5 циклов АПХТ. По истечении ещё 9 лет (2014) выявлен метастаз рака в ректокавальном

пространстве. В условиях нашего центра произведено удаление метастаза с краевой резекцией нижней полой вены и правой почечной артерии с её протезированием. Дополнительно проведено 6 циклов ПХТ. Спустя год диагностирован метастаз рака в I сегменте печени, размерами 49×36×42 мм, с прорастанием в нижнюю полую вену на протяжении 47 мм, проксимальную часть левой почечной артерии и правую ножку диафрагмы. Кроме того, установлен субтотальный тромбоз протеза правой почечной артерии, уменьшение правой почки. Учитывая молодой возраст больного и изолированное поражение печени с «одиночным» метастазом, решено предпринять очередное хирургическое вмешательство. Операция 27.07.2015 г. в условиях венозной изоляции печени (М.Ю.Цикоридзе, К.А.Андрейчук): анатомическая резекция I сегмента печени, циркулярная резекция ретропечёночного сегмента нижней полой вены с её протезированием, краевая резекция аорты с верхней брыжеечной артерией и их протезированием, адреналэктомия. Длительность операции $6^1/_2$ ч, кровопотеря 300 мл. Течение послеоперационного периода гладкое. Спустя год чувствует себя вполне удовлетворительно. Гистологическое исследование удалённого препарата: метастаз аденокарциномы, исходящий из I сегмента печени, с вовлечением лимфатических узлов и инвазией в нижнюю полую вену и аорту. Показан видеофильм беседы с больным.

Ответы на вопросы. Инвазия верхней брыжеечной артерии была истинной. Степень дифференцировки опухолей: сначала умеренно дифференцированная, потом муцинозная карцинома G2. Стул нормализовался. Если бы было распространение опухолевого процесса после химиотерапии, то оперировать было бы ещё можно. Возможности химиотерапии исчерпаны.

Прения

Д.А.Гранов. Использован взвешенный агрессивный подход при местном распространении опухоли. Реконструкция сосудов свидетельствует о высоком техническом уровне операции. Все решения принимались консилиумом, использовалась химиотерапия. Резервы ещё есть.

В.А.Кащенко (председатель). В двух демонстрациях использован комбинированный подход. Возможности хирургии раскрываются в онкологии. Соблюден принцип «никогда не сдаваться».

ДОКЛАД

Н.Ю.Коханенко, К.В.Павелец, С.В.Петрик, А.А.Кашинцев, Н.Ю.Борисова, П.С.Фёдорова, Г.Н.Флоровский, С.А.Калюжный, Ю. Д.Костина (СПбГПМУ, СЗГМУ им. И.И.Мечникова, Городская Мариинская больница, Санкт-Петербург). **Выбор метода дренирования жёлчных протоков при механической желтухе, обусловленной раком внепечёночных жёлчных протоков и головки поджелудочной железы, как первого этапа хирургического лечения**.

С 2011 по 2015 г. в 6-м хирургическом отделении Мариинской больницы было выполнено 283 дренирования жёлчевыводящих путей (ЖВП) под ультразвуковым и рентгеновским контролем по поводу механической желтухи, вызванной раком головки поджелудочной железы и внепечёночных жёлчных протоков. Наружная чрескожно-чреспечёночная холангиостомия произведена у 145 (51,2%) больных, чрескожно-чреспечёночная холецистостомия — у 45 (15,9%), наружно-внутренняя чрескожно-чреспечёночная холангиостомия — у 93 (32,9%). Больные разделены на 2 группы. В 1-ю вошли 190 (67,1%) пациентов, которые перенесли наружное дренирование жёлчных путей (наружная чрескожно-чреспечёночная холангио-, холецистостомия), во вторую — 93 (32,9%) пациента, которым выполнена наружно-внутренняя холангиостомия, при этом у 58 (20,5%) из них дренирование выполнялось этапно: сначала формировалась наружная холангиостома, которая через 2 нед заменялась на наружно-внутреннюю. Всем пациентам планировалось вторым этапом выполнение радикальной операции — панкреатодуоденальной резекции, которая произведена у 77 (27,2%) больных. Остальным 206 (72,8%) пациентам выполнены паллиативные вмешательства в связи с распространённостью опухолевого процесса или тяжёлыми сопутствующими заболеваниями. Стоит отметить, что вследствие соматического статуса в 93 (32,9%) случаях первичное дренирование жёлчных протоков оказалось окончательным. В послеоперационном периоде дренирующих операций выявлен ряд осложнений. Среди пациентов, которые перенесли наружное дренирование ЖВП и жёлчного пузыря в послеоперационном периоде, у 2 (1,1%) больных развилось незначительное кровотечение по дренажу. Миграция дренажа наблюдалась у 5 (2,6%) больных. Среди пациентов, которым сразу выполнена наружно-внутренняя холангиостомия, у 17 (18,3%) развились явления холангита, при этом у 3 (3,2%) гнойный холангит выявлен при выполнении ПДР. У 8 (8,6%) отмечена миграция дренажа, у 3 (3,2%) — кровотечение по дренажу в связи с его тракцией. У пациентов, перенесших дренирование жёлчных протоков в два этапа, выявлены следующие осложнения: холангит наблюдался у 3 (3,2%) больных, миграция дренажа у 5 (5,4%), кровотечение по дренажу у 4 (4,3%). Таким образом, в 1-й группе осложнения отмечены у 7 (3,7%) пациентов, тогда как во 2-й — у 36 (38,7%). Со всеми выявленными осложнениями удалось справиться консервативно, без повторного дренирования жёлчных путей. Таким образом, если планируется второй этап, то предпочтительным методом билиарной декомпрессии ЖВП при механической желтухе опухолевого генеза следует считать наружную чрескожно-чреспечёночную холангиостомию.

Ответы на вопросы. Холангиты чаще встречаются при наружном или наружно-внутреннем дренировании, при расширенных протоках. Наружное чреспечёночное дренирование значительно дешевле. При ретроградном стентировании опасны панкреатиты. У неоперабельных, соматически отягощенных больных сначала выполняем дренирование или стентирование. При невозможности выполнения радикальной операции наложение анастомозов переносится лучше. Редко использовали анастомозы с жёлчным пузырём. При поражении сосудов достаточно дренирования. Реконструкции сосудов сопровождаются короткими сроками жизни. Симультанные гастроэнтероанастомозы выполняли. Радикальные операции выполняли только у половины больных. О распространённости опухолевого процесса и возможности радикальной операции можно говорить только во время операции. Операции после наружного дренирования и перорального приёма жёлчи можно выполнять при содержании билирубина менее 100 мкмоль/л.

Прения

А.М.Карачун. Распространённость опухоли можно и нужно определять до операции. Это помогает в выборе метода лечения.

Д.А.Гранов. Всегда ищут критерии, но не цифры определяют исход. Панкреатодуоденальную резекцию больной с желтухой может перенести, но резекцию печени — нет. Подходы спорны, лучше то дренирование, которым лучше владеет хирург. Важно, что после дренирования возможны различные варианты лечения, вплоть до радикальных. Истинную и ложную инвазию в воротную вену различить трудно.

В.А.Кащенко (председатель). Проблема имеет медицинскую и социальную значимость. Операция у сохранного больного при стерильной жёлчи возможна. Подходы спорны, но дренирующие операции финансово выгоднее.

Поступил в редакцию 18.04.2017 г.

2482-е заседание 28.12.2016 г.

Председатель — С.Я.Ивануса

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *Е.Ю.Зорина, Е.А.Афанасьева, М.Х.Фридман, В.Б.Грибанов* (СПбГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»). **Результат длительного наблюдения пациентки с синдромом Линча.**

Синдром Линча — наследственный синдром, вызванный герминальной мутацией в одном из генов репарации неспаренных оснований и обусловливающий высокий риск развития рака толстой кишки и других локализаций. На данный момент нет критериев, позволяющих выявлять всех носителей мутации. Разработка новых рекомендаций продолжается и по настоящее время.

Больная Н., 56 лет, наблюдается в СПбГБУЗ ГКОД с 1984 г. В возрасте 24 лет у неё впервые диагностирован синхронный рак прямой и поперечной ободочной кишки. Выполнены низкая передняя резекция прямой кишки и резекция поперечной ободочной кишки. В 1997 г. диагностирован синхронный рак тела матки и яичников. Выполнена расширенная пангистерэктомия. С 2010 г. при контрольных фиброколоноскопиях у больной ежегодно выявлялись множественные полипы толстой кишки без злокачественного перерождения, которые удаляли эндоскопическим способом. В январе 2015 г. диагностирован рак слепой кишки, выполнено эндоскопическое удаление опухоли. В марте 2015 г. установлен рецидив рака слепой кишки. Произведена правосторонняя гемиколэктомия. В сентябре 2015 г. при контрольном обследовании диагностирован рак желудка. Выполнена субтотальная дистальная резекция желудка с анастомозом на длинной петле. За время наблюдения продолжительностью 30 лет у пациентки зафиксированы 7 злокачественных новообразований четырех локализаций. Стремительное течение опухолевого процесса доброкачественного и злокачественного характера установлено с 2010 г., через 26 лет после первой диагностики рака. Разделение больных с наследственными и спорадическими аденокарциномами диктуется необходимостью различного подхода к тактике лечения, мониторингу после перенесенного заболевания.

Ответы на вопросы. Больная работает. Придерживается диеты. Отмечает, что стул появляется почти сразу после еды. Масса тела восстановилась. Явлений демпинг-синдрома не отмечает. Обследуется 1 раз в 6 мес (в том числе на онкомаркёры). Фиброколоноскопию проводим 1 раз в год. Дочери 25 лет, ее обследуют 1 раз в год (фиброгастроскопия, маммография, рентгенография органов грудной полости и др.). Превентивную субтотальную колэктомию не планируем, предпочитаем сегментарную при развитии опухолей. Метастазы при этом состоянии редки, при них лечение стандартное.

С.Я.Ивануса (председатель). Представлен современный подход к лечению больной. Мы должны более тщательно относиться к лечению онкобольных молодого возраста, с учётом онкомаркёров и мутации генов.

2. *К.В.Павелец, Д.С.Русанов, М.К.Павелец, П.В.Гавриленков* (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова СПбГПМУ, Мариинская больница). **Хирургическое лечение гигантской ворсинчатой опухоли прямой кишки у больной старческого возраста.**

Больная К., 81 год, 15.11.2015 г. поступила в клинико-диагностическое отделение Мариинской больницы в плановом порядке, с жалобами на образование перианальной области, выраженную слабость, частый жидкий стул с примесью алой крови. С 2014 г. пациентка наблюдалась у проктолога в одной из частных клиник Санкт-Петербурга с диагнозом «синдром раздражённого кишечника, выпадение прямой кишки с циркулярной ворсинчатой опухолью прямой кишки». В апреле 2015 г. выполнена эндоскопическая аргоноплазменная коагуляция ворсинчатой опухоли в связи с картиной прямокишечного кровотечения. Из-за значимых сопутствующих заболеваний (гипертоническая болезнь III стадии, риск ССО очень высокий; ЦВБ, атеросклероз мозговых артерий; деменция легкой степени; ИБС, атеросклеротический кардиосклероз; ХСН IIа степени; тиреотоксикоз, компенсированный медикаментозно в 2014 г.), даже несмотря на прогрессивный рост ворсинчатой опухоли, в оперативном лечении больной было отказано. Рекомендовано динамическое наблюдение. В ноябре 2016 г. больная комплексно обследована, выполнены УЗИ брюшной полости, МСКТ груди и живота, УЗДГ плечеголовного ствола, ФГДС, ЭхоКГ, консультации различных специалистов. При объективном осмотре у больной имелось выпадение прямой кишки с гигантской кровоточащей ворсинчатой опухолью размерами 8 × 9 × 7 см, а также полное невправимое выпадение нижне- и среднеампулярного отделов прямой кишки. 02.12.2015 г. выполнена операция — брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с наложением первичного шва на промежность. Раны зажили первичным натяжением. Швы сняты на 14-е сутки после операции. Колостома функционирует. Послеоперационный период протекал без особенностей. Патогистологическое заключение: папиллярная аденома прямой кишки. Послеоперационный диагноз: папиллярная аденома средне- и нижнеампулярного отделов прямой кишки, осложненная кровотечением. Полное выпадение прямой кишки. При контрольном обследовании через 6 мес данных за рецидив образования нет, состояние удовлетворительное.

Ответы на вопросы. Больной переливали кровь в связи с анемией. Опухоль циркулярная.

Прения

И.А.Нечай. Операция выполнена успешно, но её объём превышен. Заболевание доброкачественное. Можно было произвести операцию типа Делорма.

М.Х.Фридман. Ворсинчатые опухоли размером 4 см и более, как правило, — рак. Это обнаруживается при исследовании множественных микросрезов. Поэтому выполненная операция при большой циркулярной опухоли онкологически оправданна.

К.В.Павелец. Больная не могла ни сидеть, ни стоять. Операция ей помогла. Основная заслуга в успехе операции принадлежит терапевтам и анестезиологам-реаниматологам. До операции больная обращалась к врачам 6 раз, никто не предложил ей помощь.

С.Я.Ивануса (председатель). С учетом имевшихся условий принято оптимальное решение.

ДОКЛАД

И.А.Нечай, Е.П.Афанасьева, Н.П.Мальцев (кафедра ПДМО медицинского факультета СПбГУ, отделение колопроктологии СПбГБУЗ ГБ № 40). **Трансанальная хирургия при lateral spreading tumors (LST) и ранних стадиях рака прямой кишки.**

Выбор оптимального способа лечения злокачественных опухолей прямой кишки ранних стадий, LST и стелющихся ворсинчатых аденом представляет определённые трудности. Такие образования могут занимать значительную площадь стенки кишки и иметь разную степень инвазии на отдельных участках. Способы удаления этих образований должны быть радикальными, с наименьшей частотой развития осложнений, рецидивов и с хорошими функциональными результатами. В исследование включены 44 пациента с гистологически подтверждёнными ворсинчатыми аденомами прямой кишки, LST и аденокарциномами Tis-T2, проходивших лечение в отделении колопроктологии СПбГБУЗ ГБ № 40 с 2011 г. по май 2016 г. и в городской Покровской больнице с 2008 по 2010 г. включительно. Женщин было 21, мужчин 23 в возрасте от 35 до 86 лет. До операции всем больным проводилось полное необходимое обследование, включая МРТ малого таза или трансректальное УЗИ для определения глубины инвазии опухоли. Новообразования, располагающиеся в нижнеампулярном отделе прямой кишки, удаляли путём трансанального иссечения с использованием аноретрактора Lone Star. Опухоли, локализовавшиеся в средне- и верхнеампулярном отделах удаляли через операционный проктоскоп фирмы «Karl Storz» на жесткой платформе в условиях карбоксиректума с помощью набора специальных инструментов. Всем пациентам выполнено полнослойное иссечение кишечной стенки с опухолью и с последующим зашиванием раны различными способами. Всего удалено 33 аденомы и 12 аденокарцином стадии Tis-T2. У 18 пациентов опухоль была более 3 см в диаметре. У 2 больных развились осложнения, у 4 — рецидив заболевания. Отдалённые результаты оценены у 35 пациентов, у которых с момента операции прошло не менее 12 мес. Представлен видеофильм.

Ответы на вопросы. ЭндоУЗИ или МРТ обязательны. Уверенность к хирургу приходит примерно через 25 операций. Нить — викрил. Превентивную стому не формировали ни разу. Особую опасность перфорации представляют опухоли передней стенки верхнеампулярного отдела. Стоимость операции — 50 тыс. рублей. Постоянная инсуффляция газа не вызывала перераздувания проксимальных отделов. Может временно нарушаться функция держания, так как диаметр тубуса эндоскопа 4 см. Большое значение имеет укладка больного. Антибиотикопрофилактику проводили со дня операции в течение 3 дней. Инфекционных процессов после операции не наблюдали, хотя расхождение швов имело место и не потребовало колостомии.

Прения

И.А.Соловьев. Операция радикальна и правильна. Распространённая, даже циркулярная опухоль, возможно — рак — показания к операции.

С.Я.Ивануса (председатель). Представлен передовой опыт применения новой техники операции с хорошими результатами.

Поступил в редакцию 18.04.2017 г.

2483-е заседание 11.01.2017 г.

Председатель — А.В.Хохлов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *С.А.Попов, А.В.Павловский, А.А.Поликарпов, А.А.Стаценко, В.Е.Моисеенко* (ФГБУ Российский научный центр радиологии и хирургических технологий). **Успешное лечение нейроэндокринного рака поджелудочной железы с массивным метастатическим поражением печени, осложнённого тяжёлой печёночной недостаточностью.**

Больная Т., 57 лет, с 2009 г. наблюдалась в связи с многоочаговым поражением печени без существенных клинических проявлений с диагнозом «Гемангиоматоз печени». За это время отмечен умеренный рост имевшихся и появление новых очагов в паренхиме печени. С 2011 г. выявлена неоднородность хвоста поджелудочной железы (ПЖ) до 3 см. Поставлен диагноз «Сахарный диабет 2-го типа». В декабре 2015 г. наступило резкое ухудшение состояния пациентки, появились интенсивные боли в правом подреберье. В одном из лечебных учреждений Санкт-Петербурга произведены МРТ, ПЭТ-КТ, выявлены опухоль хвоста ПЖ и субтотальное метастатическое поражение печени. 21.01.2016 г. произведена диагностическая лапароскопия, биопсия печени (диагноз «недифференцированный рак»). Состояние пациентки прогрессивно ухудшалось, появились выраженная слабость, сонливость, апатия, склонность к обморочным состояниям, отеки. Поступила в клинику РНЦРХТ в феврале 2016 г. Диагноз ИГХ исследования материала биопсии — «нейроэндокринная опухоль ПЖ, G2». Окончательный диагноз: «нейроэндокринный рак хвоста поджелудочной железы, субтотальное метастатическое поражение печени, печёночная недостаточность» (повышение активности аминотрансфераз в 5 раз, содержания общего билирубина до 140 мкмоль/л, протромбина 46%, альбумина 27 г/л, тромбоцитопения III степени). 11.02.2016 г. — ангиография, химиоэмболизация печени, химиоинфузия в чревный ствол. На фоне лечения отмечена положительная динамика в состоянии больной, реакция метастазов в печени на лечение. В апреле, июне и июле 2016 г. — повторные курсы химиоэмболизации. При контрольных УЗИ, МСКТ брюшной полости отмечена узловая гипертрофия паренхимы печени.

Клинико-лабораторные явления печёночной недостаточности полностью разрешились. 10.08.2016 г. произведены биопсия новообразований печени, дистальная гемипанкреатэктомия, спленэктомия, холецистэктомия. На разрезе: опухоль переходит внутриорганно на тело железы, тотально занимает весь хвост органа — до 6–7 см в длину. Гистологическое заключение: нейроэндокринный рак ПЖ. Ткань печени — с метастазами нейроэндокринной карциномы. Течение послеоперационного периода гладкое. Больная выписана в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение.

Ответы на вопросы. Самочувствие больной хорошее. Придерживается диеты, снижены дозы инсулина. Лечение переносила удовлетворительно, хотя были эпизоды гипертермии. Креон принимала только во время праздников. Были приступы, похожие на карциноидный синдром. Холецистэктомия выполнена в связи с камнями в жёлчном пузыре и для безопасности эмболизации. Асцит был до первой эмболизации. Применяли октреотид-депо. Системную химиотерапию не проводили, так как процесс считаем пока локальным.

Прения

В.А.Кащенко. Множественные поражения печени при КТ надо выявлять чаще. Лечение считаю оправданным. Это особый вид печёночной недостаточности, она ликвидирована во время лечения именно нейроэндокринного рака.

Н.Ю.Коханенко. Гемангиому и рак при современных методах диагностики различить можно. Таких больных надо направлять в подобные учреждения. Имел место нейроэндокринный рак небольшой степени злокачественности (Ki-67 = 12%).

А.В.Хохлов (председатель). При G3 соматостатины были бы неэффективны. Возможно, у больной была не печёночная недостаточность, а так называемая раковая интоксикация.

2. *К.В.Павелец, М.А.Протченков, К.В.Лаптев, М.Ю. Лобанов, М.К.Павелец, Д.С.Русанов* (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова СПбГПМУ и Мариинская больница). **Хирургическое лечение гигантской рецидивной послеоперационной вентральной грыжи.**

Больная Ч., 48 лет, поступила в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы в плановом порядке с жалобами на гигантское грыжевое выпячивание передней брюшной стенки. В 1996 г. у пациентки устранена пупочная грыжа. Послеоперационный период осложнился нагноением раны, формированием лигатурных свищей с исходом в послеоперационную вентральную грыжу. В период с 1996 по 2014 гг. больная перенесла 12 оперативных вмешательств, направленных на коррекцию дефекта передней брюшной стенки. Исходом перенесённых вмешательств явилась гигантская рецидивная послеоперационная вентральная грыжа. В феврале 2014 г., по данным УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, ФКС, патологических изменений не выявлено. Сопутствующие заболевания: сахарный диабет 2-го типа с потребностью в инсулине с 2004 г., гипертоническая болезнь II степени, варикозная болезнь нижних конечностей, ожирение II степени. Пациентке в предоперационном периоде выполнена ЭхоКГ с расчётом среднего расчётного давления в лёгочной артерии и фракции выброса с последующей фармакологической коррекцией гемодинамических нарушений. При объективном осмотре у больной имелась гигантская многокамерная послеоперационная грыжа размерами 20×35 см, занимающая всю переднюю брюшную стенку, с трофической язвой размерами 10×12 см. 12.12.2014 г. выполнена операция — устранение послеоперационной вентральной грыжи с надапоневротической фиксацией сетчатого трансплантата. Рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 18-е сутки после операции. Послеоперационный период осложнился тромбоэмболией мелких ветвей лёгочной артерии, больная получала антикоагулянтную терапию. Выписана на 20-е сутки послеоперационного периода. 12.01.2015 г. пациентка поступила в экстренном порядке с картиной тромбоза бедренной и подколенной вен левой нижней конечности и тромбоэмболии лёгочной артерии, инфаркт-пневмонии с формированием абсцесса левого лёгкого. Установлен кава-фильтр. При контрольном обследовании через 5 мес кава-фильтр удален. При повторной явке через 18 мес данных за рецидив грыжи нет, состояние удовлетворительное.

Ответы на вопросы. В операции отказано в ряде лечебных учреждений. К операции больная готовилась в течение 2 нед. Полисомнографию не производили. Первая и последующие сетки — фирмы «Джонсон и Джонсон». Их отличий от сеток фирмы «Линтекс» не отмечаем. Степень лёгочной гипертензии средняя. Проба Штанге 37 с. Швы узловые, с созданием дупликатуры, пластика натяжная. Имплантат фиксировали полипропиленом, непрерывно по окружности, с подкреплением отдельными швами. Дренирование по Редону обычно — в течение 4–12 сут. После операции пациентка носила бандаж 3 мес, получала инсулин, аспирин, тромбоАСС, блокаторы кальциевых каналов, совершала пешие прогулки до 4 км ежедневно. Одышки нет. Стул не нарушен. Ощущения инородного тела нет. Без имплантата грыжи появлялись через 3 мес, с имплантатом — свищи через 3 нед. Эмболия наступила во время ношения эластических чулок. Варфарин вызвал аллергию, получала ксарелто. Кардиореспираторный дистресс-синдром снимался терапевтами по разработанной схеме, основанной на давлении в лёгочной артерии и интегральном индексе левых отделов сердца.

Прения

В.Г.Пищик. Больная фармакологически лечена правильно. Давление в лёгочной артерии не имеет значения. Причины ТЭЛА возникают после выписки из стационара в результате прекращения приёма препаратов, применения компрессионного трикотажа. Лечение антикоагулянтами должно проводиться до, во время и после выписки из стационара.

В.И.Кулагин. Предпочитаю ненатяжные методы лечения. Если всегда стремиться зашивать грыжевые ворота, то частота смертельных исходов будет возрастать.

А.В.Хохлов (председатель). Дискуссия отразила спорные вопросы. Уменьшение объёма брюшной полости более чем на 20%, опасно, поэтому надо чаще прибегать к ненатяжным методам, что и сами авторы не отвергают.

ДОКЛАД

А.В.Светликов, Г.Н.Горбунов (КБ № 122 им. Л.Г.Соколова ФМБА России, кафедра сердечно-сосудистой хирургии СЗГМУ им. И.И.Мечникова). **Гибридные вмешательства при периферическом атеросклерозе аорты и артерий нижних конечностей.**

В 1994 г. впервые использован термин «гибридные» сосудистые операции для обозначения комбинации эндоваскулярных и традиционных хирургических методик

в лечении больных с атеросклерозом [Marin M.L., Veith F.J., 1994]. На сегодняшний день, по данным различных центров, от 5 до 21% сосудистых вмешательств при атеросклерозе нижних конечностей выполняются с применением гибридного подхода, и это количество продолжает неуклонно расти [Dosluoglu H.H., 2010].

Известные методы визуализации, такие как дуплексное сканирование, КТ, МРТ, ангиография при выполнении гибридных вмешательств используются в ином качестве, в том числе для достижения следующих целей: планирование этапов гибридного вмешательства и выбор необходимых доступов; оценка продолжительности вмешательства и необходимости того или иного вида анестезиологического пособия; осуществление подбора необходимого расходного материала (длина системы доставки, диаметры баллонов и стентов и пр.); контроль исходного состояния путей оттока. Дуплексное сканирование используется, в частности, для дооперационной диагностики (характер и локализация поражения), предоперационного картирования (бифуркация бедренной артерии), интраоперационного контроля (пункция непульсирующей артерии, эффект реконструкции) и, безусловно, динамического наблюдения за оперированными сосудами.

Гибридные вмешательства применялись в следующих ситуациях: 1) поражение подвздошной и бифуркации бедренной артерии; 2) поражение подвздошной артерии и бедренно-подколенного сегмента; 3) поражение подвздошно-бедренного сегмента и берцовых артерий; 4) ангиопластика и стентирование подвздошной артерии, экстранатомическое бедренно-бедренное шунтирование; 5) эндопротезирование аневризм брюшной аорты в сочетании с реконструкцией подвздошной и бедренной артерий; 6) мультифокальное поражение брахиоцефальных артерий; 7) аневризма грудного отдела аорты с вовлечением брахиоцефальных артерий (дебранчинг — деветвизация и эндопротезирование).

В работе отделения сосудистой хирургии КБ № 122 им. Л.Г.Соколова за 2014–2016 гг. гибридные технологии заняли значительное место. Гибридные вмешательства — 22%, ангиопластика, стентирование — 36%, открытые операции — 42% (и в этом случае силами сосудистых хирургов всем пациентам выполняется пред- и интраоперационная ангиография). Таким образом, соотношение открытых и эндоваскулярных операций в отделении составило 42%: 58%.

Заключение. Гибридные операции объединяют преимущества открытых и эндоваскулярных вмешательств (дополняя друг друга); позволяют вовремя выявить дефекты открытых операций и сразу их ликвидировать мини-инвазивным путём; значительно уменьшают операционную травму и время выполнения вмешательства; расширяют контингент оперированных за счёт пациентов с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями; улучшают отдалённые результаты выполняемых вмешательств. Выполнение даже небольшого объёма открытых операций в рамках гибридного вмешательства несёт в себе все риски, присущие традиционной сосудистой хирургии (инфекция, тромбоз, кровотечение и др.). Возникновение подобных осложнений у пациентов высокого риска, которым выполняются сочетанные вмешательства, может приводить к тяжёлым, непредсказуемым результатам, что требует тщательного предоперационного планирования вариантов операции и подбора необходимого расходного материала.

Ответы на вопросы. Открытые и эндоваскулярные вмешательства нельзя противопоставлять.

А.В.Хохлов (председатель). В докладе обозначена важная и своевременно представленная проблема современной хирургии.

Поступил в редакцию 18.04.2017 г.

2484-е заседание 25.01.2017 г.

Председатель — Ю.А.Спесивцев

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *А.Л.Акопов, А.А.Русанов, М.Г.Ковалев, С.Ю. Дворецкий, А.В.Герасин, Н.В.Казаков, С.М.Черный, Г.П. Данилов, А.А.Ильин, Т.Ю.Злочевская, И.В.Нестерова* (ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, ГБУЗ Республиканская больница им. В.А.Баранова, г. Петрозаводск). **Выбор тактики лечения больного с рубцовым стенозом шейного отдела трахеи и тяжёлой коронарной патологией.**

Пациент К., 44 лет, перевезён в ПСПбГМУ 15.06.2016 г. санитарным транспортом из г. Петрозаводска со стридорозным дыханием, цианозом кожи и видимых слизистых оболочек. В апреле 2016 г. перенёс обширный трансмуральный инфаркт миокарда, что потребовало проведения длительной ИВЛ, в том числе в течение 14 сут через трахеостому. После деканюляции и восстановления самостоятельного дыхания 13 мая выполнено стентирование правой нисходящей венечной артерии сердца. Назначена двойная дезагрегантная терапия. 27 мая диагностирован декомпенсированный стеноз шейного отдела трахеи. По данным КТ и трахеоскопии на уровне V–VI шейных позвонков просвет трахеи равен 0,4×0,9 см, протяжённость стеноза 2,5 см. В Республиканской больнице Петрозаводска по жизненным показаниям выполнены ригидная трахеоскопия и бужирование трахеи, осложнившиеся кровотечением из зоны стеноза. Кровотечение купировано консервативно, состояние больного улучшилось. Однако к 15 июня вновь наросла дыхательная недостаточность. Трахеоскопия: начиная с уровня второго проксимального хрящевого полукольца определяется циркулярный рубец протяжённостью четыре-пять хрящевых полуколец с сужением просвета до 0,9×0,5 см. Учитывая инфаркт миокарда, перенесённый менее 2 мес назад, приём дезагрегантных препаратов, от бужирования трахеи и процедур, связанных с общим обезболиванием, решено воздержаться. Принято решение выполнить кратковременное эндопротезирование трахеи металлокаркасным стентом на время, необходимое для подготовки пациента к хирургическому вмешательству — циркулярной резекции трахеи. В условиях местной анестезии и медикаментозной седатации, при сохранении самостоятельного дыхания пациента установлен эндопротез. Состояние существенно улучшилось. В течение 12 сут больной интенсивно обследован и подготовлен к операции. 27.06.2016 г. выполнена циркулярная резекция трахеи из шейного доступа. Проведение общей анестезии представляло высокий риск. Использована оригинальная методика проведения струйной ИВЛ с предустановкой ларингеальной маски, без извлечения эндопротеза трахеи. Трахея в зоне стеноза выделена без особых технических трудностей. Произведено иссечение стенозированного участка в пределах здоровых тканей (протяженность резекции около 3,5 см) вместе с эндопротезом. Межтрахеальный анастомоз наложен с применением непрерывного (на мембранозную стенку)

и узловых швов нитью Викрил 3.0. Послеоперационный период протекал без особенностей, пациент выписан без признаков дыхательной недостаточности. Через 4 мес после операции обследован. Жалоб не предъявляет. По данным эндоскопического исследования и компьютерной томографии, просвет трахеи в зоне анастомоза — не менее 1,4 см, дистальнее трахеобронхиальное дерево без особенностей.

Ответы на вопросы. Длительное нахождение металлокаркасного стента считаем противопоказанным. Время операции 2 ч 5 мин. Кровотечение из зоны стеноза возникло на фоне приёма дезагрегантных препаратов. После операции фиксировали подбородок к груди, что больной перенёс удовлетворительно. Больной работает диспетчером сетевой компании. Голос сохранен полностью, одышки нет. После формирования анастомоза трахея больного была интубирована как обычно.

Прения

А.Р.Козак. Впервые наблюдаю успех применения стента трахеи. Дыхание и отхождение мокроты полностью наладились.

В.Г.Пищик. Победу обеспечил точно подобранный размер стента.

Ю.А.Спесивцев (председатель). Выздоровление достигнуто благодаря продуманному плану и командной работе специалистов.

2. *А.Е. Демко, А.Н.Тулупов, С.Ш.Тания, И.Г.Смирнов, Н. Д.Ашраф, А.В.Иванов, А.И.Бабич, Е.М.Кызылова* (СПбНИИ СП им. И.И.Джанелидзе, медицинский факультет СПбГУ). **Успешное лечение пострадавшего с тяжёлой сочетанной травмой, сопровождающейся отрывом правого и левого главных бронхов от трахеи.**

Пострадавший З., 25 лет, доставлен в противошоковую операционную СПбНИИ СП им. И.И.Джанелидзе 10.05.2014 г. в 00:51, через 30 мин после ДТП — столкновение скутера с препятствием (водитель). На месте травмы — АД 80 мм рт. ст. При поступлении: сознание ясное (14 баллов по CGS), АД 140/100 мм рт. ст., ЧСС 90 уд./мин, ЧДД 20 в 1 мин, SpO_2 — 88%, выраженная подкожная и межмышечная эмфизема шеи, груди. Отмечались охриплость голоса, невозможность произносить предложение «на одном дыхании». Пострадавший осмотрен хирургом, анестезиологом, нейрохирургом, травматологом. Выполнена СКТ головы, груди, шейного и поясничного отделов позвоночника, таза. Выявлен перелом нижней челюсти, перелом дуги C_{II} с обеих сторон, обширная эмфизема средостения. Выполнена бронхоскопия, по данным которой определяется разрыв трахеи в нижней трети, отрыв главных бронхов от трахеи. Выполнена правосторонняя заднебоковая торакотомия. После вскрытия средостения отмечена асистолия. Выполнена интубация левого главного бронха через рану. Начаты реанимационные мероприятия. Синусовый ритм и АД восстановлены. Далее правый и левый главный бронхи сшиты между собой, сформирована новая карина, которая пришита к трахее (Vicryl 3/0). Выполнена оротрахеальная интубация. Контроль на аэростаз — поступления воздуха сквозь швы бронхов и трахеи нет. После завершения торакотомии выполнены шинирование нижней челюсти, хирургическая обработка ран лица. На 2-е сутки, после стабилизации состояния пострадавшего, сформированы гастро- и трахеостома. На 19-е сутки после травмы, после купирования инфекционных осложнений травматической болезни, выполнен спондилодез $C_{I–III}$. На 31-е сутки выполнен внутриротовой остеосинтез нижней челюсти справа. Течение травматической болезни осложнилось энцефалопатией смешанного генеза, нарушением зрения, двусторонней нозокомиальной пневмонией, гнойным трахеобронхитом, сепсисом. Выписан на 48-е сутки после поступления в удовлетворительном состоянии.

Ответы на вопросы. Функция правой верхней конечности нарушена. Был перелом пястных костей. Зрение несколько улучшилось, появилось светоощущение. Оперировал А.И. Бабич. Использовался лоскут перикарда.

Прения

П.К.Яблонский. Травма с отрывом бронха доложена не впервые. Помогли алкоголь и возраст. Удачен выбранный доступ. Он помог восстановить кровообращение. Спасла больного и неразорвавшаяся местами плевра. Функцию плечевого сплетения нужно исследовать дополнительно.

М.Д.Ханевич. Организация помощи в СПбНИИ СП — на высочайшем уровне. Затрачено минимальное время с максимальным успехом. Резервы для восстановления у больного ещё есть.

Ю.А.Спесивцев (председатель). Уникальный подход спас жизнь пациента.

ДОКЛАД

В.Г.Пищик, А.И.Коваленко, Е.И.Зинченко, А. Д.Оборнев (КБ № 122 им. Л.Г.Соколова, кафедра госпитальной хирургии медицинского факультета СПбГУ). **ICG-флюоресценция для определения сегментарных границ при торакоскопических сегментэктомиях: первый европейский опыт.**

Торакоскопические сегментэктомии рассматриваются в качестве возможной альтернативы лобэктомиям при лечении различных заболеваний лёгких. Однако сложность определения межсегментарных границ останавливает даже опытных в торакоскопии хирургов от более активного внедрения сегментэктомий. Мы демонстрируем первый европейский опыт флюоресцентной торакоскопии с индоцианином зеленым (ICG) в спектре света, приближенного к инфракрасному (NIR) при ВТС-сегментэктомиях. В течение 2016 г. выполнена 21 торакоскопическая сегментэктомия с использованием NIR ICG. Предоперационное планирование включало в себя 3D-моделирование сегментарной анатомии и локализации патологического образования. Интраоперационно, после пересечения сосудов и бронха, внутривенно вводили ICG в дозе 0,15 мг/кг массы тела. Затем монополярной коагуляцией маркировали линию резекции по границе флюоресценции. Точно определить межсегментарные границы по флюоресценции удалось у 18 (85,7%) больных. Средняя продолжительность интенсивной флюоресценции составила 95 с, чего оказалось достаточно для маркирования межсегментарной линии резекции. У двух больных интраоперационная верификация не удалась вследствие технических ошибок. У третьего пациента с тяжёлой ХОБЛ достаточной флюоресценции удалось добиться после введения дополнительной дозы ICG. Ни у одного из пациентов не выявлено осложнений, связанных с введением препарата.

Ответы на вопросы. Сначала подбирали дозу ICG, она меньше, чем у японцев. Надо различать перфузионную и вентиляционную дозы. Медленное введение предпочтительнее. Остаточная флюоресценция держится до 30 мин. Опла-

та — по квоте. Вводимая доза в 100 раз меньше допустимой максимальной. Буллёзная эмфизема — не противопоказание.

Прения

А.Л.Акопов. Сегментэктомии пропагандируются японскими хирургами. Но азиатский и европейский генотипы различаются. Это разные раки. Европейцы пока не считают сегментэктомии достаточными. Результат можно оценивать не ранее чем через 5 лет. Флюоресцентная диагностика оправдала себя в жёлчной хирургии для выявления «сторожевых» лимфатических узлов. Достаточно вводить 1,2 мг.

А.О.Аветисян. За год выполняем до 80 сегментэктомий при туберкулёзе. Радикальность достаточна. Некоторые очаги не кровоснабжаются. Нельзя оставлять хотя бы часть сегмента. Границы определяются пальпаторно.

П.К.Яблонский. Ещё 5 лет назад до 80% операций на лёгких выполнялись в объёме не менее лобэктомии. Сейчас — до 60% резекций — экономные. Азиатские хирурги ушли вперед. Если в Европе 45% — торакотомии, то в Азии открытые операции — редкость. Требуется разработка показаний. Сейчас до 80% лобэктомий выполняются без верификации диагноза. Техника филигранна. Переход на сегментарные резекции обещает большой прогресс.

Ю.А.Спесивцев (председатель). Современные малоинвазивные операции много обещают, но оценка их результатов будет видна через много лет.

Поступил в редакцию 18.04.2017 г.