

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Председатель Правления — Б. Н. Котив, ответственный секретарь — А. В. Слободяник, референт — Ю. В. Плотников

2414-е заседание 26.06.2013 г.

Председатель — Б. Н. Котив

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А.Л.Андреев, Т.В.Рыбалкина, А.Е.Чернобровкина, А.Б.Морозов, А.Е.Шаталов (ООО «АВА-ПЕТЕР», клиника «Скандинавия»). **Этапное лечение перфорации дивертикула сигмовидной кишки, осложнённой абсцессом дугласова пространства и перитонитом, у родильницы.**

Пациентка К., 39 лет, поступила в родильное отделение ООО «АВА-ПЕТЕР» в экстренном порядке 06.04.2012 г. с диагнозом: роды первые преждевременные, 35 нед беременности, у первородящей 37 лет. Поперечное положение плода. Преждевременное излитие вод. Выпадение петель пуповины. Аднекстумор справа. При экстренной операции — нижнесрединной лапаротомии — обнаружено: матка, соответствующая 35 нед беременности, пиовар справа, разлитой гнойный перитонит, перфорация дивертикула сигмовидной кишки, дуглас-абсцесс. Выполнено кесарево сечение (извлечена живая недоношенная девочка с массой тела 1780 г, ростом 41 см, оценка по Апгар 5–8 баллов), экстирпация матки с правыми придатками, операция Гартмана, санация и дренирование брюшной полости, модифицированная лапаростомия с использованием полупроницаемой полиэтиленовой плёнки и проленовой сетки. 08.04.2012 г. — этапная санация брюшной полости, закрытие лапаростомы. Ретроспективный анализ показал, что у пациентки с 12 нед беременности появились жалобы на боли в нижних отделах живота, субфебрильную температуру тела и запоры, перемежающиеся жидким стулом, после которого временно стихали боли и нормализовывалась температура тела. Пациентка наблюдалась в женской консультации, выполнялись УЗИ брюшной полости, осмотры гастроэнтеролога и проктолога. Вышеперечисленные жалобы связывали с угрозой прерывания беременности, кистой правого яичника, синдромом раздражённого кишечника и хроническим геморроем. Повторно госпитализирована в хирургическое отделение ООО «АВА-ПЕТЕР» для этапного лечения. 21.08.2012 г. выполнена операция — лапароскопическое восстановление проходимости толстой кишки после операции Гартмана. На 6-е сутки пациентка выписана из стационара. При контрольном осмотре через 1 мес — пациентка в удовлетворительном состоянии, воспитывает здоровую дочь.

Ответы на вопросы. При первой операции планировалось выполнить только кесарево сечение. Совместное

применение проленовой сетки и полупроницаемой полиэтиленовой сетки при лапаротомии применяем около 5 лет. При релапаротомии меняем или удаляем плёнку, а доступ осуществляем через разрезанную сетку. Результаты оцениваем положительно. Уровень прокальцитонина 2 мг/мл. При этапной санации ещё находили гнойные очаги, которые санировались. Прорыв абсцесса в брюшную полость произошёл в ночь перед операцией.

Прения

Т.В.Рыбалкина. Беременность, тем более после ЭКО, сопровождается особым иммунным статусом. Белая кровь у больной до операции была нормальной. Многие родильные дома изолированы от хирургических стационаров. Это создаёт ряд организационных трудностей. На кесарево сечение был приглашён онкогинеколог.

А.Л.Андреев. Из 154 операций восстановления непрерывности кишечника конверсия произведена лишь 6 раз.

Б.Н.Котив (председатель). У больной абсцесс периодически самостоятельно дренировался через прямую кишку, но потом он прорвался в свободную брюшную полость. Лапароскопическое выполнение операции, даже с «рукой ассистента», возможно такими специалистами, как А.Л.Андреев. Важен мультидисциплинарный подход с участием акушера-гинеколога и хирурга.

2. О.Н.Эргашев, В.И.Гавриленков, А.С.Лапшин, А.В.Козлов, Ю.Н.Гулев, А.В.Романов, В.А.Рева, Е.В.Киселёва (кафедра госпитальной хирургии № 2 им. Ф.Г.Углова Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, Всеволодская клиническая ЦРБ). **Многоэтапное лечение пострадавшего с децелерационным синдромом при политравме.**

Пострадавший Ш., 19 лет, был доставлен в хирургическое отделение ЦРБ спустя 1 ч после ДТП. При поступлении сознание ясное, пульс 90 уд/мин, АД 90/60 мм рт. ст. При осмотре груди выявлен открытый перелом левой ключицы. Живот резко болезнен, симптомы раздражения брюшины положительны. При нагрузке на тазовое кольцо выраженная болезненность, имеется рваная рана мошонки, отрыв II пальца правой кисти. Общий анализ крови без признаков кровопотери. После рентгенографии головы, груди (перелом левой ключицы, II ребра слева), таза (вертикально нестабильный перелом) выполнена лапароскопия, при которой обнаружено большое количество крови в брюшной полости. Произведена лапаротомия, при которой выявлен разрыв селезёнки III степени, полный отрыв брыжейки тонкой кишки на

протяжении 1,5 м и брыжейки нисходящей ободочной кишки. Выполнены спленэктомия, ушивание разрывов брыжейки, резекция участка тонкой кишки с илеостомией проксимального и дистального отрезков, резекция сигмовидной кишки с формированием одностольной колостомы, наложение аппарата внешней фиксации на таз, хирургическая обработка открытого перелома левой ключицы, правой кисти. На контрольных рентгенограммах отмечено расширение верхнего средостения на уровне истмической части аорты без клинических признаков ухудшения. Спустя 45 сут выполнены энтеролит и аппаратный илеоасцендоанастомоз, аппарат внешней фиксации демонтирован. На 60-е сутки пациент выписан в удовлетворительном состоянии. При плановой КТ груди выявлена мешотчатая аневризма нисходящего отдела аорты размером 5,3×5,8 см, по поводу чего пациент госпитализирован в специализированный стационар. Спустя 1,5 года после травмы в условиях искусственного кровообращения выполнены срединная стернотомия, мобилизация дуги и нисходящего отдела грудной аорты с аневризмой, протезирование аорты с анастомозом «конец в конец». Послеоперационный период — без осложнений.

Ответы на вопросы. Децелерация в данном наблюдении — синдром, связанный с резким торможением движущегося транспортного средства. До поступления в стационар прошло 150 мин. Илеостомия потребовалась в связи с полным отрывом 70 см тонкой и толстой кишки от брыжейки. От стентирования отказались в связи с молодым возрастом пострадавшего. На инвалидность больной не переведён.

Прения

В.И.Ковальчук. Важна роль организации травмоцентров и раннее начало лечения. Подобное наблюдение было опубликовано нами ранее. Больной 19 лет был втянут в металлорежущий станок так, что он оказался как бы распят на валу станка. Наступили эвентрация органов брюшной полости, отрыв части кишечника от брыжейки, продольный разрыв поперечной ободочной кишки. Прямо на станке был дан масочный наркоз, больной переведён в стационар, оперирован. Удалена нежизнеспособная часть кишечника, сформирован цекосигмоанастомоз. Через 1 год пострадавший работал опять на том же станке.

Б.Н.Котив (председатель). Пострадавший молодой, помогла система травмоцентров. Посттравматическую аневризму надо было оперировать раньше. Аневризма такого размера, даже у такого молодого больного, опасна.

ДОКЛАД

Н.А.Майстренко, П.Н.Ромащенко, М.В.Лысанюк (кафедра факультетской хирургии им. С.П.Фёдорова Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова) **Программный подход к диагностике и лечению нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы.**

Доклад посвящён нейроэндокринным опухолям поджелудочной железы (НЭО ПЖ) — наименее изученной в онкоэндокринологии группе новообразований, наиболее трудоёмких для диагностики и лечения. Учитывая редкость данных новообразований (2–5 больных на 1 млн населения), имеется недостаточный уровень знаний различных аспектов НЭО у врачей-клиницистов хирургических и терапевтических стационаров. Несмотря на современные возможности методов лабораторной и инструментальной

диагностики, отсутствует единый подход к обследованию, лечению и последующему наблюдению за больными с НЭО ПЖ. Проанализированы результаты обследования и лечения 124 больных с НЭО ПЖ. Органический гиперинсулинизм (ОГИ) диагностирован у 68 пациентов (опухолевая форма — в 85% наблюдениях, безопухолевые варианты — в 15%), гастринома — у 43, редкие формы опухолей (карциноид, глюкагонома, випома) — у 13. Проведённый анализ особенностей клинических проявлений свидетельствует о поздней диагностике НЭО ПЖ, что обусловлено сходством их клинической симптоматики с некоторыми заболеваниями. Наибольшие трудности на дооперационном этапе связаны с диагностикой карциноидов в связи с отсутствием у большинства больных типичных клинических проявлений карциноидного синдрома. Комплексное применение лабораторных методов исследования позволило верифицировать ОГИ в 93% наблюдений. У пациентов с гастриномой желудочная гиперсекреция диагностирована у 67%. Исследование уровня гастрина крови повысило эффективность дооперационной диагностики заболевания до 96%. Лучевые методы топической диагностики НЭО ПЖ не обеспечивают достаточной информативности. Наибольшая чувствительность в топической диагностике установлена при спиральной компьютерной томографии (СКТ) и позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ). Анализ применения лучевых методов исследования свидетельствует о необходимости их дополнения интраоперационным УЗИ, что позволяет достоверно локализовать опухоль в поджелудочной железе и выбрать наиболее адекватный объем оперативного вмешательства. Проведён детальный анализ выполненных оперативных вмешательств у больных с НЭО ПЖ. Установлено, что наиболее частыми послеоперационными осложнениями явились острый панкреатит и панкреатические свищи. Предложен современный лечебно-диагностический алгоритм у больных с ПЭО ПЖ. Применение данного алгоритма позволяет своевременно диагностировать ГЭО и выбрать рациональный вариант хирургического лечения. Таким образом, современные методы лабораторно-инструментальной диагностики позволяют своевременно выявить НЭО ПЖ. Применение рациональных вариантов оперативных вмешательств и профилактики послеоперационных осложнений улучшило результаты хирургического лечения больных и качество их жизни.

Ответы на вопросы. Выбор резекции поджелудочной железы или энуклеации опухолей зависит от степени злокачественности опухолей. Предоперационная трепанобиопсия недостаточна для определения злокачественности. КТ с контрастированием в артериовенозной фазе не уступает СКТ. Таргетная терапия в этих наблюдениях не применялась.

Прения

М.Д.Ханевич. Больные с инсуломами часто поступают от психиатров. Основной вопрос для выбора лечения — доброкачественная или злокачественная опухоль. Повышается значение интраоперационной верификации. Важно планировать объем операции — после дистальной резекции поджелудочной железы часто развивается диабет. Требуют решения многие вопросы химиотерапии, неоадьювантной или адьювантной.

Н.А.Майстренко. Реальная диагностика должна основываться на иммуногистохимических исследованиях, что невозможно выполнить во время интраоперационной биопсии. Важна концентрация больных в одном учреждении, как организовано, например, в Швеции.

Б.Н.Котив (председатель). Проблема заключается в том, что каждое образование в поджелудочной железе является уникальным. Положительно применение радионуклидов в диагностике, концентрация больных в одном учреждении.

2415-е заседание 11.09.2013 г.

Председатель — М.Ю.Кабанов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. **А.П.Колесов**, А.В.Гриднев, Н.П.Харитонов, В.С.Качурин, А.К.Ушкац, В.В.Артемов (кафедра хирургии усовершенствования врачей № 1 им. П.А.Куприянова ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, 442-й окружной военный клинический госпиталь, Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова, Санкт-Петербургский клинический комплекс, предприятие «ЭФА медика», Санкт-Петербург). **Сорокалетнее наблюдение успешного хирургического лечения больного с множественной локализацией эхинококкоза.**

Гидатидный эхинококкоз нередко встречается в хирургической практике. При этом у 85% больных наблюдается поражение печени и около 15% наблюдений приходится на лёгочную локализацию паразита (Дейнека И.Я., 1968). Множественное поражение различных органов и систем наблюдается редко. Больной З., 58 лет, впервые оперирован по поводу эхинококковой кисты нижней доли левого лёгкого 39 лет назад (Гриднев А.В., 1973). В 1983 и 1985 г. обнаружены кисты правой доли печени и последовательно выполнены вмешательства трансторакальным доступом (А.П.Колесов). В 1986 г. больной перенёс паразитарный перитонит, потребовавший санации брюшной полости (Н.П.Харитонов). В 1988 г. выявлено нагноение крупной кисты правой доли печени и множественные кисты брюшной полости. Киста печени дренирована, кисты брюшной полости удалены (А.К.Ушкац, Н.П.Харитонов). В течение последующих 13 лет больной не обследовался. Периодически самостоятельно принимал вермокс (антигельминтный препарат). В августе 2001 г. при обследовании выявлены множественные гигантские кисты брюшной полости, печени и средостения. Поставлены показания к двухэтапному хирургическому лечению. Ввиду опасности самопроизвольного разрыва кист, расположенных в свободной брюшной полости, на первом этапе (2001) проведена закрытая эхинококкэктомия кист внутрибрюшной локализации с резекцией участка поперечноободочной кишки и спленэктомией (А.К.Ушкац). В сентябре 2002 г. выполнена трансторакальная внеплевральная трансдиафрагмальная открытая эхинококкэктомия кисты печени (IV–VI сегменты) и кисты средостения объёмом до 2500 мл (А.К.Ушкац). Внутренняя поверхность фиброзных оболочек кист обработана формалином и аргонно-плазменным коагулятором предприятия «ЭФА медика», тампонирована гемостатической губкой, дренирована и ушита. Послеоперационное течение гладкое. Обследован через 10 лет — признаков рецидива эхинококкоза нет.

Ответы на вопросы. Ранее больной был продемонстрирован на обществе. Альбендазолом не пользовался.

2. А.К.Ушкац, В.В.Дмитриченко, О.В.Кулешов, Т.А.Лебедева, С.Л.Воробьев (Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова, Санкт-Петербургский

клинический комплекс). **Длительное наблюдение комплексного лечения осложнённой формы болезни Крона.**

Болезнь Крона — хроническое неспецифическое гранулематозное воспаление желудочно-кишечного тракта, которое может поражать все его отделы, от полости рта до прямой кишки, с преимущественным поражением терминального отдела подвздошной кишки. Пациентка З., 1982 г.р., впервые поступила для обследования и лечения в апреле 2009 г. с жалобами на кашицеобразный стул до 4 раз в день, периодические боли спастического характера в нижних отделах живота, слабость, снижение толерантности к физическим нагрузкам и массы тела до 26 кг (рост 154 см). Больна с 2006 г., обследована в гастроэнтерологическом отделении Вологодской областной больницы, где заподозрена болезнь Крона. В этом же году, в связи с острой кишечной непроходимостью, выполнена резекция слепой, подвздошной и сигмовидной кишки. Послеоперационный период протекал гладко. При гистологическом исследовании морфологическая картина соответствовала болезни Крона. Комплексного патогенетического лечения не проводилось. Периодически принимала салофальк, короткими курсами назначался преднизолон (20 мг). Цитостатики не использовались. При поступлении выявлено прогрессирующее нарушение кишечной проходимости на фоне резкого снижения массы тела (ИМТ — 10,54). В связи с крайне тяжёлым общим состоянием пациентка направлена в отделение реанимации. В течение 8 сут проводилась комплексная предоперационная подготовка, направленная на компенсацию тяжёлых водно-электролитных нарушений, коррекцию белкового обмена, стабилизацию работы сердца. 17.04.2009 г. выполнена операция, во время которой обнаружено прогрессирование болезни Крона с образованием воспалительных инфильтратов и рубцовых сужений тонкой кишки на двух уровнях. После эвакуации желудочного содержимого (около 1 л) установлен зонд Миллера—Эбботта, эвакуировано около 3 л застойного кишечного содержимого. Выполнена резекция тонкой кишки с инфильтратом и зоной тонкотолстокишечного анастомоза. Сформирован еюнотранsverзоанастомоз «конец в конец» (диаметр тонкой кишки превышает диаметр толстой кишки на 1 см). Зонд проведён за анастомоз до сигмовидной кишки. Послеоперационный период благоприятный. Наблюдается терапевтом клинического комплекса в течение 3,5 лет. Проводится комплексное противорецидивное лечение азатиоприном (50 мг/сут), салофальком (2,0 г/сут). Каждые 6 мес — контрольное обследование, включая колоноскопию. Обследована летом 2012 г. — масса тела 48 кг (ИМТ — 20,24). Восстановилась менструальная функция, вышла замуж, в декабре 2012 г. наступила беременность.

Прения

Д.Ю.Семёнов. Представлены две уникальные демонстрации с участием нескольких поколений хирургов. Повторные операции производились в сложных условиях спаечного процесса специфического характера.

Л.В.Потапов. В демонстрациях показано тёплое отношение учеников к учителям.

М.Ю.Кабанов (председатель). Демонстрации замечательны участием в лечении нескольких поколений хирургов и чрезвычайным доверием больных к коллективам, где хирурги воспитывались.

ДОКЛАД

Д.Ю.Семёнов, З.Х.Османов, М.С.Мосоян, А.Г.Тоноян, П.Л.Панкова, В.Н.Данилин, И.О.Тиктинский, Ю.С.Чекмасов, М.Э.Мамсуров, И.Л.Степнов (кафедра общей хирургии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова, Санкт-Петербург). **Опыт применения робот-ассистированных оперативных вмешательств в лечении заболеваний брюшной полости и забрюшинного пространства.**

Выполнение операций с использованием роботизированных хирургических комплексов является новым и чрезвычайно перспективным направлением в различных отраслях хирургии. За относительно небольшой промежуток времени роботхирургия получила большое развитие и стала всё чаще применяться в тех областях, где нужна точность манипуляций при оперировании в малых анатомических пространствах. В течение трёх лет, с ноября 2009 г., с помощью роботизированного эндоскопического комплекса «Da Vinci S» сотрудниками клиники общей хирургии Первого СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова и Федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова выполнены 138 оперативных вмешательств по поводу различных заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Из них: 55 адреналэктомий по поводу различных заболеваний надпочечников, 12 фундопликаций по поводу грыж пищеводного отверстия диафрагмы, 6 органосохраняющих резекций почки, 29 нефрэктомий, 26 простатэктомий по поводу злокачественных новообразований, 7 оперативных вмешательств на поджелудочной железе по поводу инсулином. Однократно были выполнены удаление кавернозной гемангиомы правой доли печени больших размеров, устранение аневризмы селезёночной артерии, удаление образования забрюшинного пространства. У 8 пациентов с сопутствующей желчнокаменной болезнью операция дополнена холецистэктомией. На основании собственного опыта, сравнения с лапароскопическими вмешательствами и данными зарубежных исследователей, можно сделать вывод, что роботизированная лапароскопическая хирургия имеет большое будущее. Использование роботов при работе в малых анатомических пространствах является эффективным и безопасным, не несёт с собой повышенного риска осложнений. Однако работать на столь сложной аппаратуре должны люди со значительным опытом в традиционной и лапароскопической хирургии.

Ответы на вопросы. Хирурги, работающие с комплексом «Да Винчи», стремятся расширить объём вмешательств: урологических, на прямой кишке. Выполняются пластические операции в гинекологии, органосохраняющие (резекция почки), бариатрические. Для больных повышенного питания должны быть более длинные инструменты. Приоритетен гармонический скальпель. При осложнениях возможна конверсия на лапароскопические операции. Только за год стоимость аппаратуры снизилась на 30%. В Европе стоимость роботизированных операций почти сравнялась с лапароскопическими. Большинство российских хирургов обучались в г. Страсбурге, назревает вопрос о необходимости организации национального центра.

Прения

Д. В.Гладышев. Со 2 августа 2013 г. мы выполнили 18 операций — при колоректальном раке, особенно при низких

локализациях. Это операция одного хирурга. Все условия создаёт для себя хирург. Перспективы метода увеличиваются. Пока отстают онкологи.

А. В.Мельниченко. Прошло 20 лет после начала споров о лапароскопии. Теперь это пройдено. То же самое происходит с робототехникой.

М. Ю.Кабанов (председатель). Хирургия развивается, будущие хирурги будут учиться работать со симуляторами.

Поступил в редакцию 03.12.2013 г.

2416-е заседание 25.09.2013 г.

Председатели — Б.Н.Котив, К.В.Павелец

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *К.В.Павелец, А.К.Ушкац, В.В.Дмитриченко, В.А.Зимовской, Д.Д.Шкарупа, О.В.Кулешов, Н.Н.Соколов, М.А.Протченко, К.В.Медведев, Д.С.Русанов* (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, Научно-медицинский центр им. Н.И.Пирогова, Мариинская больница). **Вариант хирургического лечения GIST пищевода у пациента пожилого возраста.**

Гастроинтестинальные стромальные опухоли (GIST) относятся к группе мезенхимальных сарком, встречаются относительно редко и составляют 1–3% от всех опухолей желудочно-кишечного тракта. Среди них локализация в пищеводе составляет 0,4%.

Больной Б., 76 лет, поступил в ГБ № 1 г. Гусь-Хрустальный 10.04.2012 г. в экстренном порядке с клиникой желудочно-кишечного кровотечения. По данным фиброгастроскопии (ФГДС) верифицировать источник кровотечения не удалось, однако при рентгенографии органов грудной клетки было выявлено гигантское образование средостения. В течение 5 мес больного беспокоили периодические тянущие боли в правой половине грудной клетки. В апреле 2012 г. больной поступил в НХМЦ им. Н.И.Пирогова, где он был комплексно обследован (рентгенография грудной клетки, рентгеноскопия пищевода, ФГДС с биопсией, спиральная компьютерная томограмма грудной и брюшной полостей). Обнаружена гигантская опухоль средостения, исходящая из нижней трети пищевода, размером 15×8 см. По данным ФГДС выявлено поражение слизистой оболочки нижней трети пищевода размером 1×1 см. При иммуногистохимическом исследовании выявлена опухоль GIST. Также у пациента диагностирован рак правой почки. Пациент имел комплекс сопутствующих заболеваний: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь II стадии, нарушения ритма по типу экстрасистолии, глаукома. В связи с этим было решено разделить хирургическое вмешательство на два этапа. 10.05.2012 г. выполнена правосторонняя нефрэктомия из абдоминального доступа. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 10-е сутки. При гистологическом исследовании выявлен почечно-клеточный рак T1bN0M0. Через 1 мес больной повторно поступил для планового оперативного вмешательства по поводу опухоли средостения. 14.06.2012 г. была выполнена операция — правосторонняя переднебоковая торакотомия в пятом межреберье. При ревизи-

зии выявлена опухоль в капсуле размером 15×8 см, интимно связанная с бифуркацией трахеи, правым главным бронхом, долевыми бронхами правого лёгкого и стенкой пищевода, оттесняющая последний влево. Острым путём опухоль мобилизована с частичным иссечением мышечного слоя пищевода и его слизистой оболочки в нижней трети на протяжении 4 см в пределах неизменённых тканей. Образование исходило из стенки нижней трети пищевода, инфильтрируя слизистую оболочку на участке 1×1 см. Дефект стенки пищевода ушит двухрядным швом послойно. При контрольной рентгеноскопии пищевода на 5-е сутки затёков контрастного вещества за пределы пищевода нет, эвакуация из желудка своевременная. При патогистологическом исследовании выявлена опухоль GIST пищевода с высоким злокачественным потенциалом, в 10 полях зрения определяются 24 митоза. В связи с этим пациенту назначен ингибитор протеинтирозинкиназы гливек в дозе 600 мг/сут. На 15-е сутки после операции больной выписан на амбулаторное лечение под наблюдение онколога в удовлетворительном состоянии. Через 1 год после операции состояние пациента удовлетворительное, данных за рецидив не выявлено.

Ответы на вопросы. Больной поправился на 1 кг. Печка удалена поперечным абдоминальным доступом. Опухоль пищевода была спаяна с окружающими тканями, прорастания стенок не отмечено. При использовании таргетной терапии результаты хорошие. Только при хирургическом лечении возможен рецидив в течение 1 года. Опухоль была в капсуле, степень злокачественности до операции не была известна. После операции края разреза, все лимфатические узлы исследованы. Обычно пищевод удаляется.

Прения

А.Ф.Романчишен. Результат лечения пожилого человека отличный. Двухэтапная тактика себя оправдала. Иммунное влияние опухоли на организм снято. Степень распространения опухоли R1. Высокий уровень злокачественности не соответствует полученной выживаемости.

Д.Ю.Семёнов. Результат хороший. Терапия гливек показана. Объём операции выбран правильно. После операций большого объёма увеличивается смертность от сопутствующих и конкурирующих заболеваний.

М.П.Королёв. Расположение кистозных опухолей и подслизистых образований хорошо видно, они легко удаляются эндоскопически. Рецидивы опухолей пищевода чаще экстраорганные. Эта опухоль росла несколько лет, развился некроз участка слизистой оболочки.

Б.Н.Котив (председатель). Стандарт лечения злокачественных опухолей пищевода у молодых людей — субтотальная резекция органа. При выполнении органосохраняющей операции возможно прогрессирование даже на фоне гливек. Возраст и сопутствующие заболевания оправдывают выбранную тактику лечения.

2. С.Ф.Багненко, Г.В.Михальченко, Д.И.Василевский, А.С.Прядко, А.В.Лужт, В.И.Кулагин, Д.С.Силантьев (Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, Ленинградская областная клиническая больница, Городская больница святой преподобномученицы Елизаветы). **Лапароскопическое устранение гигантской смешанной (III тип) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.**

Больная С., 55 лет, поступила в хирургическое отделение Ленинградской областной клинической больницы в

декабре 2011 г. в плановом порядке с жалобами на интенсивные боли за грудиной и эпигастральной области, возникавшие после приёма пищи, физической нагрузки, в горизонтальном положении тела. Указанные симптомы отмечались в течение 2 лет. При обследовании больной (рентгенологическое и эндоскопическое исследования) диагностирована смешанная (III тип) субтотальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. При 24-часовой рН-метрии патологических гастроэзофагеальных рефлюксов не выявлено. Показанием к хирургическому лечению являлись выраженный болевой синдром и риск ущемления желудка в пищеводном отверстии диафрагмы. 26.12.2011 г. пациентке была выполнена лапароскопическая операция — устранение гигантской грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с укреплением хиатопластики полипропиленовым сетчатым протезом («Prolen»). Послеоперационный период протекал гладко, на 5-е сутки больная выписана на амбулаторное лечение. При обследовании пациентки через 1 год после проведённого лечения жалоб, клинических симптомов, инструментальных (эндоскопических, рентгеноскопических) признаков рецидива хиатальной грыжи не выявлено.

Ответы на вопросы. Субтотальная грыжа — смещение почти всего желудка. Смешанная грыжа — не только хиатальная, но и паразофагеальная. Частота рецидива при пластике собственными тканями — до 30% в течение 5 лет, при эндопротезировании — около 2%. Безнатяжную пластику не применяем — всегда сшиваем ножки диафрагмы. Цель эндопротеза — прикрыть линии швов ножек диафрагмы.

К.В.Павелец (председатель). Эти операции всё чаще выполняются лапароскопически, и результаты вдохновляют.

ДОКЛАД

Б.Н.Котив, И.И.Дзидзава, Д.П.Кашкин, А.В.Смородский, С.А.Солдатов, Я.Ю.Рында (кафедра госпитальной хирургии ВМедА им. С.М.Кирова). **Современные аспекты диагностики и лечения острого тромбоза вен портальной системы.**

Прогресс ультразвуковых, рентгеноэндоваскулярных и томографических технологий привёл к значительному росту частоты диагностики тромбоза вен портальной системы. Показатели летальности, достигающие 20% в специализированных стационарах и 100% при естественном течении острого портального тромбоза, определяют актуальность совершенствования диагностических и лечебных подходов. В клинике госпитальной хирургии ВМедА в период с 2006 по 2012 г. находились на обследовании и лечении 67 пациентов с острым и подострым портальным тромбозом. Наиболее часто встречался сочетанный тромбоз селезёночной и воротной вен — 27 (40,3%). Изолированный тромбоз ствола воротной вены наблюдали у 20 (29,9%) больных, воротной и верхней брыжеечной — у 12 (17,9%), распространённый портальный тромбоз — у 8 (11,9%). Пусковыми механизмами тромбоза ствола и притоков воротной вены явились: интраабдоминальная инфекция (панкреатит, пилефлебит на фоне дивертикулита, мезаденита, перитонита) — 17 (25,4%), хронические диффузные заболевания печени — 24 (35,8%), миелопролиферативные заболевания и тромбофилии — 14 (20,9%), злокачественные новообразования живота и малого таза — 5 (7,5%), травматические и ятрогенные повреждения — 5 (7,5%). У 2 (3%) пациентов этиология осталась неясной. Скрининговая диагностика базировалась на ультрасонографии с доплеро-

графиями магистралей системы воротной вены у пациентов с прогрессирующим болевым абдоминальным синдромом, асцитом, спленомегалией и лихорадкой неясного генеза. Для верификации диагноза выполняли один из вариантов контрастных ангиографий. Иммуногенетическое исследование позволило установить у 50 (74,6%) больных ряд наследственных факторов, предрасполагающих к развитию портального тромбоза: мутация гена фактора V, мутация 20210A гена протромбина, дефициты протеинов C и S, антитромбина, мутация C677T метилентетрагидрофолатредуктазы, мутации в гене киназы 2 Janus V617F. У 25 (37,3%) больных имело место повышение уровня гомоцистеина более 22 ммоль/л. Лечебная тактика строилась на проведении ранней системной продолжительной терапии антикоагулянтами. Нарастание интоксикации и синдром системной воспалительной реакции, появление клинических признаков пареза тонкой кишки или перитонеальной симптоматики являлись показанием к лапароскопии. В случаях выявления явных признаков нежизнеспособности кишки осуществляли резекцию пораженных участков (n=11). В сомнительных случаях прибегали к тактике «second look», оставляя лапаропорт или дренаж в полости брюшины. В 5 наблюдениях при неэффективности проводимой консервативной терапии и прогрессировании портальной гипертензии выполнена тромбэктомия из просвета воротной вены с формированием селективного или парциального портокавального анастомоза. Ещё в 4 наблюдениях тромбэктомия выполнена в ходе вмешательства по поводу опухоли поджелудочной железы. Комплексная консервативная терапия позволила добиться полной реканализации портальных сосудов в 36,2% наблюдений. Из них воротная вена — 47,1%, селезёночная — 82,3%, верхняя брыжеечная — 64,7%. Частичная реканализация вен портальной системы наступила в 42,6% наблюдений.

Ответы на вопросы. Тромбоз селезёночной вены по сравнению с артерией наблюдается у более молодых людей, они поступают значительно позже. Диагноз ставится на основании инструментальных методов. Тромбоз эмболии лёгочной артерии была у 1 больного с флелотромбозом. Больной жил ещё 1,5 года, умер от миелолипролиферативного заболевания. Заподозрить заболевание можно при быстром развитии болей, асцита, печёночной недостаточности без признаков перитонита. При их появлении необходима лапароскопия. При сегментарных тромбозах выполнялась резекция кишки, при тотальных венозных тромбозах можно наблюдать до отграничения процесса, выполняя повторные лапароскопии через 5–6 сут. Ультразвуковая доплерография, ангиография должны применяться чаще.

Прения

К.В.Павелец (председатель). Описано редкое, но актуальное заболевание. Желательно чаще ставить задачу выявления тромбоза перед специалистами лучевой диагностики.

Поступил в редакцию 03.12.2013 г.

2417-е заседание 09.10.2013 г.

Председатель — Б.Н.Котив

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А.С.Прядко, П.Н.Ромащенко, М.В.Лысанюк (кафедра факультетской хирургии им. С.П.Фёдорова ВМедА им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург). **Лечебная тактика при инсулиноме поджелудочной железы.**

Пациентка И., 25 лет, поступила в клинику 20.06.2011 г. с жалобами на периодически возникающую общую слабость, эпизоды дезориентации в пространстве, потери сознания с судорогами, которые возникали на фоне длительных перерывов в приёме пищи. Впервые эпизод потери сознания с судорогами развился в 2009 г. При исследовании уровня глюкозы крови во время приступа выявлена гипогликемия 2,2 ммоль/л. Эпизоды общей слабости, дезориентации стали возникать 2–3 раза в месяц. Пациентка обследовалась у невролога, диагностирована эпилепсия, назначена терапия. Несмотря на проводимое лечение, приступы слабости с дезориентацией сохранялись. За 2 нед до госпитализации в стационар возник тяжёлый приступ потери сознания со снижением глюкозы крови до 1,0 ммоль/л. Учитывая гипогликемию, выявляемую во время приступов, заподозрен органический гиперинсулинизм (ОГИ). В ходе стационарного обследования по данным биохимического и гормонального анализа крови установлено снижение уровня глюкозы натощак (1,2 ммоль/л), умеренное повышение С-пептида (2,71 нг/мл) и иммунореактивного инсулина (ИРИ) (15,3 мкЕД/мл), а также значимое увеличение соотношения ИРИ/глюкоза (12,7). Уровень хромогранина А был в пределах нормы. При проведении пробы с голоданием через 16 ч отмечено снижение глюкозы крови до 2,7 ммоль/л с развитием предобморочного состояния, что подтвердило диагноз ОГИ. Уровень паратгормона и АКТГ в крови не превышал установленной границы нормы, что позволило исключить множественную эндокринную неоплазию I типа. При трансабдоминальном ультразвуковом исследовании (УЗИ) патологических изменений поджелудочной железы не выявлено. Проведение эндоскопического УЗИ позволило обнаружить в головке поджелудочной железы (ПЖ) образование диаметром 3,0 см, прилегающее к верхней брыжеечной вене. Проведение спиральной компьютерной томографии (СКТ) органов брюшной полости с внутривенным контрастированием подтвердило диагноз опухоли головки ПЖ в области крючковидного отростка. Таким образом, результаты обследования свидетельствовали об инсулиноме головки ПЖ. Больная оперирована 28.06.2011 г. По передней поверхности головки ПЖ выявлена опухоль размером 3,0×2,9 см. При интраоперационном УЗИ связи опухоли с главным панкреатическим протоком и крупными сосудами не выявлено. Выполнена энуклеация инсулиномы. Гистологическое исследование опухоли показало высокодифференцированную нейроэндокринную опухоль (НЭО) с очаговой инвазией капсулы. При иммуногистохимическом типировании установлена интенсивная экспрессия опухолевыми клетками хромогранина А и синаптофизина. Оценка индекса пролиферативной активности опухоли (Ki-67), который составил 4,7%, свидетельствовала о гистологическом типе НЭО Grade 2. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением, уровень глюкозы нормализовался и составил при выписке 4,4 ммоль/л. В послеоперационном периоде дополнительное лечение (био- и химиотерапия) паци-

ентке не проводилось. При контрольном осмотре через 1 год после операции состояние пациентки удовлетворительное, жалоб не предъявляет. По результатам контрольных лабораторных исследований отклонений от нормы не выявлено. При УЗИ, СКТ поджелудочной железы новообразований не выявлено. Неврологическая симптоматика не определяется.

Ответы на вопросы. Больная связывает развитие болезни с ушибом живота. Изредка бывают боли в животе. После операции сахар крови однократно повышался до 9 мг%.

2. А.С.Прядко, П.Н.Ромашенко, М.В.Лысанюк (кафедра факультетской хирургии им. С.П.Фёдорова ВМедА им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург). **Диагностика и лечение нефункционирующей нейроэндокринной опухоли поджелудочной железы.**

Пациентка К., 46 лет, поступила на лечение 22.09.2011 г. с жалобами на боли в эпигастриальной области, возникающие после еды, ноющего характера, умеренной интенсивности, которые беспокоят в течение последних двух лет. Находилась под наблюдением в поликлинике по месту жительства по поводу хронического панкреатита. При очередном ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов брюшной полости заподозрена опухоль поджелудочной железы (ПЖ). Пациентка направлена в стационар. В ходе стационарного обследования при трансабдоминальном УЗИ в области тела ПЖ выявлено образование размером 3,3×2,2 см. Однако при компьютерной томограмме живота с внутривенным контрастированием убедительных признаков опухоли ПЖ не выявлено, установлены признаки хронического панкреатита. Выполнено эндоскопическое УЗИ, при котором на границе тела и хвоста ПЖ чётко визуализирована опухоль размером 2,3×1,8 см. Для уточнения морфологической структуры опухоли выполнена транскутанная трепанобиопсия под УЗ-контролем. По данным гистологического исследования биоптата установлен диагноз нейроэндокринной опухоли поджелудочной железы (НЭО ПЖ) с неопределённым потенциалом злокачественности. Больная оперирована 06.10.2011 г. В области тела железы выявлена опухоль с чёткими контурами размером 3,5×3,0 см, расположенная в толще паренхимы органа. Выполнена дистальная резекция поджелудочной железы с опухолью. Гистологическое исследование удалённой опухоли показало высокодифференцированное НЭО ПЖ с признаками инвазивного роста в капсулу без инвазии сосудов. При иммуногистохимическом типировании установлена интенсивная экспрессия опухолевыми клетками хромогранина А. Оценка индекса пролиферативной активности опухоли (Ki-67), который составил 3,5%, свидетельствовала о гистологическом типе НЭО ПЖ Grade 2. Послеоперационный период осложнился развитием гнойного оментобурсита на 10-е сутки. На фоне пункции и дренирования сальниковой сумки под УЗ-контролем и системной антибактериальной терапии проявления оментобурсита регрессировали. Пациентка выписана домой в удовлетворительном состоянии. Отсутствие признаков регионарного и отдалённого метастазирования, высокодифференцированный характер опухоли и тип НЭО Grade 2 позволили не проводить пациентке на данном этапе дополнительное лечение (био- и химиотерапия). При контрольном обследовании через 1 год после операции состояние удовлетворительное, жалоб нет. По данным УЗИ органов брюшной полости, КТ живота признаков местного рецидива, прогрессирования опухолевого процесса не выявлено.

Ответы на вопросы. Болей, судорог нет. Диету не соблюдает. Органосохраняющий характер операции и отказ от химиотерапии обусловлены умеренной степенью злокачественности опухоли. Схема наблюдения: в течение 5 лет 1 раз в 3 мес, позже 2 раза в год.

Прения

Н.Ю.Коханенко. Обе демонстрации показали возможности современного исследования. Проба с голоданием при инсулиноме опасна. Опухоли встречаются с частотой 1 на 100 тыс. населения. По поводу инсулином в Москве проведено 249 операций (А.В.Егоров), в Санкт-Петербурге — несколько меньше (Н.А.Майстренко). Вылушивание допустимо не более чем у 20% больных. Ю.И.Патютко считает вылушивание противопоказанным. 5–7 лет живут 80% больных. Мы оперировали больную, которая наблюдалась эндокринологами в течение 6 лет, до того как появились метастазы в печень.

М.П.Королёв. Эти опухоли легко диагностируются с помощью эндоУЗИ. Метод позволяет провести радиочастотную абляцию этих опухолей. Обязательна тонкоигольная аспирационная биопсия.

К.В.Павелец. Высокий уровень диагностики позволил авторам ограничиться меньшим объёмом вмешательства. При динамическом наблюдении позже можно выполнить панкреатодуоденальную резекцию.

Н.А.Майстренко. Современные международные рекомендации ограничивают применение расширенных операций. Их использование — результат ошибок длительно наблюдающих за больными врачей.

А.С.Прядко. Объём операции в обоих наблюдениях основывался на международных рекомендациях. Конечно, энуклеацию крючковидного отростка можно делать не всегда.

Б.Н.Котив (председатель). Успех органосохраняющей операции и субтотальной резекции поджелудочной железы основаны на чётком понимании локализации опухолей, их гистологическом строении. Больные подлежат наблюдению.

Э.Г.Топузов, М.А.Абдулаев, Э.Э.Топузов, Г.А.Шишкина (кафедра госпитальной хирургии им. В.А.Оппеля СЗГМУ им. И.И.Мечникова). **Новообразования толстой кишки: современные аспекты диагностики и лечения.**

Изучены результаты лечения 1926 больных с нарушением кишечной проходимости вследствие рака толстой кишки. Они были оперированы в клинике хирургических болезней им. В.А.Оппеля с 1986 по 2012 г. Разработанная классификация степени нарушения проходимости при колоректальном раке (Топузов Э.Г., 1986), основанная на учёте клинических и лабораторных данных, комплексе инструментальных методов (обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ брюшной полости, срочная колоноскопия и ирригография), системе интегральной оценки тяжести состояния SAPS, позволила обосновать выбор лечебной тактики. Из общей группы больных выделены 164 пациента с декомпенсированным нарушением проходимости, т.е. с острой кишечной непроходимостью (ОКН), которым требовалась экстренная операция. Состояние этих больных оценивалось как тяжёлое, оценка тяжести по шкале SAPS была 8 баллов и более. Основным принципом хирургического лечения считали полную ликвидацию непроходимости с одновременным радикальным удалением опухоли. Для этого применяли специально разработанную оригинальную операцию (Топузов Э.Г., 1986) — резекцию толстой

кишки с интраоперационной декомпрессией кишечника. У 49 больных это вмешательство дополняли интраоперационным толстокишечным сорбционным диализом. В этой группе послеоперационные осложнения наблюдались в 14%, летальность составила 6%, средний койко-день — 15 ± 4 . Среди других пациентов послеоперационные осложнения отмечены в 29% наблюдений, летальность — 11%, средний койко-день — 25 ± 4 . При стенозирующем раке левой половины толстой кишки, осложнённом диастатическими некрозами и перфорациями, наилучшие результаты были получены при выполнении субтотальной колэктомии (послеоперационная летальность 15%). Рациональный объём вмешательства зависит от специализации хирургического стационара и квалификации хирургов. Больным проводилось комплексное лечение, включая таргетную терапию.

Поступил в редакцию 03.12.2013 г.

2418-е заседание 22.10.2013 г.

Председатель — Э.Э.Топузов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *Е.М.Бит-Сава, С.Г.Баландов, Р.М.Ахмедов, М.А.Моногарова* (кафедра факультетской хирургии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова и кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета). **Реконструктивно-пластическая операция с использованием аллотрансплантата при раке молочной железы.**

Больная С., 47 лет, 11.05.2012 г. поступила в хирургическое отделение клиники факультетской хирургии с диагнозом «Рак правой молочной железы T1N0M0». При осмотре в правой молочной железе на 9 ч субареоларно пальпировалось образование размером 1,5×1,0 см, эластичное, смещаемое, с нечёткими неровными контурами. В левой молочной железе определялся диффузный фиброаденоматоз. Подмышечные, подключичные и надключичные лимфатические узлы с обеих сторон не пальпировались. По данным маммографии и эхографии на фоне диффузного фиброаденоматоза в правой молочной железе определялось образование с жидкостным компонентом 0,91×0,84×0,83 см, которое, по результатам патогистологического и иммуногистохимического исследования трепанобиоптата, представлено инвазивным протоковым раком. Уровень рецепторов эстрогенов — 0 баллов, уровень рецепторов прогестерона — 0 баллов, HER2/neu — негативная. 14.05.2012 г. выполнена мастэктомия по Мадену справа с одномоментной установкой экспандера. Результаты патогистологического заключения послеоперационного материала: аденосквамозная карцинома в кисте с инвазией стенки, в 14 лимфатических узлах синусовый гистиоцитоз на фоне липоматоза. В удовлетворительном состоянии больная выписана на 15-е сутки. В амбулаторном режиме проведено 6 циклов полихимиотерапии по схеме FAC, дермотензия 0,9% — 350 мл NaCl. В амбулаторном режиме больная обследована, данных за отдалённые метастазы не получено. При повторной госпитализации 22.01.2013 г. выполнена реконструктивно-пластическая операция с использованием эндопротеза 325 мл, аугментационная маммопластика слева

150 мл, реконструкция правого соска местными тканями и ареолы свободным кожным трансплантатом. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана в удовлетворительном состоянии на 9-е сутки. При осмотре через 2 мес местного рецидива не выявлено, косметический результат стабилен.

Ответы на вопросы. Морфологическая и иммуногистохимическая оценка опухоли требовали мастэктомии без пластики. Но на избранном варианте лечения больная настояла сама.

2. *Е.М.Бит-Сава, С.Г.Баландов, Р.М.Ахмедов, М.А.Моногарова* (кафедра факультетской хирургии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова и кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета). **Резекция молочной железы с пластикой кожно-мышечным лоскутом широчайшей мышцы спины.**

Больная Л., 38 лет, поступила 26.10.2012 г. в хирургическое отделение клиники факультетской хирургии с диагнозом «Рак левой молочной железы T2N1M0, частичный регресс на фоне неoadъювантной полихимиотерапии». По результатам трепанобиопсии опухоль левой молочной железы представлена инфильтративным протоковым раком, уровень рецепторов эстрогенов — 8 баллов, уровень рецепторов прогестерона — 8 баллов, сверхэкспрессия HER2/neu — негативная. С 20.08.2012 г. по 11.09.2012 г. проведено 2 цикла полихимиотерапии по схеме FAC в неoadъювантном режиме, достигнут частичный регресс. В амбулаторном режиме больная обследована. Данных за отдалённые метастазы не получено. При осмотре в верхненаружном квадранте левой молочной железы пальпировалось узловое образование с неровными контурами, бугристой поверхностью, не связанное с подкожной клетчаткой, размером 1,5×1,5 см. В правой молочной железе на фоне диффузного фиброаденоматоза образований не выявлено. Надключичные, подключичные и подмышечные лимфатические узлы с обеих сторон не пальпируются. 17.10.2012 г. больной выполнена радикальная резекция левой молочной железы с маммопластикой лоскутом широчайшей мышцы спины. Патологогистологическое заключение: инфильтративный протоковый умеренно дифференцированный рак 1×1 см, G2, преимущественно альвеолярного строения, в лимфатических узлах фолликулярная гиперплазия с синусовым гистиоцитозом, края резекции без опухолевых клеток. В послеоперационном периоде наблюдались признаки венозного застоя лоскута широчайшей мышцы спины, которые были ликвидированы гирудотерапией на протяжении 3 дней. Дренажно-вакуумная система удалена на 10-е сутки. Проведён 1 цикл полихимиотерапии в адъювантном режиме по схеме FAC, больная выписана в удовлетворительном состоянии на 14-е сутки с рекомендациями по проведению полихимиотерапии, лучевой и гормонотерапии. При осмотре через 2 мес функциональных нарушений и местного рецидива не выявлено.

Ответы на вопросы. Чувствительность кожи сохранена, движения верхней конечности в полном объёме. Лучевая терапия начата после 4-го цикла химиотерапии. После лучевой терапии венозный застой лоскута не возобновился.

Прения

Э.Э.Топузов (председатель). Показаны возможности пластической хирургии при раке молочной железы. По-видимому, всем больным рекомендовать это нельзя. Надо учитывать стадию и биологические особенности опухоли. Трижды негативный рак, при котором 5-летняя выживаемость 30–40%, вряд ли требует такого лечения. Но эти операции нужны, над ними должны работать вместе онкологи и пластические хирурги.

ДОКЛАД

И.П.Костюк, А.Ю.Шестаев, Е.Н.Белова, С.С.Крестьянинов, Л.А.Васильев (кафедра урологии ВМедА им. С.М.Кирова, Ленинградский областной онкологический диспансер). **Комбинированные хирургические вмешательства в паллиативном лечении рака почки.**

За последние 10 лет рак почки занял 2-е место среди всех злокачественных новообразований по темпам прироста в России. Если прирост заболеваемости для остальных опухолей составил в среднем 17,2%, то аналогичный показатель по раку почки — 40,8%. Истинно инвазивный рак почки встречается приблизительно в 3% наблюдений. Интимное прилежание опухоли почки к другим органам встречается гораздо чаще, но в таких случаях единственным возможным радикальным методом лечения является комбинированная операция. Настоящее исследование посвящено лечению пациентов с местно-распространённым метастатическим раком почки. В 2007–2011 гг. проведено лечение 227 пациентов с диагнозом «Рак почки». 219 (95%) из них были прооперированы. 8 (5%) пациентам с местно-распространённым метастатическим почечно-клеточным раком проводилось консервативное противоопухолевое лечение. У 27 (12,3%) из 219 пациентов выполнены комбинированные хирургические вмешательства. 15 (6,8%) из них были паллиативными. Пациенты с метастатическим местно-распространённым раком почки были разделены на две группы: в 1-й группе (15 пациентов) были выполнены комбинированные паллиативные операции, во 2-й группе (8 пациентов) проводилась только консервативная терапия. Характер комбинированных операций: нефрадреналэктомия с атипичной резекцией печени (n=3), нефрадреналэктомия с резекцией толстой кишки и атипичной резекцией печени (n=1), нефрадреналэктомия с резекцией толстой кишки (n=8), нефрадреналэктомия с резекцией хвоста поджелудочной железы, толстой кишки и спленэктомией (n=3). Из ранних послеоперационных осложнений у 2 (13,3%) пациентов отмечена избыточная лимфорея, что потребовало продлённого дренирования брюшной полости. Через 1 мес 10 пациентам 1-й группы было назначено системное противоопухолевое лечение. Таргетные препараты для специфического противоопухолевого лечения были идентичны. Длительность наблюдения за пациентами составила 4 года. Следует отметить, что в процессе лечения у неоперированных пациентов чаще встречались нежелательные явления III–IV степени, которые вынуждали прерывать системное противоопухолевое лечение ($p < 0,05$).

Выполнение комбинированных паллиативных операций у больных, страдающих местно-распространённым метастатическим раком почки, целесообразно при планировании проведения системного противоопухолевого лечения. Это позволяет увеличить их общую выживаемость и снизить количество нежелательных побочных явлений противоопухолевой терапии III–IV степени.

Ответы на вопросы. Таргетная терапия проводилась с учётом биологических особенностей опухолей. Прорастание в нижнюю полую вену наблюдается реже, чем её сдавление, поэтому надо пытаться удалять опухоль вблизи неё. В этой группе больных лапароскопических вмешательств не делали.

Прения

А. К.Носов. Материал недостаточно структурирован. Таргетная терапия проводилась на фоне циторедуктивных операций. Вывод о необходимости этих операций преждевремен.

Э.Э.Топузов (председатель). Авторы представили материал обширных паллиативных вмешательств. Все больные успешно перенесли операции. Окончательные выводы делать пока рано.

Поступил в редакцию 03.12.2013 г.

2419-е заседание 13.11.2013 г.

Председатель — О.Н.Эргашев

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. И.М.Самохвалов, В.В.Суворов, А.Н.Петров, С.В.Недомолкин, В.С.Малютин, В.Н.Ганин, М.Б.Борисов, В.Ю.Маркевич, А.В.Гончаров, В.А.Рева, А.Ю.Супрун, А.В.Жабин (кафедра и клиника военно-полевой хирургии ВМедА им. С.М.Кирова). **Ушивание колото-резаной раны восходящего отдела грудной аорты.**

Раненый П., 22 лет, был доставлен в клинику 23.09.2012 г., спустя 50 мин после ножевого ранения в грудь. Отмечены: в месте ранения умеренное наружное кровотечение, АД снижено до 90/50 мм рт.ст., признаков дыхательной недостаточности нет. В ходе транспортировки отмечено резкое падение АД. При поступлении в клинику пульс и АД не определяются, непроизвольная дефекация. Кожный покров бледный. Дыхание поверхностное, частота 20 в 1 мин. Местно: во втором межреберье, по парастеральной линии справа, имеется колото-резаная рана 3,0×0,5 см, без признаков продолжающегося наружного кровотечения. Вследствие развития терминального состояния при изолированном ранении груди, учитывая локализацию ранения, тотчас после поступления, после интубации трахеи, выполнена реанимационная стернотомия, в ходе которой обнаружена гематома средостения общим объёмом до 800 мл, тампонада сердца. После перикардотомии началось массивное кровотечение пульсирующей струей. Сердце сокращается, без признаков повреждения. Пальпаторно определён дефект переднемедиальной стенки восходящего отдела аорты, выполнен временный гемостаз пальцевым прижатием. После этого рана аорты 0,5×0,3 см ушита отдельными швами нитью Prolene 3/0. Гемодинамика стабилизирована. При дальнейшей ревизии органов средостения выявлена касательная рана передней стенки лёгочного ствола, размером 0,3×0,2 см, с выраженным кровотечением, которая ушита двумя стежками нитью Prolene 3/0. Установлен диагноз: колото-резаное слепое, проникающее в полость перикарда, ранение восходящего отдела грудной аорты и лёгочного ствола. Тампонада сердца. Острая кровопотеря тяжёлой степени. Терминальное состояние. В общем анализе крови отмечено снижение гемоглобина до 79 г/л, гематокрита — до 21,1%. Для массивной инфузионно-трансфузионной

терапии, помимо катетеризации правой подключичной вены, выполнена открытая катетеризация аорты через правую бедренную артерию. Объем трансфузии в операционной составил 3150 мл (ещё 800 мл реинфузировано через «Cell-Saver»). После компенсации сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, спустя 6 сут лечения в ОРИТ, пациент был переведён в общее отделение. Артериальный катетер удалён. По поводу развившегося переднего стерно-медиастинита раненому выполнена вторичная хирургическая обработка раны, наkostный остеосинтез грудины пластинами с угловой стабильностью. Пациент выписан на 90-е сутки, без неврологического дефицита. Через 2 мес после выписки повторно госпитализирован по поводу остеомиелита грудины для удаления металлоконструкции, антибактериального спейсера. Заживление раны.

Ответы на вопросы. Больной чувствует себя хорошо, занимается спортом. Аппарат «Cell-Saver» применён не сразу, поэтому перелито только 800 мл аутокрови. Стернотомия при такой локализации ран является доступом выбора.

Прения

И.М.Самохвалов. Успех обусловлен решительностью и подготовленностью бригады к лечению ранений сердца и крупных сосудов. Для инфузий необходимо использовать магистральные сосуды.

О.Н.Эргашев (председатель). Отработанность действий и хорошая подготовка хирургов позволили решить все задачи спасения жизни молодого человека.

2. И.М.Самохвалов, А.Н.Петров, А.А.Рудь, В.А.Рева (кафедра и клиника военно-полевой хирургии ВМедА им. С.М.Кирова). **Селективная эмболизация верхней ягодичной артерии при огнестрельном ранении таза.**

Раненый Х., 33 лет, 22.04.2013 г. был доставлен в клинику военно-полевой хирургии спустя 1 ч после сочетанного огнестрельного ранения груди, таза, конечностей из 9-мм пистолета Макарова. На догоспитальном этапе состояние пациента было стабильным. При поступлении в клинику артериальное давление 120/70 мм рт. ст., пульс 78 уд/мин, сознание ясное. Кожный покров обычной окраски. Местно: имеются огнестрельные раны округлой формы диаметром до 1 см в левой половине груди, правой ягодичной области, нижней трети левого плеча и правого бедра. Ранение груди непроникающее, пули при осмотре и рентгенографии не выявлено. Ранение плеча касательное, ранение бедра поверхностное, не проникающее глубже поверхностной фасции, пуль не найдено. В правой ягодичной области две огнестрельные раны с инородными телами (пулями) в области таза и огнестрельным переломом правой подвздошной кости. Имеется напряжённая нарастающая гематома. Пульсация периферических артерий конечностей сохранена. Показатели общего анализа крови в пределах нормы. При компьютерной томографии (КТ) таза, на фоне имеющейся обширной гематомы, визуализированы две пули: одна в проекции передневерхней ости правой подвздошной кости и вторая — в области шейки правой бедренной кости. Ввиду стабильной гемодинамики, признаков повреждения артерий таза, принято решение выполнить ангиографию с возможной эмболизацией, с использованием мобильной С-дуги. В левую бедренную артерию установлен интродьюсер 6F, контралатерально заведён диагностический катетер. При ангиографии выявлена псевдоаневризма верхней ягодичной артерии размером 4,0×3,0 см. Установлен диагноз (по ранению таза):

огнестрельное множественное ранение таза. Слепые (2) ранения правой ягодичной области с огнестрельным переломом правой подвздошной кости, повреждением правой верхней ягодичной артерии и формированием пульсирующей гематомы. Инородные тела (пули) правой ягодичной области. Острая кровопотеря. Через диагностический катетер, заведённый под основание псевдоаневризмы, выполнено селективное введение пяти спиралей, предварительно приготовленных из обмотки диагностического проводника. Дополнительно введена измельчённая гемостатическая губка. Выполнен туалет огнестрельных ран. Послеоперационный период протекал без осложнений, гематома регрессировала. На 7-е и 15-е сутки последовательно выполнено удаление двух пуль из ягодичной области. Выписан на 22-е сутки. При контрольной КТ-ангиографии таза, спустя 4 мес после ранения, определяется обтурация верхней ягодичной артерии спиралью с сохранением кровотока по другим ветвям внутренней подвздошной артерии. Жалоб не предъявляет.

Ответы на вопросы. Больной жалоб не предъявляет, ощущает небольшие боли при ходьбе, занимается в тренажёрном зале. Сексуальная функция сохранена. Эндовазальные методики возможны для применения в травмоцентрах. При сдавлении седалищного нерва и нестабильной гемодинамике такое вмешательство может быть недостаточным. Стреляли с расстояния 3–5 м, шока не было. Повреждения внутренних органов исключены катетеризацией мочевого пузыря, пальцевым исследованием прямой кишки.

Прения

Б.Н.Котив. Следует напомнить, что в Санкт-Петербурге проведена конференция интервенционной рентгенологии, на которой были широко представлены её возможности.

И.М.Самохвалов. Односторонняя или двусторонняя перевязка внутренних подвздошных артерий нарушает функции тазовых органов. Методики, подобные представленной, предупреждают развитие этих нарушений. Шок не является противопоказанием к этой методике, но при множественных повреждениях сосудов возможности метода ограничиваются. Расмуссен (США) в Ираке применял подобные вмешательства при ранениях подмышечных и других сосудов.

О.Н.Эргашев (председатель). Треть докладов на конференции в Москве о ранениях таза была посвящена повреждениям сосудов. Об эндоваскулярных вмешательствах особенно много докладывали иностранные участники.

ДОКЛАД

А.Ф.Романчишен, К.В.Вабалайте (кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии и ВПХ, ГОУ ВПО Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии). **Российские новации в XIX — начале XX вв. и их реализация в настоящее время в тиреоидной хирургии.**

В отечественной научной литературе до настоящего времени не изучено влияние российских учёных на становление и развитие тиреоидной хирургии в нашей стране и за рубежом в XIX и начале XX вв. Между тем, Н.И.Пирогов в возрасте 20 лет, во время письменного экзамена на степень доктора медицины впервые изложил основные моменты экстирпации щитовидной железы (ЩЖ). В мае 1847 г. он во Владикавказе, первым в мире, выполнил резекцию ЩЖ под общим обезболиванием (меньше, чем через 1 год после начала клинического использования эфира J. Warren). Подоб-

ные операции им выполнялись в 1852–1853 гг. с наложением 30–40 лигатур. В тот же период (май 1847 г.) под общим обезболиванием начали оперировать И.В.Буяльский в Санкт-Петербурге, Ф.И.Иноземцев — в Москве. В 1904 г. доктором Н.Ф.Лежнёвым была защищена первая в России диссертация по зубу. В ней отмечено, что с 1893 г. в клинике А.А.Боброва в МГУ было выполнено 106 операций на ЩЖ под визуальным контролем возвратных нервов. F.G.Lahey опубликовал результаты применения такой методики лишь в 1938 г. Ученик той же кафедры проф. С.П.Фёдоров, возглавивший кафедру факультетской хирургии ВМА, изучал структуру крови у тиреоидных больных, эктопический зоб, первым выполнил аллотрансплантацию тиреоидной ткани в 1920 г. В его клинике в 20-е годы хирургические вмешательства на ЩЖ составляли 10–20% от общего числа операций. В 1914 г. W.Мауо посетил кафедры профессоров Мартынова, Фёдорова, Отта, Турнера, Цейдлера, Вредена и дал высокую оценку состояния российской хирургии. Изучение фотографии, отражающей это событие, выяснение имён докторов, изображённых на ней, позволило познакомиться с теми, кто уже был или стал позже хирургической элитой России. Два ученика проф. И.Ф.Моера в Дерптском университете — Н.И.Пирогов и Ф.И.Иноземцев — создали условия для развития тиреоидной хирургии в России. Ученики Ф.И.Иноземцева — Н.В.Склифосовский, С.П.Фёдоров, А.А.Бобров, Н.Ф.Лежнёв, Г.Ф.Цейдлер оказали влияние на формирование Е.С.Драчинской как тиреоидного хирурга в Ленинграде. С другой стороны — учителем Е.С.Драчинской был ученик С.П.Фёдорова — выпускник ВМА В.А.Шаак. Кафедрами общей и госпитальной хирургии Ленинградского педиатрического медицинского института заведовали профессор В.И.Корхов и И.Д.Аникин — ученики С.П.Фёдорова. На этих кафедрах несколько позже работал Л.Н.Камардин, ученик Е.С.Драчинской и последователь В.И.Корхова и И.Д.Аникина. Результатом стала организация Санкт-Петербургского центра эндокринной

хирургии и онкологии. Для демонстрации изменений в тиреоидной хирургии на протяжении последних двух столетий нами представлен анализ результатов хирургического лечения 61 869 больных, оперированных в различных клиниках России в период с 1807 по 2011 г. Частота специфических (повреждение возвратного гортанного нерва, гипопаратиреоз и тиреотоксический криз) и неспецифических (кровотечение и раневая инфекция) осложнений, летальность значительно снизились, что стало убедительным доказательством прогрессирования российской тиреоидологии синхронно и, с недавнего времени, совместно с интернациональной.

Хронологический перечень славных имён выдающихся учителей отчётливо показывает основополагающую роль профессоров МГУ, реализованную через их учеников и кафедру факультетской хирургии ВМА, на становление и прогрессирование школы эндокринных тиреоидных хирургов Санкт-Петербурга в целом и Санкт-Петербургского центра эндокринной хирургии и онкологии, в частности.

Ответы на вопросы. Эндовидеохирургические доступы иногда сопровождаются грубыми рубцами.

Прения

А. Ф.Романчишен. С 2010 г. мы опубликовали 23 сообщения о роли российских хирургов. Защиты диссертаций на эту тему редки. За рубежом не знают о русской хирургии. W.Мауо был изумлён тем уровнем хирургии, который был в клинике С.П.Фёдорова. Россия была в тени 100 лет — так написали в журнале «World Journal of Surgery». Ученик А.А.Боброва Н.Ф.Лежнёв объехал всю Россию и написал отчёт о 106 операциях в клинике С.П.Фёдорова и более чем 500 — в России. С.П.Фёдоров настаивал на сохранении нервов и проведении ларингоскопии до операции, что является в настоящее время правилом.

О.Н.Эргашев (председатель). Сегодняшний доклад — лишь часть книги, выпущенной авторами.

Поступил в редакцию 03.12.2013 г.