

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

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

2424-е заседание 12.02.2014 г.

Председатели — К.В.Павелец, Г.М.Манихас

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *Д.В.Гладышев, С.А.Коваленко, М.Е.Моисеев, С.С.Гнедаш, А.О.Эфендиев, Е.И.Сулименко* (СПбГБУЗ Городская больница № 40). **Лапароскопическая внутрибрюшная резекция прямой кишки по поводу рака ректосигмоидного отдела, осложнённого острой обтурационной толстокишечной непроходимостью, после предварительной декомпрессии толстой кишки методом эндоскопического стентирования.**

Больная Ч., 57 лет, поступила в СПбГБУЗ ГБ № 40 в экстренном порядке 11.03.2013 г. на 1-е сутки от начала заболевания с клиникой острой кишечной непроходимости. Диагноз подтверждён рентгенологически. Ранее оперативных вмешательств пациентке не выполнялось. С целью уточнения диагноза после подготовки толстой кишки очистительными клизмами выполнена экстренная фиброколоноскопия, при которой выявлена стенозирующая опухоль ректосигмоидного отдела прямой кишки. Произведена биопсия. По проводнику через 2 мм просвет в центре опухоли установлен саморасправляющийся покрытый нитиноловый стент фирмы «M.I.Tech» длиной 110 мм. Произведена декомпрессия толстой кишки. Пациентка дообследована в объёме КТ груди, живота, МРТ таза, фиброгастроуденоскопии. Получено морфологическое заключение о биопсийном материале — высокодифференцированная аденокарцинома. После предоперационной подготовки, деконтаминации и окончательной разгрузки толстой кишки через 1 мес после стентирования пациентке выполнена лапароскопическая внутрибрюшная резекция прямой кишки с формированием первичного сигморектоанастомоза «конец в конец» при помощи циркулярного сшивающего аппарата. Препарат удалён через минилапаротомный разрез над лоном. Течение послеоперационного периода неосложнённое. Активизация пациентки, отхождение газов и стула отмечено на 2-е сутки. Больная выписана на 7-е сутки после операции.

Ответы на вопросы. У больной отмечалась склонность к запорам в течение многих лет. В 1990 г. был удалён полип из ободочной кишки. После этого родила двух детей. Метастазы были в 9 из 16 исследованных лимфатических узлов. Больная консультирована в одном из городских онкоучреж-

дений. Адювантная терапия не рекомендована. Стент стоит около 40 тыс.руб. по федеральной квоте. Миграция стента возможна проксимальнее или дистальнее сужения, особенно во время декомпрессии. Он может не раскрыться. Такие осложнения были у 3 человек из 15. Операция после стентирования может быть произведена минимум через 2 нед.

Прения

А.В.Кочетков. У больной не созданы условия полноценного лечения. Стентирование возможно лишь в 40%. Нельзя ограничиваться только одним методом реканализации опухолей — стентированием. Есть и другие.

Г.М.Манихас (председатель). Результат отличный. Больная вернулась к физической работе. Необходимо формулировать показания к установке дорогостоящих стентов. Не нужно держать больного в стационаре 2–3 нед. Лечение больной не закончено. Ей показана адъювантная терапия после иммуногистохимического исследования препарата.

К.В.Павелец (председатель). Использован современный подход. Больная избежала формирования колостомы, качество её жизни улучшилось.

2. *М.Ю.Кабанов, И.А.Соловьев, И.П.Костюк, А.Б.Лычев, С.В.Амбарцумян, М.В.Васильченко, К.В.Семенов, А.Н.Русакевич, Д.К.Савченков* (кафедра военно-морской хирургии ВМедА им. С.М.Кирова). **Современные возможности лечения метастатического первично-множественного рака (рак яичников и аденокарцинома прямой кишки).**

Пациентка И., 1955 г. рождения, впервые поступила в клинику ВМХ 31.01.2013 г. В анамнезе больной комбинированное лечение папиллярной цистаденокарциномы яичников низкой степени дифференцировки ТЗсN0M0: 07.06.2004 г. — экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника; 6 курсов полихимиотерапии по схеме CAP. 28.01.2005 г. оперирована по поводу рецидива опухоли в малом тазу. Проведено 6 курсов полихимиотерапии (ПХТ) по схеме TP. В 2009 г. выявлен метастаз в правую долю печени. 17.06.2010 г. в СПбНИИ СП им. И.И.Джанелидзе выполнена фенестрация, дренирование кисты печени. По данным морфологического исследования: кистовидное образование печени с фиброзными стенками. Выстилка на большем протяжении отсутствует, имеются очаговые папиллярные разрастания недифференцированного эпителия, единичные скантомные тельца, что не даёт исключить метастатическую приро-

ду. Цитологическое исследование: в препаратах клеточный детрит, эпителиальные клетки отсутствуют. Фиброколоноскопия от 10.06.2010 г. — органических изменений толстой кишки не выявлено. 08.02.2011 г. по поводу распада метастаза печени с формированием абсцесса в клинике ВМГХ ВМедА выполнена атипичная резекция VI–VII сегментов печени. Послеоперационный период осложнился развитием желчного затёка в поддиафрагмальное пространство, подкожной эвентрацией петли тонкой кишки, некротическим целлюлитом. 15.02.2011 г. — релапаротомия, вскрытие, санация и дренирование гематомы, иссечение некротических тканей передней брюшной стенки, устранение эвентрации. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии 05.03.2011 г. В апреле 2013 г. выполнено удаление метастазов передней брюшной стенки, подмышечного лимфатического узла справа. В мае 2013 г. диагностирована аденокарцинома прямой кишки с распространением на шейку матки и мочевого пузыря. 28.05.2013 г. выполнена передняя экстралеваторная эвисцерация: передняя аппаратная резекция прямой кишки, экстирпация шейки матки, субтотальная резекция влагалища, экстирпация мочевого пузыря, деривация мочи по Брикеру. На 8-е сутки послеоперационного периода развилась несостоятельность ректосигмоанастомоза, проводилось консервативное лечение. 17.06.2013 г. выявлена частичная подкожная эвентрация. Операция: устранение эвентрации, некрэктомия, формирование двустольной колостомы. Развилось нагноение лапаротомной раны. Заживление вторичным натяжением, наложены вторичные швы. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома толстой кишки, бляшковидная форма. Опухоль прорастает все слои стенки кишки с инвазией в стенку мочевого пузыря и шейку матки. Метастазов в прилежащих лимфатических узлах не выявлено. 14.10.2013 г. выполнено устранение толстокишечного свища. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение онколога по месту жительства на 15-е сутки. Больная наблюдается до настоящего времени. Данных за прогрессирование заболевания не выявлено.

Ответы на вопросы. Больная живёт в Санкт-Петербурге с 2009 г., наблюдается на кафедре военно-морской хирургии ВМА. Превентивную колостому рекомендуем при низких анастомозах, неадекватной подготовке больных.

Прения

Л.В.Поташов. Необходимо соблюдать форму работы общества. Доклад длится до 20 мин, демонстрация — до 7. В ответах докладчика не нужно благодарить за заданный вопрос.

К.Н.Мовчан. Эта больная должна наблюдаться в одном лечебном учреждении. В демонстрации видно затруднение во взаимодействии врачей. Не отработана маршрутизация больных. Требуют ответа вопросы, должен ли быть онколог в штате хирургического стационара и каковы должны быть его взаимоотношения с другими специалистами. Обе представленные демонстрации честные, жизненные.

К.В.Павелец (председатель). 10 лет борьбы за жизнь больной может служить руководством к действию.

ДОКЛАД

А.В.Павловский, Д.А.Гранов, А.А.Поликарпов, С.А.Попов, А.В.Козлов, С.В.Шаповал, А.С.Гуло (ФГБУ РНЦРХТ МЗ СР, Санкт-Петербург). **Отдалённые**

результаты периперационной внутриартериальной химиотерапии протоковой аденокарциномы головки поджелудочной железы.

Цель доклада — проанализировать эффективность современного комбинированного противоопухолевого лечения больных с аденокарциномой головки поджелудочной железы (ПЖ) на примере 1–3–5-летней выживаемости.

Хирургия рака ПЖ достигла предела технических возможностей, однако отдалённые результаты лечения остаются неудовлетворительными. Причинами являются поздняя диагностика болезни, низкая резектабельность, связанная с местной распространённостью опухоли и отдалёнными метастазами за счёт лимфогенной, гематогенной, имплантационной диссеминации, периневральной инвазии. Преимуществами периперационной противоопухолевой терапии являются: уменьшение риска диссеминации опухоли во время операции, возможность повышения числа радикально оперированных больных, увеличение безрецидивного периода и улучшение отдалённых результатов лечения в целом. Комбинированное лечение в ФГУ РНЦ РХТ (2000–2010 гг.) оказано 51 больному. Оно включало в себя: I этап — неоадьювантная в/а химиоэмболизация; II этап — радикальное хирургическое лечение — гемипанкреатодуоденальная резекция (ГПДР); III этап — адьювантная внутриартериальная химиотерапия. Непосредственные результаты хирургического лечения статистически практически не отличались от контрольной группы, где проведено только хирургическое лечение (n=55). Отдалённые результаты достоверно отличались в исследуемой и контрольной группах. Основная группа: средняя продолжительность жизни (СПЖ)=(22,3±2,1) мес; 1-летняя выживаемость — 80,4%, 2-летняя — 58,8%, 3-летняя — 43,1%. Контрольная группа: СПЖ=(8,4±2,1) мес; 1-летняя выживаемость — 20,4%, 2-летняя — 11,1%, 3-летняя — 9,3%. Заключение: комбинированное лечение с применением периперационной внутриартериальной химиотерапии позволяет улучшить отдалённые результаты лечения больных с протоковой аденокарциномой ПЖ.

Ответы на вопросы. Чувствительность к гемцитабину — у 30% больных. Регионарная химиотерапия — эффективный метод профилактики метастазирования в печень, но он не позволяет избежать лимфогенного метастазирования, развития карциноматоза брюшины. Не всегда надо чрезмерно расширять объём операции. Удаление кривовидного отростка приводит к тяжёлой гипермоторной диарее, что для больного тяжелее, чем местный рецидив. Тяжело переносятся тотальная панкреатэктомия — развиваются тяжёлый сахарный диабет, который трудно корригировать, полинейропатии. Поэтому лучше оставить какую-то часть железы. Критерии N и M не сопровождаются различиями в длительности жизни. Главный показатель — T. Химиоэмболизация печени не равноценна химиоэмболизации ПЖ — опухоль гиповаскулярна. Считаем целесообразной дооперационную лучевую или химиотерапию. Дискутабельны противопоказания к ГПДР в виде диссеминации опухоли или инвазии артерий. Инвазия вены — не противопоказание к радикальному вмешательству.

Прения

М.Д.Ханевич. Главная задача вмешательства — предупредить рецидив заболевания. Мы пользуемся криодиссекцией. Стадирование опухолей должно совершенствоваться. Протоковый рак остаётся трудной проблемой.

Н.Ю.Коханенко. Мы льстим себя надеждой на выздоровление, а 5 лет живут менее 10% больных. У 40% больных уже есть отдалённые метастазы даже при опухолях малых размеров. Со скальпелем за метастазами не угнаться. Криохирургия выдвинута на госпремию. Первые результаты применения гемзара показали его эффект у 30–40% больных. Пока не чувствуется эффект от фотодинамической терапии. ПДР возможна у 10–20% больных, остальные — нуждаются в дополнительном лечении, которое должно быть эффективным. Локально прогрессирующую опухоль нужно удалять.

К.В.Павелец (председатель). Технические вопросы ПДР решены. Пути дальнейшего решения проблемы находятся в других областях онкологии.

Поступил в редакцию 04.07.2014 г.

2425-е заседание 26.02.2014 г.

Председатель — Б.Н.Котив

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. К.В.Павелец, О.Г.Вавилова, П.С.Фёдорова, Д.С.Русанов (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова СПбГПМУ и Мариинская больница). **Лечение спонтанного разрыва пищевода (синдрома Бургавэ) 4-суточной давности.**

Больной Е., 42 года, поступил в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы 18 января 2013 г. на 4-е сутки заболевания с жалобами на боли за грудиной и в верхних отделах живота, одышку, слабость. При рентгенографии пищевода выявлен дефект в нижней трети, через который контраст попадает в левую плевральную полость. Оперирован в экстренном порядке. Из левостороннего абдоминального доступа в седьмом межреберье произведена операция — ушивание дефекта нижней трети пищевода. Санация и дренирование левой плевральной полости. Дренирование сальниковой сумки. Послеоперационный диагноз: синдром Бургавэ от 14.01.2013 г. Осложнения: медиастинит, левосторонний пиопневмоторакс, сепсис. Эмпиема плевры слева. Фоновое заболевание: острый панкреатит (отёчная форма). После операции больной помещён в реанимационное отделение (ОРИТ). На 4-е сутки послеоперационного периода выполнена нижняя трахеостомия. На 8-е сутки состояние больного — с отрицательной динамикой, ближе к крайне тяжёлому. В экстренном порядке 26.01.2013 г. произведены релaparоторакотомия, некрэктомия, ушивание дефекта диафрагмы. Послеоперационный диагноз: подкожная эвентрация абдоминальной раны с частичным расплавлением диафрагмы и несостоятельностью швов рёберной дуги и диафрагмы от 26.01.2013 г. Со 2-х суток на искусственной вентиляции лёгких, состояние тяжёлое, стабильное. На 16-е сутки трахеостомическая трубка удалена. На 17-е сутки переведён из ОРИТ. Ежедневно по дренажу отделялось до 40 мл гнойного содержимого. На кожную рану 06.03.2013 г. наложены вторичные швы, сформирована проточно-промывная система в области отграниченного пиоторакса. Торакоабдоминальная рана зажила. При рентгенографии пищевода затёка контраста не выявлено. Выписан в удовлетворительном состоянии 11.04.2013 г. Дренаж полости отграниченного пиоторакса удалён амбулаторно 30.04.2013 г.

Ответы на вопросы. Болезнь началась с появления острой боли за грудиной после рвоты пищей. Инвалид II группы. Туберкулёзом не болел. За помощью обратился сразу. Дренирование произведено в 1-е сутки в другом лечебном учреждении. Оперативный доступ был выбран осознанно для осмотра пищевода и желудка. Отмечена крепитация медиастинальной плевры. Наложены два ряда швов, прикрытые дном желудка. ФГС до операции не производилась. Флора была чувствительна только к колистину. До операции питался через рот. Питание производилось через зонд в течение 2 нед. Упоминаний о выздоровлении больных после 4-суточного разрыва пищевода в литературе обнаружить не удалось.

Прения

В.К.Кулагин. Редкое заболевание — редко диагностируется. Характерна триада Мак-Ларрена — рвота, крепитация на шее, боль в грудной клетке. Больные поступают в кардиологические отделения «под флагом» острого инфаркта миокарда. Доступ выбран сложный. Задержка операции могла быть обусловлена диагнозом острого панкреатита (в эти сроки он стерильный). Медиастинит требует широкого раскрытия. Описан торакоскопический шов разрыва.

О.Н.Эргашев. Существует тактика установки стента и дренирования плевральной полости. Говорить о шоке не совсем корректно.

К.В.Павелец. При подозрении на разрыв пищевода нельзя давать барий. В плевральной полости была почти вся пища, принятая больным за это время. Вряд ли здесь можно было обойтись стентированием или клипированием. Разрыв пищевода нужно зашивать всегда, но двухрядным швом — слизистую и мышечную оболочки отдельно.

Б.Н.Котив (председатель). Здесь имела место поздняя диагностика. Доступ авторы обосновали, но течение болезни не оправдало этот выбор. Оправдана пластика швов желудком или сальником.

2. И.П.Костюк, Л.А.Васильев, А.В.Карпенко, Р.Р.Сивагатулин, С.С.Крестьянинов (кафедра урологии ВМедА им. С.М.Кирова, Ленинградский областной онкологический диспансер). **Мультидисциплинарный подход в лечении метастатического рака почки.**

Пациент О., 58 лет, житель Ленинградской области, в марте 2013 г. поступил в районную больницу г.Приозерска по поводу носового кровотечения. В контрольных анализах крови гемоглобин 71 г/л. После тампонады полости носа пациент переведён в клинику ЛОП-болезней Военно-медицинской академии. После удаления тампонов пациенту выполнена риноскопия, в ходе которой визуализировано объёмное образование, занимающее всю правую половину. Выполнена щипковая биопсия. Послеоперационный период осложнился рецидивным кровотечением. На фоне консервативной терапии и рыхлой тампонады полости носа последнее купировано. По результатам гистологического заключения, которое было получено через 7 дней после процедуры, был установлен диагноз метастаза светлоклеточного рака почечного генеза. Для консультации приглашён онкоуролог. Назначено дообследование: компьютерная томография (КТ) головы, груди, живота, таза. По результатам обследования обнаружена опухоль правой почки размером 6,2×5,6×5,1 см, накапливающая контрастное вещество на +28 ед. HU, вторичное поражение мягких тканей полости носа, носовых пазух. 15.04.2013 г. пациент поступил в клинику урологии

ВМедА для планового оперативного лечения. 17.04.2013 г. выполнена лапароскопическая циторедуктивная нефрадреналэктомия справа. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан на 6-е сутки. Согласно последним рекомендациям, пациенту через 28 дней назначена таргетная терапия препаратами «Бевацизумаб» и «Роферон». После первого цикла лечения при контрольной КТ головы, груди, живота, таза отмечен частичный ответ на лечение. Принято решение о проведении второго цикла таргетной терапии. После контрольной КТ головы, груди, живота, таза доказана стабилизация заболевания. Далее пациент был проконсультирован специалистом по опухолям головы и шеи. Пациент был госпитализирован в онкодиспансер, где после дообследования была выполнена латеральная ринотомия по Муру, удаление метастаза из полости носа. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациент выписан на 8-е сутки. При контрольном обследовании через 3 мес после операции признаков прогрессии заболевания не выявлено. Ещё через 3 мес также диагностирована ремиссия заболевания, при этом пациент не получает никакого специфического лечения.

Ответы на вопросы. Позитронно-эмиссионная томография не производилась. Лечение проводилось бесплатно — по ОМС и квоте.

Прения

К.Н.Мовчан. Больной из другого региона лечился бесплатно. Ему помогли мультидисциплинарный подход и современные технологии.

Б.Н.Котив (председатель). Об успешности лечения говорить ещё рано, но надо благодарить докладчиков за те усилия, которые они приложили для продления жизни больного.

ДОКЛАД

А.А.Кашинцев, Н.Ю.Коханенко, Е.Н.Имянитов, К.В.Павелец, А.Г.Иевлева, Н.М.Волков, Е.Н.Суспицин, Р.В.Фадеев, М.С.Диникин, К.Г.Шостка, Р.Г.Аванесян (кафедры факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова, общей хирургии и медицинской генетики СПбГПМУ; лаборатория молекулярной диагностики НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова; ГБУЗ Городской онкологический диспансер; ЛДЦ МИБС ГБУЗ Ленинградского областного онкологического диспансера). **Значение молекулярно-генетических методов в диагностике и лечении рака поджелудочной железы.**

Целью исследования являлось определение значения молекулярно-генетических методов в диагностике и лечении рака поджелудочной железы (РПЖ).

РПЖ занимает 8-е место по частоте в структуре онкологической заболеваемости в Российской Федерации. С 2009 по 2012 г. были обследованы 257 больных со злокачественными образованиями поджелудочной железы. Выполнялась оценка клинической картины, динамики уровня СА 19-9, чувствительности инструментальных методов [ультразвуковое исследование (УЗИ), эндоУЗИ, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), магнитно-резонансная томография (МРТ)], результатов хирургического и химиотерапевтического лечения. У 150 пациентов осуществлён анализ мутации BRCA1 538insC, у 22 — BRCA2 6174delT, а у 8 больных была установлена полная кодирующая последовательность генов BRCA2 и PALB2 для выявления семейной формы РПЖ. Последним этапом в исследовании

стала попытка создать на основании уровня экспрессии РНК генов, характерных для опухолей различных локализаций (KRAS, PSCA, CDX2, CDH17, F5, LIPF, UGRP, UPK2, TG, LPB, SPB), диагностическую панель с целью выявления РПЖ среди карцином с неизвестной первичной локализацией. При оценке чувствительности инструментальных методов было установлено, что наиболее информативными были: эндоУЗИ — 92,4%, МРТ — 92,7%, МСКТ с контрастированием — 91,8%. Увеличение СА 19-9 отмечалось в 71,7% наблюдений, при этом была получена статистически значимая корреляция между уровнем карбогидратного антигена, размером опухоли и её гистологическим типом, стадией заболевания и результатами лечения. Были выявлены больные — носители мутации в генах BRCA. При назначении специфической химиотерапии получены обнадеживающие результаты. При оценке экспрессии РНК было получено, что чаще всего определялась экспрессия KRAS (68,4%), CDH17 (60,0%), PSCA (55,6%) и CDX2 (40,0%). При использовании данной панели достигается чувствительность выявления рака поджелудочной железы 61,3% среди карцином с неизвестной первичной локализацией.

Таким образом, можно сделать вывод, что применение молекулярно-генетических методов позволит улучшить диагностику первичного образования, когда инструментальные методы неэффективны, а также подобрать специфическую схему химиотерапии.

Ответы на вопросы. Единой прогностической модели ранней диагностики рака нет. У родственников были различные локализации рака. Дифференциальная диагностика рака и хронического панкреатита целью не ставилась.

Прения

Б.Н.Котив (председатель). Представлено новое направление диагностики рака поджелудочной железы, основанное на достижениях генетики и молекулярной биологии и дающее возможность выбрать наиболее эффективное лечение.

Поступил в редакцию 04.07.2014 г.

2426-е заседание 12.03.2014 г.

Председатель — М.Ю.Кабанов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. Е.А.Фёдоров, Л.М.Краснов, В.А.Семенов, С.Л.Непомнящая, А.К.Ушкац, О.В.Кулешов, В.Ф.Русakov, С.Л.Воробьёв, И.В.Саблин (Санкт-Петербургский клинический комплекс ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова» Минздрава России). **Хирургическое лечение больной с осложнённым течением синдрома Иценко—Кушинга.**

Цель демонстраций — показать возможности и преимущества ретроперитонеоскопической адреналэктомии в положении на животе, благодаря чему удаётся избежать травматичной операции у пациенток с осложнённым течением синдрома Иценко—Кушинга и феохромоцитомой.

Пациентка К., 45 лет, госпитализирована в отделение эндокринной хирургии СПКК НМХЦ им. Н.И.Пирогова 24.02.2012 г. с диагнозом «синдром Иценко—Кушинга. Кортикостерома левого надпочечника. Множественные патологические компрессионные переломы тел позвонков».

Считает себя больной с 2009 г., когда без видимой причины развились резкие острые боли в поясничной области, диагностирован компрессионно-оскольчатый перелом тела S_1 , перелом Th_{VIII} . В 2011 г. диагностирован низкоэнергетический перелом верхней трети правой плечевой кости. На основании изменения внешнего вида (грубая кифосколиотическая деформация грудного отдела позвоночника), прогрессирующего остеопороза 19.12.2011 г. была госпитализирована для обследования в отделение эндокринной хирургии СПКК НМХЦ им. Н.И.Пирогова. При обследовании выявлено подавление АКТГ до 0,35 пгмоль/л, кортизол крови 1034 нмоль/л. При компьютерной томограмме (КТ) от 18.08.2011 г. выявлены распространённые дегенеративно-дистрофические изменения грудного, пояснично-крестцового отделов позвоночника, компрессионные переломы тел Th_{V-IX} , L_{IV} -позвонков, консолидированный компрессионно-оскольчатый перелом S_1 -позвонка, консолидированный перелом тела грудины. При КТ брюшной полости от 18.08.2011 г. визуализировалось образование левого надпочечника $29 \times 27 \times 26$ мм. С учётом гиперкортизолемии в качестве предоперационной подготовки назначен низорал 0,2 г 2 раза в день. Из-за прогрессирования почечной недостаточности на фоне приёма низорала и явлений остеопороза, а также связанных с ними неврологических нарушений, больной было показано оперативное лечение по жизненным показаниям в объёме забрюшинной адреналэктомии. 28.02.2012 г. пациентке выполнена забрюшинная адреналэктомия слева в положении лёжа на животе. Течение послеоперационного периода гладкое, без осложнений. 07.03.2012 г. пациентка выписана под амбулаторное наблюдение хирурга и эндокринолога. В настоящее время функция правого надпочечника не изменена, отмечается положительная динамика денситометрических показателей позвоночника.

Ответы на вопросы. Больная работает медсестрой в одном из лечебных учреждений города.

2. *Е.А.Фёдоров, Л.М.Краснов, В.А.Семенов, С.Л.Непомнящая, А.К.Ушкац, О.В.Кулешов, В.Ф.Русаков, С.Л.Воробьёв, И.В.Саблин* (Санкт-Петербургский клинический комплекс ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова» Минздрава России). **Хирургическое лечение больной с феохромоцитомой левого надпочечника.**

Пациентка Ф., 21 год, госпитализирована в отделение эндокринной хирургии СПКК НМХЦ им. Н.И.Пирогова 14.05.2013 г. с диагнозом «Феохромоцитома левого надпочечника. Симптоматическая артериальная гипертензия III степени, кризовое течение». Жалобы на выраженную общую слабость, постоянное сердцебиение, повышение АД до 240/150 мм рт. ст. при незначительной физической нагрузке, изменении положения тела, частое безболезненное мочеиспускание. Считает себя больной с 04.2012 г., когда впервые стала отмечать повышение артериального давления. 03.04.2013 г. в тяжёлом состоянии на фоне криза артериальной гипертензии и острой сердечной недостаточности поступила в одну из больниц нашего города. Реанимационные мероприятия были успешными. Однако при расширении двигательного режима 17.04.2013 г. состояние пациентки резко ухудшилось, регистрировалась фибрилляция желудочков, трижды в течение суток зафиксирована клиническая смерть. Реанимационные мероприятия вновь оказались успешными. В дальнейшем наблюдались неоднократные эпизоды подъёма АД до 240/120 мм рт. ст., тахикардии до 170 в 1 мин. При КТ

выявлено образование левого надпочечника $49 \times 46 \times 38$ мм. Гормональные исследования показали повышение экскреции метанефрина (459,3 мкг/с при норме до 60) и норметанефрина (1787 мкг/с при норме до 120). Пациентка в срочном порядке госпитализирована в отделение эндокринной хирургии СПКК НМХЦ им. Н.И.Пирогова. Стабилизация гемодинамики и предоперационная подготовка проводились в течение 2 нед в условиях ОРИТ. Однако, несмотря на стабилизацию артериального давления, фракция выброса оставалась низкой. Успех традиционного оперативного вмешательства и даже лапароскопического доступа был крайне сомнителен. 28.05.2013 г. пациентке была выполнена забрюшинная адреналэктомия слева в положении лёжа на животе. Течение послеоперационного периода гладкое, без осложнений. Больная выписана под амбулаторное наблюдение эндокринолога, хирурга, кардиолога. В феврале 2014 г. пациентка обследована в отделении эндокринной хирургии нашего центра, признаков нарушения центральной и периферической гемодинамики не выявлено, функция правого надпочечника сохранена, признаков рецидива феохромоцитомы нет.

Ответы на вопросы. Длительность операции 55 мин. АД 100/60 мм рт. ст., больная контролирует его 2–3 раза в день. Центральную вену надпочечника перевязываем как можно раньше. Работает один хирург, без ассистента. Колебания АД во время операции бывают, у больной повышалось до 200 мм рт. ст., но их контролируют и предупреждают анестезиологи. После перевязки вены подключается введение допамина. При ретропневмоперитонеуме газ вводят под фасцию Герота.

Прения

М.Ю.Кабанов (председатель). Центр эндокринной хирургии города представил два успешных наблюдения при менения нового доступа.

ДОКЛАД

А.Л.Андреев, А.Б.Морозов, С.Г.Чуйко (ООО «АВА-ПЕТЕР», клиника «Скандинавия»). **Лапароскопические антирефлюксные операции на оперированном желудке.**

До последнего времени считалось, что перенесенные операции на желудке являются противопоказанием для лапароскопических антирефлюксных операций. Однако в настоящее время в связи с развитием лапароскопической аппаратуры и инструментария, улучшения качества визуализации и совершенствования техники проведения лапароскопических операций появилась возможность выполнения антирефлюксных операций на оперированном желудке. С 2008 по 2012 г. авторы обладают опытом выполнения лапароскопических антирефлюксных вмешательств у 7 пациентов в возрасте от 32 до 50 лет, которым ранее производились операции на желудке. Первичные операции осуществлялись в других лечебных учреждениях. В одном наблюдении была традиционная резекция желудка по Бильрот-I, в 6 — лапароскопические (эзофагофундорафия по Дору — 3, бандажирование желудка по поводу ожирения — 2, фундопликация по Ниссену — 1). После операций прошло от 1 до 3 лет. Показаниями к повторным лапароскопическим операциям были: рецидивная скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы после операции по Дору — у 3 пациентов, соскальзывание фундопликационной манжетки после операции Ниссена — «slipped Nissen» — у 1, миграция на пищевод бандажа желудка — у 2, параэзофагеальная грыжа и перекрут культи желудка

после резекции по Бильрот-I — в 1 наблюдении. Кроме того, в 3 наблюдениях отмечалась выраженная дисфагия и в 2 — пищевод Баррета с кишечной метаплазией слизистой оболочки. Всем пациентам были выполнены лапароскопические антирефлюксные операции: рефундопликация по Ниссену — у 2, рефундопликация по Ниссену—Черноусову — у 2, удаление бандажа желудка и фундопликация по Ниссену — у 2, рефундопликация по Тупе — у 1. Конверсий не было. В 1 наблюдении были выполнены релапароскопия и остановка кровотечения из селезенки. Двум пациентам с пищеводом Баррета антирефлюксная операция была дополнена эндоскопической аргоно-плазменной деструкцией и резекцией измененной слизистой оболочки. При контрольных обследованиях от 3 мес до 3 лет отмечен хороший результат лапароскопических операций. Лапароскопическая хирургия диафрагмальных грыж по сравнению с традиционной операцией имеет преимущества: меньшая травматичность и болезненность, косметический эффект, значительное сокращение срока временной нетрудоспособности, быстрое восстановление физической активности, меньшее число осложнений. При проведении операции лапароскопическим методом по поводу грыжи пищеводного отверстия диафрагмы необходимо соблюдать принципы, выработанные в традиционной хирургии. Перенесенные операции на желудке не являются противопоказанием для лапароскопических антирефлюксных операций. У пациентов с пищеводом Баррета целесообразно сочетать эндоскопическую деструкцию измененной слизистой оболочки пищевода с лапароскопической антирефлюксной операцией.

Ответы на вопросы. Работаем двумя инструментами. Средний койко-день 3 дня. Степень цилиндроклеточной метаплазии эпителия учитывается. У всех больных была низкая степень. Сетки не используем. Моторику пищевода, кислотность не определяем. Операция по Дору неэффективна, стараемся выполнить фундопликацию по Ниссену. Операцию делаем на следующий день после аргоно-плазменной деструкции слизистой оболочки. Были 2 больных с ожирением — один оперирован в Москве, другой — в Санкт-Петербурге. Больные после операции похудели, что является побочным эффектом антирефлюксной операции. Они быстрее ощущают насыщение. Обычно при морбидном ожирении и рефлюксэзофагите делаем сочетание слив-резекции и антирефлюксной операции. Осложнений аргоно-плазменной коагуляции не наблюдали. Стоимость операции — 75–80 тыс. руб. Один из авторов был в Пекине, где организовано специализированное отделение для лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Процент неудач — 7–8%.

Прения

В.И.Кулагин. История лечения рефлюксной болезни насчитывает около 75 лет. Первое сообщение об операции в Ленинграде сделал М.П.Гвоздев в 1973 г. Лапароскопические вмешательства применяются около 20 лет. За последние 2 года в Санкт-Петербурге выполнены 172 операции. Уже есть сообщения о рецидивах. Нюансы хирургии, представленные авторами, очень важны. Мы отстаём в части проведения конференций по данной проблеме. Лучшее бандажирование — по Ниссену. Рецидивы после операции Дора не так часты, как указывают авторы. Она технически проще.

А.М.Игнашов. Мы оперировали более 100 больных. Неудачи антирефлюксных операций должны строго учитываться. По мере формулирования причин предлагались

и методики. Расширенное пищеводное отверстие — значит надо его сузить. Скользящая грыжа — значит надо подшить желудок к пищеводу и диафрагме. Лучшая методика — по Ниссену. Повторные операции сложнее и опаснее. Опасны повреждения блуждающего нерва и ишемия пищевода. Больных надо тщательно обследовать. Заболевание часто сопровождается компрессией чревного ствола.

В.В.Стрижелецкий. После антирефлюксных операций развивается выраженный спаечный процесс. Наш опыт — 250 операций. Обязательны 3 момента: выделение пищевода, его низведение в брюшную полость, фундопликация. Оперировать чаще больных с осложнениями: кровотечением, выраженным болевым синдромом.

К.В.Павелец. Если нет высокой степени дисплазии — не надо иссекать слизистую оболочку. Оценка моторики пищевода обязательна. Часть рецидивов и неудач связаны с неверным определением высоты нахождения желудка в средостении. Если она более 5 см, нет смысла низводить желудок — надо делать фундопликацию в средостении.

М.Ю.Кабанов (председатель). По глубине обсуждения проблемы считаю заседание полезным.

Поступил в редакцию 04.07.2014 г.

2427-е заседание 26.03.2014 г.

Председатель — Э.Э.Топузов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. К.В.Павелец, О.Г.Вавилова, П.С.Фёдорова, Д.С.Русанов (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова ГБОУ ВПО СПбГПМУ; ГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Вариант хирургического лечения рака пищевода, осложнённого параканкротным абсцессом средостения, у пациента зрелого возраста.**

Цель демонстрации — обсудить тактику лечения и показать вариант хирургического лечения рака пищевода, осложнённого параканкротным абсцессом средостения.

Больной С., 37 лет, поступил в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы 05.12.2013 г. в экстренном порядке из ГИБ № 30 им. С.П.Боткина с жалобами на полную дисфагию, кашель, повышение температуры тела до 39 °С, потерю массы тела до 15 кг. Считает себя больным на протяжении 5 мес, когда отметил появление прогрессирующей дисфагии, потерю массы тела. За 1 мес до госпитализации у пациента появился постоянный кашель, повысилась температура тела до 39 °С. Неоднократно обращался в различные медицинские и специализированные учреждения города. В результате был поставлен диагноз: рак средней трети пищевода с формированием пищеводно-респираторного свища. Дисфагия III–IV степени. Рекомендовано дообследование в стационаре экстренной хирургической помощи. При обследовании [рентгенография грудной клетки, рентгеноскопия пищевода, фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) с биопсией, фибробронхоскопия (ФБС), УЗИ органов брюшной полости, спиральная компьютерная томография (СКТ) груди и живота с последующим 3D-моделированием] выявлен рак средней трети грудного отдела пищевода, осложнённый параканкротным абсцессом размером 6,5×6,1 см. Данных за пищеводно-респираторный свищ не получено. Отдалённых метастазов не выявлено. Патогистологическое заключение

ние: плоскоклеточный рак. Предоперационный диагноз: рак средней трети грудного отдела пищевода, осложнённый параканкротическим абсцессом средостения. Из сопутствующих заболеваний у больного имелся хронический бронхит курильщика (стаж курения 15 лет). 16.12.2013 г. выполнена операция — субтотальная резекция пищевода с одномоментной внутригрудной эзофагогастропластикой и расширенной двухуровневой лимфодиссекцией в объёме D2 с формированием эзофагогастроанастомоза на шее. Правосторонняя переднебоковая торакотомия в пятом межреберье. При ревизии выявлена опухоль средней трети пищевода протяжённостью 10 см. Опухоль прорастает стенку пищевода, врастая в непарную вену, парааортальную клетчатку, интимно связана с мембранозной частью трахеи, правым главным и долевыми бронхами. Пищевод мобилизован над дугой аорты, отступая от видимой границы опухоли не менее 5 см, и пересечён. При мобилизации пищевода с опухолью вскрылся абсцесс средостения: выделено около 200 мл детрита с примесью пищевых масс и бариевой взвеси. Стенками полости абсцесса являлись грудной отдел аорты, медиастинальная плевра противоположной стороны, средняя и нижняя доли правого лёгкого. Выполнен грудной этап лимфодиссекции. Препарат удалён. Верхнесрединная лапаротомия. Отдалённых метастазов нет. Выполнен абдоминальный этап лимфодиссекции и сформирован желудочный трансплантат по принятой в клинике методике. Трансплантат переведён в грудную полость. Сформирован однорядный эзофагогастроанастомоз на шее из левостороннего колярного доступа. К полости абсцесса подведена отдельная ПХВ-трубка. При патогистологическом исследовании выявлены плоскоклеточный рак с ороговением, метастазы в параэзофагеальные торакальные и паракардиальные лимфатические узлы. В краях удалённого препарата опухолевого роста не выявлено. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 29-е сутки после операции на амбулаторное лечение у онколога по месту жительства.

Ответы на вопросы. До операции обращался в различные лечебные учреждения города, где только приёма ждал до 10 дней. Стадия T4N2M0. Объём абсцесса 200 мл. Стенки абсцесса частично ушиты, частично иссечены. На стенках абсцесса опухолевых клеток не обнаружено. После операции появились осиплость голоса, небольшая дисфагия. Употребляет полужидкую пищу, проходимость анастомоза, по данным рентгеновского и эндоскопического исследований, хорошая. За 2 сут по дренажу выделяется 5–10 мл содержимого. Периодически по дренажу выделяется воздух, особенно при покашливании. Лучевая и химиотерапия не рекомендованы.

Прения

В.Г.Пищик. Ситуация вопиющая. Молодой человек получил помощь поздно. Операция проведена отлично. Нежелательно проводить трансплантат через инфицированные ткани, можно было провести его в переднем средостении. Правильно, что анастомоз создан на шее, стенки абсцесса не прошивали и не сделали пневмонэктомии. К лечению можно добавить склерозанты, активную аспирацию. Ферменты не нужны, они растворяют фибрин. Если удастся удалить дренаж, можно возобновить вопрос о химиотерапии.

Э.Э.Топузов (председатель). Клиника имеет опыт хирургии пищевода, и она снова это доказала. Дефицит питания не позволяет применить химио- или лучевую терапию, больной нуждается в помощи нутрициологов.

2. *К.В.Павелец, О.Г.Вавилова, П.С.Фёдорова, Д.С.Русанов* (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова ГБОУ ВПО СПбГПМУ; ГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Вариант хирургического вмешательства при рецидивирующем эхинококкозе печени.**

Цель демонстрации — обсудить диагностику и тактику лечения. Показать необходимость использования антигельминтных препаратов при лечении эхинококкоза.

Больной С., 31 год, поступил в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы 21.11.2012 г. в плановом порядке с жалобами на дискомфорт, периодические ноющие боли, дискомфорт в области правого подреберья, периодическое повышение температуры тела. Считает себя больным с конца 2009 г. 22.10.2009 г. в экстренном порядке госпитализирован в один из стационаров города Санкт-Петербурга с диагнозом «Перитонит». Во время лапароскопии обнаружены явления серозно-фибринозного перитонита в результате разрыва двух кист правой доли печени. Выполнено удаление оболочек кист. Гистологическое исследование кист не выполнялось. Выписан в удовлетворительном состоянии 28.11.2009 г. С 2 до 7 июля 2012 г. находился на лечении в этом же лечебном учреждении по поводу рецидива кист печени. 03.07.2012 г. выполнена лапароскопическая цистэктомия. Гистологическое заключение: «Эхинококковые кисты с множественными дочерними пузырьками». В послеоперационном периоде антигельминтную терапию больной не получал. Через 2,5 мес после второй операции отметил ухудшение самочувствия. Обследовался амбулаторно. По данным СКТ от 26.10.2012 г. в правой доле печени определяются множественные кисты 72×64 мм, 55×33 мм, 36×26 мм, 26×23 мм, с учётом анамнеза, вероятнее всего, эхинококковые. После планового дообследования в Мариинской больнице 26.11.2012 г. больной оперирован с диагнозом «Эхинококкоз правой доли печени». Выполнена верхняя поперечная лапаротомия. При ревизии: имеются кистозные образования, распространяющиеся на V–VIII сегменты печени, в ядри большого сальника имеется плотное образование размером 2×2 см. Выполнена правосторонняя гемипатэктомия с удалением эхинококковой кисты ядри большого сальника. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренаж из брюшной полости удалён на 10-е сутки. Швы сняты на 14-е сутки. Выписан в удовлетворительном состоянии на 16-е сутки. Гистологическое заключение: множественные кисты с множественными некротизированными и жизнеспособными сколексами, в прилежащей ткани печени — очаговая хроническая перифокальная инфильтрация и фиброз. В послеоперационном периоде проводилась антигельминтная терапия альбендазолом. Обследован через полгода, год и полтора года после операции. Данных за рецидив заболевания не получено.

Ответы на вопросы. Больной родился в Санкт-Петербурге, учился в Москве, служил в Североморске, был на Украине. Имел контакты с кошками, дикими животными. Процесс рассматриваем как диссеминацию, а не как рецидив.

Прения

Б.Н.Котив. Операция радикальна. Доступ экономный. На предыдущих этапах лечение нельзя назвать полноценным.

А.К.Ушкац. Человек может заразиться только от собаки. Человек и овца — промежуточные хозяева. Овца ест траву с яйцами эхинококка из фекалий собаки, человек близко общается с собакой. Семейный эхинококкоз — результат

общения с собаками и овцами. В диагностике важно определение эхинококкового антигена.

Э.Э.Топузов (председатель). Больной подлежит наблюдению, лечению с применением альбендазола по рекомендуемой схеме. Будем надеяться на благоприятный исход.

ДОКЛАД

А.М.Гранов, П.Г.Таразов, А.А.Поликарпов, В.В.Боровик, В.Н.Польсолов, Д.А.Гранов (ФГБУ РНЦРХТ МЗ СР, Санкт-Петербург). **Отдалённые результаты интервенционно-радиологических вмешательств в лечении пациентов с нерезектабельным гепатоцеллюлярным и метастазами колоректального рака в печень.**

Цель доклада: обзор современных технологий интервенционной радиологии, применяемых в РНЦРХТ с 1990 по 2012 г. для лечения пациентов (n=900) с гепатоцеллюлярным и метастазами колоректального рака в печень.

Основные методы интервенционной радиологии, применяемые для лечения данной категории больных: 1) химиоинфузия в печеночную артерию (ХИПА) для создания кратковременной высокой концентрации химиопрепарата в опухоли с одновременным снижением системной токсичности; 2) химиоэмболизация печеночных артерий (ХЭПА) с целью получения пролонгированной высокой концентрации химиопрепарата и эффекта ишемии опухоли; 3) химиоэмболизация воротной вены (ХЭВВ) для усиления противоопухолевого эффекта от ХЭПА; 4) радиоэмболизация: внутритуморозная лучевая терапия Y-90; 5) радиочастотная абляция и локальная деструкция опухоли. Лечение гепатоцеллюлярного рака (ГЦР). Стадии заболевания, согласно Барселонской классификации (BCLC): АI–AIV — у 17 (44%); В — у 10 (26%); С — у 12 (30%). Методы лечения: 1) ХИПА — средняя продолжительность жизни (СПЖ) — 9 мес; 2) механическая ХЭПА (МХЭПА) — СПЖ 20,2 мес, 3-летняя выживаемость (ВЖ) — 30%; 3) МХЭПА+ХЭВВ–СПЖ — 30,1 мес, 3-летняя ВЖ — 33%. МХЭПА перед ортотопической трансплантацией печени (ОТП) — 25 суперселективных МХЭПА артерий опухоли у 11 пациентов из листа ожидания ОТП. Осложнений не было. Полный ответ на лечение — 4 (36%) больных. Частичный ответ — у 2 (18%) пациентов. Всем выполнена ОТП в сроки 1–10 мес после МХЭПА. Стабилизация роста опухоли — у 2 больных, находятся на листе ожидания ОТП — 4 и 18 мес. У 3 (34%) пациентов внепеченочное прогрессирование через 14, 15 и 18 мес соответственно. Лечение метастазов колоректального рака (КРР) в печень. Стадии болезни: Gennari II и III. Методы интервенционного лечения: с 2011 г. ХИПА/механическая ХЭПА препаратом оксалиплатин с применением радиочастотной абляции. СПЖ — 22 мес. Однолетняя выживаемость — 93%, 2-летняя — 58%.

Выводы: наши результаты комбинированной артериопортальной химиоэмболизации свидетельствуют о том, что при ГЦР без сопутствующего цирроза и гиперваскулярных метастазах колоректального рака эта методика является наиболее эффективной. Артериальная инфузия остаётся наиболее распространённым способом терапии гиповаскулярных метастазов в печень. Улучшение результатов может быть достигнуто с помощью применения чрескожной имплантационной инфузионной системы и радиочастотной абляции, использования новых технологий и химиопрепаратов.

Ответы на вопросы. Основные критерии оценки: гистологическое исследование, анатомия артериальной и венозной систем печени. Особенно эффективно сочетание системной

и регионарной терапии. Основное показание к регионарной терапии — неэффективность системной терапии. Противопоказание — печёночная недостаточность, билирубин выше 60 мкмоль/л, тромбоз воротной вены. Асцит не является противопоказанием. Самостоятельная химиоэмболизация воротной вены малоэффективна. В год выполняем до 1200 вмешательств.

Прения

Э.Э.Топузов (председатель). Хирурги города и страны знают коллектив, представляемый авторами, и направляют туда больных. Ценность доклада высока. Авторы пользовались Барселонской классификацией, но существуют другие европейские и американские классификации. Авторы основывали оценку результатов на использовании методов лечения, но желательна рандомизация: какому больному поможет операция, кому трансплантация печени, кому системная и (или) регионарная терапия. Желательно чаще проводить заседания совместно с онкологами.

Поступил в редакцию 04.07.2014 г.

2428-е заседание 09.04.2014 г.

Председатель — О.Н.Эргашев

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *Н.Ю.Коханенко, К.В.Павелец, В.В.Зеленин, М.А.Бернштейн, С.В.Петрик* (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова СПбГПМУ, Мариинская больница). **Этапное лечение хронического панкреатита, осложнённого кровотечением в кисту головки поджелудочной железы.**

Больной А., 43 года, поступил в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы в экстренном порядке 10.07.2013 с жалобами на боли в верхних отделах живота, тошноту, рвоту. Больной много лет страдал хроническим панкреатитом. При УЗИ брюшной полости, магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ) выявлены признаки панкреатита, киста головки поджелудочной железы диаметром 6 см. 17.07.2013 г. выполнено дренирование кисты под УЗ-контролем, получено 60 мл мутного экссудата с хлопьями фибрина. После проведённого консервативного лечения болевой синдром купирован, больной выписан 25.07.2013 г. 31.07.2013 г. больной вновь по экстренным показаниям поступил в Мариинскую больницу с аррозийным кровотечением в кисту головки поджелудочной железы и выделением алой крови по дренажу. Кровопотеря составила 700 мл. Уровень гемоглобина 63 г/л. В стационаре начата медикаментозная и инфузионная гемостатическая терапия, проведена гемотрансфузия. Уровень гемоглобина поднялся до 96 г/л. По дренажу ежедневно выделялось 500 мл геморрагического отделяемого. На мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) живота с внутривенным болюсным контрастированием выявлено, что источником кровотечения является ветвь а.pancreaticoduodenalis inferior. 09.08.2013 г. выполнена селективная ангиография чревного ствола: обнаружено, что в артериальную фазу отмечается паравазация контрастного препарата из ветви а.pancreaticoduodenalis inf. Произведена эндоваскулярная окклюзия (эмболизация) спиралью с положительным резуль-

татом — кровотечение не рецидивировало. Больной выписан 20.08.2013 г. на 11-е сутки после вмешательства. Уровень гемоглобина 90 г/л. В сентябре пациент поступил в плановом порядке для хирургического лечения. 30.09.2013 г. выполнена операция: формирование позадибодочного продольного панкреатикоюноанастомоза на отключенной по Ру петле кишки, чрезанастомозное дренирование протоков. Гистологическое исследование ткани поджелудочной железы № 46075: хронический фиброзирующий панкреатит с обострением. Несмотря на интраоперационную и послеоперационную профилактику, на 11-е сутки послеоперационный период осложнился развитием острого тромбоза бедренно-подколенного сегмента слева. Проводилось консервативное лечение. Выписан в удовлетворительном состоянии на 23-и сутки после операции с дренажами панкреатического протока, которые удалены через 2,5 мес. Через 5 мес после вмешательства состояние удовлетворительное, обострений панкреатита не наблюдалось.

Ответы на вопросы. В январе 2013 г. больной лечился в другом стационаре по поводу очагового панкреонекроза. Впервые диагноз хронического панкреатита поставлен в Мариинской больнице. Явления геморрагического шока не отмечалось. Эмболизация выполнена на следующий день после поступления. Вирсунгографию через дренажи не применяли. Медикаментозную профилактику панкреатита проводили на всех этапах ведения больного. После операции признаков кисты не определяется.

Прения

В.И.Ковальчук. Раньше изучали острый панкреатит, диагноз хронического панкреатита ставили путём исключения других заболеваний. Кровотечение останавливали оперативно. Кровотечение в кисту, остановленное эндовазально, является редкостью.

В.И.Кулагин. Нужно различать жидкостные скопления и кисты (псевдокисты). Эндовазальная остановка кровотечения доступна лишь в небольшом числе крупных многопрофильных стационаров.

С.Я.Ивануса. Кровотечение было из мелких ветвей нижней панкреатодуоденальной артерии. Декомпрессия протоковой системы железы должна начинаться с папиллотомии. Дренажи Фелькера требуют контрастного исследования — можно определить состоятельность анастомоза, характер остатков кисты, секвестры.

Н.Ю.Коханенко. Фистулография даёт картину кишки, а не анастомоза, стентирование эффективно лишь в 60%. Стент надо менять каждые 2–3 мес. Это очень дорого. Оперативное лечение более надёжно.

О.Н.Эргашев (председатель). Ситуация сложная. Эндовазальная остановка кровотечения не всегда является окончательной. Приходится прибегать к оперативным методам.

2. *Н.Ю.Коханенко, М.А.Протченков, А.А.Соколова* (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова СПбГПМА, Мариинская больница). **Успешное лечение хронического панкреатита, осложнённого полным наружным дистальным панкреатическим свищом.**

Больной Ц., 41 год, поступил в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы в плановом порядке 21.10.2013 г. с жалобами на периодические боли в животе, обильное (700–800 мл/сут) прозрачное отделяемое из дренажа, установленного в свищевом отверстии в правом под-

реберье, тошноту, общую слабость. Данные жалобы отмечал в течение 4 мес после операции по поводу панкреонекроза (13.05.2013 г.). Ранее его неоднократно госпитализировали по поводу обострения хронического панкреатита. По данным УЗИ органов брюшной полости поджелудочная железа не увеличена: головка 23 мм, тело 13 мм, хвост 22 мм, структура неоднородная, с участками различной эхогенности. Проток поджелудочной железы незначительно расширен (до 4 мм). По данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) определялся панкреатический свищ в области тела поджелудочной железы, ближе к перешейку, признаки панкреатической гипертензии. Фистулография: контрастируются протоки поджелудочной железы, полость не определяется. Клинико-лабораторные показатели в пределах нормы, за исключением умеренного повышения уровня амилазы крови (127 ЕД/л). 23.10.2013 г. операция — формирование позадибодочного продольного панкреатикоюноанастомоза на отключённой по Ру петле тонкой кишки. Чрезанастомозное дренирование протока. Во время операции выявлено, что сальниковая сумка с выраженными сращениями. Выделена поджелудочная железа только в области тела и хвоста, далее ткань железы отсутствует. К этой части железы подходит трубка, по которой выделяется панкреатический сок. Головка поджелудочной железы пальпаторно мало изменена. Выявлено, что имеется полный дистальный панкреатический свищ. Часть железы, несущая свищ, довольно значительная. Панкреатический проток не пальпируется. Произведена поперечная панкреатотомия. В дистальной части тела железы обнаружен проток диаметром 0,3 см. Последний проходим практически до хвоста. Железа рассечена вдоль по протоку на протяжении 4 см. В просвет протока дистально заведён дренаж 1 мм. Сформирован панкреатикоюноанастомоз на дренаже по Фелькеру. Послеоперационный диагноз: хронический панкреатит. Полный дистальный наружный панкреатический свищ. Рана зажила первичным натяжением. На 14-е сутки сняты швы, больной выписан в удовлетворительном состоянии на 15-е сутки. Жалоб в настоящее время не предъявляет.

Ответы на вопросы. Пациент болен около 8 лет, начало заболевания — с острого панкреатита. Через 6–7 лет был рецидив — диагностировался очаговый панкреонекроз. После нескольких операций образовался свищ. Сейчас по дренажу выделяется до 200 мл прозрачной жидкости в сутки, свищ сообщается с головкой и хвостом железы. Прходимость дистального отдела протока проверялась пуговчатым зондом. Проксимальный отдел протока был сужен. Это хронический рецидивирующий панкреатит, прогрессирующее течение. Панкреонекроз привёл к перерыву протока. Более целесообразен бы был анастомоз по Puestow. Повторная операция возможна.

Прения

К.В.Павелец. Ещё раз оперировать можно, но лучше стентировать оставшуюся часть протока в головке железы.

С.Я.Ивануса. Нужно более осторожно относиться к планированию операции, которая может оказаться непростой. Протоки расширены, анастомоз функционирует. Начинать надо с малоинвазивных методик.

М.Ю.Кабанов. Возможности многопрофильного стационара предполагают уменьшение дебита секрета бужированием и стентированием протока. Лишь потом больной подлежит оперативному лечению.

В.И.Кулагин. Хронический панкреатит — заболевание прогрессирующее и остановить его невозможно. Киста есть, и консервативными методами её излечить не удастся. Попытки дренирования и стентирования железы надо приветствовать, но лучше планировать операцию Бегера или Фрея. Все это — этапы лечения.

О.Н.Эргашев (председатель). Хронический панкреатит не излечивается дренированием. Более радикальна резекция поджелудочной железы, но она и более опасна.

ДОКЛАД

А.А.Захаренко, Д.А.Суров, О.В.Бабков, А.А.Трушин, Б.Г.Безмозгин, О.А.Тен (кафедра факультетской хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, СПбНИИ СП им. И.И.Джанелидзе»). **Возможности применения VAC-терапии в лечении тяжёлого абдоминального сепсиса у больных осложнённым колоректальным раком.**

Проведено проспективное клиническое исследование 15 больных с колоректальным раком (КРР), осложнённым распространённым перитонитом и тяжёлым сепсисом, проходивших лечение в 2011–2012 гг. Критерии для включения больных в исследование: КРР, осложнённый перфорацией опухоли или перифокального абсцесса в брюшную полость, распространённый перитонит (Мангеймский индекс перитонита более 20 баллов), 3 признака и более ССВР (SIRS₃₋₄), полиорганная недостаточность (SOFA 4 балла и более). Критерии исключения из исследования: отдалённые метастазы, хронические сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации, возраст старше 90 лет. Больные были распределены на 2 группы. Контрольная группа — 8 больных; лечение по общепринятой тактике: интенсивная терапия в условиях отделения реанимации, санация очага инфекции, декомпрессия желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), закрытие передней брюшной стенки (ЗБС). Основная группа — 7 пациентов. Средний возраст больных основной группы составил (78,5±5,0) лет, контрольной (77,4±4,5). Больные основной группы распределены на 2 подгруппы. В 1-й подгруппе больные без проявлений септического шока. На 1-м этапе лечения проводили обструктивные резекции, накладывали VAC-систему. Через 3 сут осуществляли программируемую санацию и решали вопрос о способе ЗБС (переустановка VAC-системы или ушивание). Во 2-ю подгруппу включены больные с развитием септического шока. На 1-м этапе выполняли санацию, декомпрессию ЖКТ (НИИ, формирование колостомы), отграничение очага инфекции и наложение VAC-системы. После стабилизации состояния пациента выполняли удаление первичной опухоли, решали вопрос о способе ЗБС. В качестве объективного показателя к тактике этапных санаций (ЭС) применяли индекс брюшной полости. Для обоснования необходимости ЭС использовали прогностический индекс релапаротомий. Эффективность методики оценивалась по непосредственным результатам лечения (послеоперационные осложнения и летальность), динамике уровня эндогенной интоксикации (эффективная концентрация альбумина — ЭКА), шкалам SOFA и SAPSII, уровню внутрибрюшного давления (ВБД) в пред- и послеоперационном периоде. У пациентов, лечение которых осуществляли с применением разработанной тактики, в послеоперационном периоде отмечено достоверное снижение уровня ВБД [с (25,4±3,0) мм рт. ст. до (10,2±1,8) мм рт. ст., p<0,05] и уровня эндогенной интоксикации [увеличение ЭКА с (20,4±1,2) г/л до (30,8±0,8)]. Показатели по шкалам SOFA

и SAPS на 1-е, 3-и, 7-е и 12-е сутки послеоперационного периода достоверно снижались с (7±0,5) балла до (0±0,5), и с (52±3,3) до (38±3,3) балла соответственно. В основной группе выявлено снижение частоты послеоперационных осложнений до 52,3% (в контрольной группе 100%), которое достигнуто преимущественно за счёт уменьшения частоты воспаления тканей передней брюшной стенки с 75,0% в контрольной группе до 28,6% в основной группе и уменьшения частоты прогрессирования послеоперационного перитонита с 50,0 до 14,2% соответственно. Использование разработанной тактики позволило снизить летальность с 82,5 до 60,3%.

Ответы на вопросы. Анастомоз и колостома не являлись противопоказанием к выполнению методики. Герметичность сохраняется, но желательно колостому формировать подальше от раны, так как возможно попадание отделяемого в брюшную полость. Стоимость можно уменьшить использованием менее дорогих компонентов, в том числе отечественного производства. При раке правой половины и тяжёлом сепсисе формировали илеостому. Уровень отрицательного давления — 70–90 см вод. ст. Основное требование — контроль разгерметизации. Образования свищей не наблюдали, но в литературе они описаны.

Прения

С.А.Шляпников. Название VAC — бренд австрийской фирмы, теперь американской. Лучше говорить об использовании системы отрицательного давления. Два показания к методике — компартмент-синдром и нагноение брюшной стенки. Губка гидрофобная и несмачиваемая. Давление должно быть достаточно большим.

О.Н.Эргашев (председатель). Описано применение, безусловно, полезной методики, позволившей снизить летальность в группе особо тяжёлых больных.

Поступил в редакцию 04.07.2014 г.

2429-е заседание 23.04.2014 г.

Председатель — К.В.Павелец

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. И.А.Соловьев, М.Ю.Кабанов, М.В.Васильченко, В.И.Кабанова, А.Б.Лычев, С.В.Амбарцумян, С.В.Мулендеев, В.В.Алексеев, Д.К.Савченков (кафедра военно-морской хирургии ВМедА им. С.М.Кирова, Госпиталь для ветеранов войн; Центр СПИД Санкт-Петербурга). **Лечение больного с осложнённым раком антрального отдела желудка с метастазами в печень на фоне ВИЧ-инфекции.**

Пациент Л., 1960 г. рождения, находился на лечении в клинике военно-морской хирургии ВМедА с 15.08.2011 г. по 30.08.2011 г. с диагнозом: «Рак антрального отдела желудка T4aN1M1 (hepar), осложнённый субкомпенсированным стенозом. ВИЧ-инфекция IVB стадии, прогрессирование без антиретровирусной терапии». По данным фиброгастроэноскопии (ФГДС) и рентгеноскопии желудка (июль 2011 г.) — рак антрального отдела желудка с сужением просвета до 0,5 см. Протяжённость опухоли 5,0 см. Компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости (июль 2011 г.): инфильтративный процесс в стенке выходного отдела желудка, аденопатия регионарных лимфатических узлов, очаговые изменения в правой доле печени (VII и VIII сегменты, до 1,0 см в диаметре) вторичного генеза. ВИЧ-инфекция впервые выяв-

лена как случайная находка при обследовании. 18.08.2011 г. в клинике военно-морской хирургии ВМедА выполнена операция — паллиативная расширенная субтотальная резекция желудка по Бильрот-II в модификации Бальфура. Лимфодиссекция D2. Паренхимосохраняющая резекция VII и VIII сегментов печени. Течение послеоперационного периода без осложнений. Гистологическое заключение — низкодифференцированная аденокарцинома желудка, прорастающая все слои стенки. Метастазы аденокарциномы в ткани печени и двух лимфатических узлах. Большой направлен на лечение к онкологу по месту жительства. Проведено 3 курса системной химиотерапии фторафуром. В СПбГБУЗ «Центр СПИД» с сентября 2011 г. по настоящее время проводится антиретровирусная терапия, ремиссия. При динамическом наблюдении в сентябре 2013 г. (ФГДС, КТ органов грудной клетки и брюшной полости) признаков прогрессирования заболевания нет.

Ответы на вопросы. В оперативном лечении больному было отказано в нескольких клиниках Санкт-Петербурга и Москвы. Показания к операции: стеноз, анемия (гемоглобин 62 г/л). Расширенная резекция — объем лимфодиссекции D2.

Прения

Э.Э.Топузов. Операцию у больного с ВИЧ-инфекцией, раком желудка с метастазами в печень следует считать циторедуктивной. Результат её нужно считать отличным. Химиотерапия носит редуцированный характер, но с учётом конкурирующего заболевания она оправдана.

К.В.Павелец (председатель). Результат лечения хороший. Обычно в подобных условиях ограничиваются гастроэнтероанастомозом. Удалены первичная опухоль и метастазы. Поэтому операции следует считать циторедуктивной, а не паллиативной. Это не расширенная, а стандартная субтотальная резекция с лимфодиссекцией D2.

2. *М.Д.Ханевич, Г.М.Манихас, М.С.Диникин, П.В.Балахин, М.А.Куканов* (ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»). **Современные возможности лечения гепатоцеллюлярного рака на фоне цирроза печени.**

Больной О., 75 лет, поступил в ГКОД 26.07.2010 г. с множественными очаговыми образованиями в печени. Они были выявлены при контрольном УЗИ и последующей компьютерной томографии брюшной полости в связи с динамическим наблюдением по поводу хронического гепатита С с исходом в цирроз печени (Child-Pugh A). В 2004 г. пациент был оперирован по поводу рака мочевого пузыря T1N0M0 I стадии. Выполнена трансуретральная резекция опухоли мочевого пузыря. 6-летняя ремиссия. В стационаре под контролем УЗИ произведена биопсия опухоли печени. Гистологическое заключение — гепатоцеллюлярный рак с выраженным полиморфизмом клеток. По данным ангиографии печени, в S_{II-III} печени выявлено патологическое гиперваскулярное образование диаметром 83 мм. Такие же образования диаметром 10 и 20 мм обнаружены в S_{VI}. Диагноз: гепатоцеллюлярный рак (S_{II, III, VI}) T2NxM0. Учитывая распространённость опухолевого процесса (билобарное поражение), сопутствующее заболевание (цирроз печени), лечение решено начать с внутриагтеральной химиоэмболизации печёночной артерии лекарственнасыщаемыми микросферами с доксорубицином. Всего выполнено 4 цикла подоловой химиоэмболизации. Получен частичный регресс опухолевых очагов. Через 5 мес при контрольном обследовании обнаружена зона роста в опу-

холевом узле S_{II-III}. При этом кровоснабжение узла сохранено за счёт коллатералей из левой печёночной артерии. В связи с этим в июле-августе 2011 г. дополнительно проведено 2 цикла регионарной подоловой химиоэмболизации. Однако через 3 мес при контрольном МРТ-исследовании установлено увеличение зоны роста опухоли, локализующейся в S_{II-III}. По данным ангиографии, источник кровоснабжения опухоли выявлен не был. Учитывая продолжающийся рост солидного компонента опухоли левой доли печени, отсутствие визуализации источника кровоснабжения опухоли и, следовательно, возможностей для проведения регионарной химиоэмболизации, определены показания для хирургического лечения в объеме лобэктомии и сегменториентированной резекции печени. 13.02.2012 г. выполнена операция: лапаротомия, левосторонняя лобэктомия, атипичная резекция S_{VI} с холецистэктомией. Граница резекции проходила на расстоянии 2 см от края опухоли. Диссекцию печени осуществляли с помощью системы «Havib 4X» с последующим криовоздействием на зону резекции. Гистологическое исследование удалённых очагов: 1) S_{II-III} гепатоцеллюлярный рак G2 на фоне мелкоузлового цирроза печени с некрозом части опухолевого узла; 2) S_{VI} — опухолевый очаг с сохранившимися комплексами гепатоцеллюлярного рака. В послеоперационном периоде развилась дисциркуляторная энцефалопатия смешанного генеза. Со стороны операционной зоны осложнений не было. Больной выписан из стационара на 16-е сутки после операции. При контрольном обследовании в ноябре 2013 г. (УЗИ, МРТ живота, АФП) данных за рецидив заболевания не получено.

Ответы на вопросы. Цирроз печени с гистологическим подтверждением диагностирован впервые. Иммуногистохимическое исследование проведено. Фетопротеин повышен. Это первично множественный рак. Операция проведена через 3 мес после химиоэмболизации.

Прения

Б.Н.Котив. Цирроз печени увеличивает вероятность развития рака желудка почти в 30 раз. Возможно развитие варикозных вен пищевода и кровотечение из них. Показан успех лечения с длительным безрецидивным течением. Помогла компенсация печёночных функций.

К.В.Павелец (председатель). Доказан профессионализм авторов в лечении тяжёлого больного.

ДОКЛАД

М.Ю.Кабанов, В.А.Тарасов, К.В.Семенцов, Д.М.Яковлева, С.В.Амбарцумян, А.В.Краденев (ФБГОУ ВПО МО РФ ВМедА им. С.М.Кирова, ГБУ СПбНИИ СП им. И.И.Джанелидзе). **Проксимальная субтотальная панкреатэктомия в лечении рака головки поджелудочной железы.**

В период с 2007 по 2012 г. прооперированы 155 пациентов по поводу рака головки поджелудочной железы. Средний возраст больных составил 57 лет, мужчин было 92, женщин — 63. На диагностическом этапе делали акцент на спиральную компьютерную томографию с ангиографией с обязательной оценкой местного распространения опухоли и вовлечения магистральных сосудов. В 27 случаях выполнены симптоматические дренирующие операции, среди которых предпочтение отдавалось формированию гепатикоэнтероанастомоза на отключённой по Ру петле тонкой кишки. Радиально прооперированы 62 пациента. В зависимости от объёма оперативного вмеша-

тельства больные были разделены на 2 группы. В группу А включены пациенты, подвергнутые операции Whipple или её модификациям (n=36), в группу В — расширенным операциям на поджелудочной железе: субтотальной панкреатэктомии — 22, тотальной панкреатэктомии — 4 (n=26). У 17 больных операции сопровождались резекцией комплекса верхнебрыжеечной воротной вены (6 краевых резекций, 4 циркулярных резекции с пластикой синтетическим протезом, 7 резекций с аутопротезированием большой подкожной веной). Общее количество послеоперационных осложнений составило 28,4%. После выполнения тотальной панкреатэктомии наблюдались выраженные, сложно корригируемые нарушения углеводного обмена, которые в итоге и определяли низкое качество жизни пациентов и высокую летальность. Наибольшее количество осложнений отмечено у пациентов группы А — в 47,2% (17) и обусловлено несостоятельностью панкреатикоэнтероанастомоза с развитием наружного панкреатического свища (НПС) у 13,9% (5) больных. Наименьшее — у пациентов группы В, подвергнутых проксимальной субтотальной панкреатэктомии (ПСП), — 2 (9,1%), частота встречаемости НПС — 4,5% (1). При выполнении данного объема операции удалялся весь органоконкомплекс вместе с телом поджелудочной железы, за исключением 2,0–3,0 см³ хвоста поджелудочной железы, и не формировался панкреатикоэнтероанастомоз. У пациентов данной группы не наблюдалось клинически значимых нарушений углеводного обмена. С профилактической и лечебной целью развития НПС использован октреотид-депо. При использовании препарата удалось достичь положительного эффекта разной степени выраженности у всех пациентов. Медианы выживаемости в обеих группах были почти идентичны, обращали на себя внимание лучшие результаты 1-летней выживаемости пациентов, перенёсших ПСП, — 38,4% против 20,6% в группе А. Установлено, что выполнение тотальной панкреатэктомии сопровождается значительными нарушениями углеводного обмена у оперированных больных, тяжесть которых в последующем определяет качество и продолжительность жизни пациентов. Альтернативой может считаться выполнение субтотальной резекции поджелудочной железы, позволяющее избежать развития декомпенсированного панкреатогенного сахарного диабета и не уменьшать радикальность операции. Выполнение ПСП позволяет добиться получения отрицательного края резекции в большинстве наблюдений и значительно снижает количество послеоперационных осложнений из-за отсутствия необходимости формировать панкреатикоэнтероанастомоз. Применение октреотид-депо на дооперационном этапе позволяет избежать возникновения наружных панкреатических свищей, а в послеоперационном периоде способствует быстрейшему их заживлению.

Ответы на вопросы. Резекция подразумевает восстановление непрерывности. В англоязычной литературе панкреатэктомия является синонимом этой операции. Показание к операции — R0 в крае резекции. Проток дренируется наружу, если он виден в дистальной части железы. Обязательно проводится ангиографическое исследование. О контакте опухоли с сосудами должно быть известно до операции. Экзокринная функция железы здесь не имеет значения, зато снижение эндокринной функции протекает значительно мягче. 40–45% больных до операции выполняли дренирующие вмешательства.

Прения

М.Ю. Кабанов. В хвосте железы протока практически нет, этим объясняется более мягкое течение послеоперационного периода. Свищи были лечены с применением октреотид-депо. При R0 в крае железы в глубине протоков опухолевые клетки могут быть.

Н.Ю. Коханенко. Авторов нужно поздравить — 62 радикальные операции за относительно короткий срок — это много. Нужно выполнять операции с резекцией сосудов. Следует выделять нейроэндокринный рак — он менее злокачественный. Панкреатикоэнтероанастомоз сохраняет инкреторную функцию железы.

М.Д. Ханевич. Есть три вида радикальных операций — панкреатодуоденальная резекция, тотальная панкреатэктомия и дистальная субтотальная резекция. Последняя операция выполняется реже других. Она показана, если железа очень мягкая, состояние больного не позволяет продолжать операцию. Лучше не заниматься кускованием в попытке добиться R0 — проще выполнить тотальную панкреатэктомию. Особенно это важно при мультицентрических опухолях. Но опыт проведения этих операций следует считать положительным.

К.В. Павелец (председатель). Годичная выживаемость невелика, но это связано с поражением сосудов. Мы чаще производим разгрузочные операции. Наружновнутреннее дренирование чаще приводит к холангиту. Расширение операций в дистальном направлении требует обсуждения. Анастомозирование менее опасно.

Поступил в редакцию 04.07.2014 г.

2430-е заседание 14.05.2014 г.

Председатель — Б.Н. Котив

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *И.М. Самохвалов, В.И. Бадалов, К.Е. Коростелев, К.В. Тюликов, Р.Р. Рушанов* (кафедра и клиника военной хирургии ВМедА им. С.М. Кирова). **Лечение проникающего ранения черепа и головного мозга из огнестрельного оружия ограниченного поражения.**

Цель демонстрации — показать, что энергии ранищего снаряда огнестрельного оружия ограниченного поражения при выстреле с близкого расстояния достаточно для нанесения тяжёлого проникающего черепно-мозгового ранения с разрушением стенок лобной пазухи. Диагностика и лечение таких ранений должны включать компьютерную томографию головы, первичную хирургическую обработку раны черепа и головного мозга по общим принципам лечения огнестрельных ранений, нейрореанимацию и интенсивную терапию, раннюю реабилитацию с краниопластикой дефекта черепа.

Пациент И., 42 года, доставлен в клинику военной хирургии бригадой скорой медицинской помощи спустя 1 1/2 ч после получения в конфликтной ситуации ранения в голову из травматического оружия «Оса» с расстояния 1,5 м. Потеря сознания на несколько минут была сразу после ранения, в дальнейшем уровень сознания — умеренное оглушение. На догоспитальном этапе наложена асептическая повязка на рану, шейный отдел позвоночника иммобилизован полужёсткой шиной-воротником. При поступлении в клинику состояние тяжёлое. Сознание на уровне глубокого

оглушения. Предъявляет жалобы на головную боль, двоение в глазах. Пульс ритмичный, 110 уд/мин, АД 100/60 мм рт. ст. После снятия повязки в левой лобной области обнаружена рана округлой формы диаметром до 2,0 см, из которой отмечены кровотечение и выделение небольшого количества мозгового детрита. При компьютерной томограмме головы выявлены дырчатый перелом лобной кости слева с повреждением обеих стенок лобной пазухи, мелкие костные отломки в области перелома, инородное тело металлической плотности в области полюса левой лобной доли, гемосинус лобной пазухи, кровь в ячейках решетчатой кости. Признаков дислокации мозга нет. Диагноз: пулевое огнестрельное (из оружия ограниченного поражения) простое слепое проникающее ранение черепа в лобной области слева с тяжёлым повреждением головного мозга, дырчатым осколчатым переломом лобной кости с повреждением стенок лобной пазухи, переломом основания черепа в области передней черепной ямки. Ушиб-размозжение полюса левой лобной доли. Субарахноидальное кровоизлияние. Инородное тело (пуля) левой лобной доли. Рваная рана лобной области слева. Продолжающееся наружное кровотечение, гемоликворея, назогемоликворея. Учитывая проникающее огнестрельное черепно-мозговое ранение с инородным телом в левой лобной доле, наружную гемоликворею и продолжающееся наружное кровотечение, по срочным показаниям выполнена операция — первичная хирургическая обработка проникающего огнестрельного ранения с повреждением левой лобной доли. В ходе оперативного вмешательства выполнена резекционная трепанация черепа в лобной области слева с вовлечением дырчатого перелома и санацией лобной пазухи. Удалены свободные костные отломки в области раневого канала. Извлечена пуля от «Ось». Остановлено продолжающееся кровотечение из корковых сосудов лобной доли. Полость раны мозга дренирована приточно-отливной системой. Выполнена пластика твёрдой мозговой оболочки широкой фасцией бедра. В послеоперационном периоде проводилась интенсивная терапия в условиях ОРИТ. Сознание восстановилось до ясного. На 5-е сутки раненый переведён на общее отделение. После курса консервативного лечения он активизирован в пределах отделения. Сохраняется невыраженное косоглазие с положительной динамикой. На 20-й день выписан из клиники для дальнейшего амбулаторного лечения у невролога и офтальмолога по месту жительства. В планах дальнейшей реабилитации — выполнение краниопластики дефекта черепа (через 2 мес).

Ответы на вопросы. Назолимфорей возникла после перевода больного в вертикальное положение. Лечение — наружный люмбальный дренаж и антимикробная терапия.

Прения

И.М.Самохвалов. Оружие ограниченного поражения чрезвычайно распространено. Только в Санкт-Петербурге оно есть у 60 тыс. человек. Раны не требуют обширного иссечения.

Б.Н.Котив (председатель). История изучения раневого процесса насчитывает более 100 лет. Травмы оружием нелетального поражения изучали ещё С.С.Гирголав и М.И.Кузин. Авторы издали монографию об этих поражениях. Тактика должна быть более сдержанной.

2. И.М.Самохвалов, М.Б.Борисов, С.В.Недомолкин, В.В.Денисенко, А.Р.Гребнев, С.И.Микитюк, А.В.Петров (кафедра и клиника военно-полевой хирургии ВМедА им. С.М.Кирова). **Многоэтапное хирургическое лече-**

ние пострадавшего с тяжёлой сочетанной травмой головы, груди и множественными повреждениями опорно-двигательной системы.

Пострадавший З., 41 год, переведён в клинику 03.02.2014 г. из лечебного учреждения области, где в течение 12 сут находился на лечении после падения с высоты 5-го этажа. Диагноз: тяжёлая сочетанная травма головы, груди, таза. Открытая проникающая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжёлой степени с формированием субдуральной гематомы в правой теменно-затылочной области. Травматическая ишемия правой лобной, височной долей головного мозга (I типа). Субарахноидальное кровоизлияние. Переломы костей свода и основания черепа в передней черепной ямке. Закрытая травма груди с множественными двусторонними переломами рёбер с обеих сторон. Перелом тела и ости левой лопатки. Ушиб левого лёгкого. Закрытая вертикально нестабильная травма таза с переломами обеих лонных и седалищных костей, разрывом левого крестцово-подвздошного сочленения. Поперечный перелом области левой вертлужной впадины. Осколчатый перелом задней стенки и задней колонны правой вертлужной впадины с задненижним вывихом бедра. Посттравматическая невропатия правого седалищного нерва. В медицинском учреждении области выполнены торакоцентез, лапароцентез, трахеостомия, вправление вывиха бедра. При поступлении в клинику дополнительно диагностированы повторный вывих правого бедра, краниальное смещение левой половины таза на 3 см. Выявлены осложнения: слизисто-гнойный трахеобронхит, инфекция мочевыделительной системы, гиповентиляционный пансинусит. После проведённой подготовки 07.02.2014 г. устранено смещение левой половины таза, фиксированы крестцово-подвздошное сочленение и переломы левой вертлужной впадины канюлированными винтами. 11.02.2014 г. выполнены открытое вправление вывиха правого бедра, остеосинтез перелома задней колонны и заднего края правой вертлужной впадины погружными металлоконструкциями, задняя внутренняя дистантная фиксация левой половины таза. 24.02.2014 г. произведена открытая репозиция, накостный остеосинтез переломов левой лопатки. Послеоперационный период — без осложнений. Пострадавший активизирован в пределах кровати, готовится к переводу в реабилитационный центр после заживления ран.

Ответы на вопросы. В первом лечебном учреждении стабилизация перелома таза не проводилась, гематомы не дренировались (последнее и не нужно). Объём внутритазовой гематомы — от 1,5 до 3–4 л. Диагноз травматического шока поставлен в первичном учреждении. Лихорадка может продолжаться 3–4 нед, до рассасывания гематомы. Имобилизация уменьшает кровопотерю. Питание проводили парентеральное и зондовое. Пролежней у больного не было. Первый стационар в систему травмоцентров не входит.

Прения

И.М.Самохвалов. Организуемая система травмоцентров пока ещё работает не на полную мощность. Хирурги в большей степени боролись с деформациями, чем с кровотечением. Только система может помочь снизить летальность. Такой больной должен был быть госпитализирован в травмоцентр I уровня, где организована многопрофильность травматологов.

О.Н.Эргашев. В Ленинградской области созданы и оснащены 12 травмоцентров I уровня. Лечение успешно, но первый этап был затянута. На начальном этапе тактика не соответствовала активной тактике и созданной маршрути-

зации. Необходимо пользоваться единой шкалой тяжести травм.

Е. В. Братчиков. Жители Санкт-Петербурга должны лечиться в ВМедА им. С. М. Кирова или НИИСП им. И. И. Джанелидзе. Есть два субъекта: область и город. Больные из области должны лечиться в областных лечебных учреждениях. Больному повезло: он прожил 12 сут до начала полноценного лечения. Вопросы госпитализации должны решать не родственники, а врачи. В Кронштадте есть КТ, дежурят нейрохирурги, консультируют врачи Мариинской больницы и СПбНИИСП им. И. И. Джанелидзе.

Б. Н. Котив (председатель). Удивительно, что больной жил 12 сут без современной иммобилизации. В лечении следует отметить применение малоинвазивных методик с положительным результатом.

ДОКЛАД

И. М. Самохвалов, В. И. Бадалов, А. В. Гончаров, А. Н. Петров, В. В. Суворов, В. Ю. Маркевич, П. Г. Алисов, В. А. Рева (кафедра и клиника военно-полевой хирургии ВМедА им. С. М. Кирова). **Хирургический опыт современных военных конфликтов.**

Фундаментальные положения военно-полевой хирургии получили значительное развитие за последние десятилетия. Существенный вклад в формирование современных представлений о системе оказания хирургической помощи раненым внес опыт российской военной медицины, полученный в военных конфликтах в Афганистане (1979–1989 гг.) и на территории Северокавказского региона Российской Федерации (1994–2002 гг.). Заслуживают внимания публикации зарубежных военных медиков по материалам последних военных конфликтов в Ираке, Афганистане и Центральной Африке. Накопленный опыт позволяет выделить основные особенности оказания хирургической помощи в современных локальных войнах и вооружённых конфликтах как «асимметричных конфликтах низкой интенсивности». В организации оказания медицинской помощи раненым выделяются периоды манёвренных боевых действий и рейдовых действий войск, условия которых принципиально отличаются. При манёвренных боестолкновениях своевременное оказание медицинской помощи и эвакуация раненых затрудняются, что требует выдвижения вперёд (на уровень 2) дополнительных хирургических сил и средств. При переходе к рейдовому характеру боевых действий медицинские части и военные госпитали развёртываются стационарно, что значительно улучшает условия оказания в них хирургической помощи. Эшелонирование военных госпиталей с приближением к зоне конфликта многопрофильных, хорошо оснащённых, с персоналом, подготовленным в хирургии политравм (уровень 3), обеспечивает своевременное оказание специализированной медицинской помощи раненым по неотложным и срочным показаниям. В целом ежесуточное поступление раненых на этапы медицинской эвакуации значительно меньше, чем в крупномасштабной войне, но доля тяжелораненых увеличивается. Это происходит благодаря улучшению догоспитальной помощи и эффективному использованию авиамедицинской эвакуации раненых с сокращением сроков их доставки. Применение относительно небольших воинских контингентов при мощных военно-медицинских ресурсах мирного времени позволяет постоянно использовать силы и средства медицинского усиления, широко применять высокоэффективные

технологии хирургии повреждений (лапаро- и торакоскопии, эндоваскулярные вмешательства и др.).

Б. Н. Котив (председатель). Доклад содержателен, отмечена эволюция военно-полевой хирургии.

Поступил в редакцию 04.07.2014 г.

2431-е заседание 28.05.2014 г., посвящённое проф. Ф. Х. Кутушеву

Председатели — М. Д. Ханевич, М. П. Королёв

ДОКЛАДЫ

1. *М. П. Королёв* рассказал о жизненном пути проф. Ф. Х. Кутушева (кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии СПбГПМУ).

Прения

А. А. Редько. У проф. Ф. Х. Кутушева мы учились не только хирургии, но и доброте, мужеству, цивилизованному национализму. Всё, что он сделал, является образцом для подражания. Когда он был главным хирургом города, при нём не был осуждён ни один хирург.

М. Д. Ханевич (председатель). Проф. Ф. Х. Кутушев был руководителем 27 кандидатских и 8 докторских диссертаций, оппонентом 450 раз, в том числе у меня. Он был во всех больницах города и знал их очень хорошо. Я помню его посещения больницы им. И. Г. Коняшина. На тогдашнем уровне развития диагностических методов он обладал глубочайшим клиническим мышлением. Поражали его разборы сложных больных. Его отличали доброта и порядочность. Желаю кафедре сохранять традиции, выработанные Ф. Х. Кутушевым.

2. *М. П. Королёв, Ш. К. Уракчиев, Л. Д. Бечвая, Р. С. Сагатинов, П. В. Котов, С. В. Шматов, К. В. Шлоссер, Н. В. Евстратов, В. А. Базылев, Р. С. Гайбатов, Д. Б. Волков, Е. С. Мезенцева* (кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии СПбГПМУ, ГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Тридцатилетний опыт оказания помощи пострадавшим с травмой груди и живота в условиях специализированного отделения.**

Травма груди и живота остаётся одной из актуальных проблем хирургии. В современных условиях отмечается непрерывный рост травматизма в связи с транспортными происшествиями, высотным строительством, а зачастую с хулиганством, пьянством и бандитизмом. Зная состояние вопроса с травмой груди и живота в городе, главный хирург города, заведующий кафедрой общей хирургии ЛПМИ проф. Ф. Х. Кутушев и администрация городской больницы № 16 им. В. В. Куйбышева, возглавляемая тогда А. Е. Поповой, сочли целесообразным создать в ноябре 1983 г. специализированное отделение по оказанию помощи пострадавшим с травмой груди и живота. Непрерывный рост поступления больных, особенно с торакальной травмой, подсказал необходимость круглосуточного оказания помощи пострадавшим в течение всей недели. Таким образом, с 1989 г. отделение функционирует без дня простоя. За 30 лет в отделении лечились более 40 тыс. пострадавших. Накоплен большой практический опыт, позволивший выработать определённые диагностические подходы и оптимальную хирургическую тактику при каждом виде повреждений того или иного орга-

на или области. Практически нет ни одного органа грудной клетки и живота, повреждения которого не встретились бы в практике работы отделения. За 30 лет в отделении пролечены 290 пострадавших с ранениями сердца и перикарда, более 500 пострадавших с торакоабдоминальными ранениями, более 2000 больных с проникающими ранениями живота. Опыт работы отделения подсказывает, что успех оказания помощи пострадавшим во многом зависит от организационных вопросов, своевременной диагностики характера и степени повреждений, выбора наиболее оптимальной хирургической тактики.

Ответы на вопросы. Консервативное лечение ранений сердца обязательно включало торакоскопию. Высокая летальность при ранениях сердца в настоящее время объясняется быстрой доставкой больных. Раньше они умирали в дороге. Стали реже применять широкие торакотомии. Поперечные разрывы поджелудочной железы сопровождаются массивным внутрибрюшным кровотечением. Если разрыв дистальнее мезентериальных сосудов — производится дистальная резекция железы с сохранением селезёнки. У всех этих больных развивается травматический панкреатит. Тогда выполняются прошивание дистальной части железы и дренирование главного панкреатического протока с последующим удалением дистальной части.

Прения

М.П.Королёв. Травмы мирного времени можно сравнивать с травмами военных периодов. В Афганистане оперировали 53 ранения сердца. При ранениях поджелудочной железы основная причина смерти — кровотечение. По поводу панкреатических свищей оперировали только 4 человека. Напомню, что учитель жив, пока живы его ученики.

М.Д.Ханевич (председатель). Проблема многосторонняя, только память о Ф.Х.Кутушеве позволяет заслушать один доклад о травмах. Целесообразнее было бы его разделить на травмы груди и живота, отдельно — лечение повреждённых разных органов.

Поступил в редакцию 04.07.2014 г.

2432-е заседание 11.06.2014 г.

Председатель — Б.Н.Котив

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А.М.Игнашов, В.Н.Хирманов, К.А.Андрейчук (клиника № 2 ФГБУ Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А.М.Никифорова МЧС России). **Шунтирование брюшной аорты при надпочечном стенозе, чревного ствола и верхней брыжеечной артерии при окклюзии, осложнившейся острыми ишемическими эрозиями и язвами желудка и двенадцатиперстной кишки.**

Цель демонстрации — показать сравнительно редкую приобретённую надпочечную коарктацию брюшной аорты в сочетании с окклюзией чревного ствола и верхней брыжеечной артерии и острыми ишемическими эрозиями и язвами желудка и двенадцатиперстной кишки и благоприятный исход шунтирования брюшной аорты и её висцеральных ветвей.

Больной А., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на общую слабость. Интенсивная ноющая боль ежедневно возникала после еды. Она локализовалась в эпи- и мезога-

стральной областях, не иррадировала. Больной ограничивал объём однократно принимаемой пищи из-за боязни возникновения боли в животе. За последние 3 мес потерял в массе тела 25 кг. При ходьбе беспокоили усталость и боль в области бёдер. Болен с ноября 2011 г., когда почувствовал дискомфорт в животе, неоднократный жидкий стул. С мая 2012 г. появились выраженные клинические симптомы хронической ишемии органов пищеварения, которая была заподозрена гастроэнтерологом диагностического центра на основании обнаружения систолического шума в надчревной области. По данным дуплексного сканирования, выявлено нарушение проходимости чревного ствола. В сентябре 2012 г. произведена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ)-ангиография, были обнаружены атерокальциноз и субокклюзия надпочечной части аорты на протяжении 36 мм, окклюзия чревного ствола и верхней брыжеечной артерии в области устья. Более вероятно, что это произошло по причине неспецифического аортоартериита. Наступила хроническая ишемия нижних конечностей и органов пищеварения, возникло эрозивно-язвенное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки. 02.10.2012 г. была выполнена операция из срединного лапаротомного доступа — шунтирование брюшной аорты от супрацелиакальной до инфраренальной её части синтетическим протезом диаметром 24 мм и длиной 133 мм, раздельное протезно-общепечёночное и протезно-верхнебрыжеечное шунтирование протезом диаметром 10 мм. В течение 34 дней после операции из малого таза по дренажу ежедневно поступало от 200 до 1200 мл серозного содержимого. Симптомы ишемии нижних конечностей и органов пищеварения полностью исчезли. По данным МСКТ-ангиографии, перед выпиской из стационара и через 11 мес после операции функционирование шунтов нормальное. Состояние больного удовлетворительное, жалоб нет.

Ответы на вопросы. Природа стеноза не ясна. Больной перенёс сифилис. Молодой возраст без признаков атеросклероза, кальцификация более характерны для аортоартериита типа Такаюсу.

Прения

В.Н.Хирманов. При поступлении больной был тяжело инвалидизирован. Надо подчеркнуть тяжесть и длительность послеоперационного периода, экссудацию выпота в брюшную полость. Артериит — системное заболевание, но и при синдроме Такаюсу, и при коарктации аорты возможны сегментарные поражения.

Б.Н.Котив (председатель). Радует исход заболевания у молодого человека с тяжёлым поражением сосудов. Без современных методов исследования лечение было бы невозможным. Сейчас внедряется направление эндоваскулярной хирургии, но здесь применить его вряд ли было возможно.

2. М.А.Киселёв, А.В.Гурин, А.Г.Хубулава, А.В.Зенин, С.А.Платонов, Д.В.Кандыба, В.Н.Новожилов, Г.И.Синенченко, А.Е.Демко (ГБУ «СПбНИИ СП им. И.И.Джанелидзе»). **Эмболизация посттравматической ложной аневризмы правой долевой печёночной артерии с артериовенозным сбросом в правую печёночную вену.**

Представлено наблюдение успешной эмболизация артериального соустья с посттравматической ложной аневризмой правой долевой печёночной артерии и артериовенозным сбросом в правую печёночную вену. Пациент К., 24 года, 11.09.2013 г. поступил в один из стационаров города с диагнозом «Автотравма. Закрытая черепно-мозговая трав-

ма. Сотрясение головного мозга. Закрытая травма живота. Разрыв правой доли печени с частичным отрывом желчного пузыря». По неотложным показаниям пациенту выполнены лапаротомия, ревизия органов живота, ушивание разрыва правой доли печени, холецистэктомия. Выписан 08.10.2013 г. Через 85 сут (31.12.2013 г.) экстренно госпитализирован с жалобами на боли в животе, позывы на рвоту, чёрный стул. Компьютерная томограмма брюшной полости: желчная гипертензия с признаками гемобилии, гепатомегалия. Фиброгастроуденоскопия: эндоскопические признаки продолжающегося кровотечения из зоны большого дуоденального сосочка. Клинический анализ крови: картина анемии тяжёлой степени (эритроциты $2,18 \times 10^{12}/л$; гемоглобин 58 г/л). В биохимическом анализе крови гипербилирубинемия и увеличение активности аминотрансфераз (общий билирубин 111,1 мкмоль/л; АЛТ 128,5 ЕД/л; АСТ 80 ЕД/л). Для дальнейшего лечения больной переведён в СПбНИИ СП им. И.И.Джанелидзе. Диагностирована внутрипечёночная гематома правой доли. Пациенту выполнена целиакография. Выявлена ложная аневризма правой долевой печёночной артерии с артериовенозным сбросом в правую печёночную вену. Произведена селективная катетеризация правой долевой печёночной артерии, и выполнена эмболизация артериовенозистического соустья одной микроспиралью размером 5×30 мм. На контрольной ангиографии внесосудистое контрастирование и артериовенозное шунтирование отсутствуют. В раннем послеоперационном периоде признаков продолжающегося желудочно-кишечного кровотечения не было. В анализах крови через 10 сут отмечаются анемия лёгкой степени (эритроциты $3,35 \cdot 10^{12}/л$; гемоглобин 91 г/л), уменьшение уровня билирубина и активности аминотрансфераз (общий билирубин 10,2 мкмоль/л; АЛТ 45,9 ЕД/л; АСТ 31 ЕД/л). Через 14 сут после вмешательства при КТ с контрастированием выявлены умеренно выраженная портальная и билиарная гипертензия. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Ангиография в большинстве случаев позволяет в кратчайшие сроки точно локализовать источник кровотечения. Эмболизация является жизненно спасающей, органосохраняющей процедурой, позволяющей добиться надёжного гемостаза.

Ответы на вопросы. Фистула оказалась находкой. Выслушивание над печенью, к сожалению, не проводилось. Был сброс крови из правой печёночной вены в общий желчный проток.

Прения

В.Н.Хирманов. Аневризмы печёночных сосудов чрезвычайно редки, и сообщение заслуживает внимания.

А.Е.Демко. Больной поступил 1 января и в двух стационарах ему отказали в приёме. Только ангиография позволила поставить диагноз кровотечения из общего желчного протока.

Б.Н.Котив (председатель). После разрыва печени возможно развитие гемобилии. Операции при ней, с учётом имеющегося диагностического оборудования, возможны в крупных стационарах города, например, 26-й больнице, СПбНИИ СП им. И.И.Джанелидзе, ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий». Хорошо, что удалось выполнить селективную эмболизацию.

ДОКЛАД

Н.Ю.Коханенко, Н.Н.Артемова, В.М.Черемисин, Ю.Н.Ширяев, Ю.В.Радионосов, Н.Н.Антонов, Т.В.Корякина (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова СПбГПМУ, кафедра госпитальной хирургии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии медицинского факультета СПбГУ, кафедра патологической анатомии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, СПбГУЗ «Городская Мариинская больница»). **Сложности дифференциальной диагностики нефункционирующих нейроэндокринных опухолей и экзокринного рака поджелудочной железы.**

За последние 22 года под нашим наблюдением находились 68 больных с нейроэндокринными опухолями (НЭО) поджелудочной железы (ПЖ). У 57 из них (83,8%) опухоли были гормонально неактивны (основная группа исследования). Контрольную группу составили 112 пациентов, у которых была выполнена резекция ПЖ по поводу экзокринного рака (ЭР). При НЭО в теле и хвосте ПЖ опухоль локализовалась у 34 (59,6%) больных, в головке — у 23 (40,4%). При ЭР опухоль находилась в головке ПЖ у 97 (86,6%) пациентов, в теле и хвосте — у 15 (13,4%). Был проведён сравнительный анализ частоты основных клинических симптомов, лабораторных, инструментальных, гистологических и интраоперационных признаков у этих больных. Из всех ультразвуковых и КТ-признаков наиболее значимыми в дифференциальной диагностике, по нашим данным, явились: изменение ткани ПЖ в непоражённых её отделах (63,5 и 14,5%), расширение внутрипечёночных желчных протоков (80,8 и 30,4%), гиперваскуляризация опухоли (3,8 и 25,4%). Все эти признаки, как показывают цифры, не очень доказательны. Тонкоигольная аспирационная биопсия (ТИАБ) под контролем УЗИ была выполнена 21 больному при НЭО и 57 — при ЭР ПЖ. Опухолевые клетки, по данным ТИАБ, были обнаружены лишь у 80,7% больных раком ПЖ. Судить о степени злокачественности НЭО ПЖ, на основании цитологического исследования, было невозможно. Ложноположительных результатов при НЭО не было. Специфичность метода составила 100%. При интраоперационной (ИО) ревизии ПЖ трудно отличить НЭО от ЭР на основании визуальных и пальпаторных данных, особенно если опухоль расположена в толще железы. С такими трудностями мы столкнулись у 9 пациентов (15,8%) при НЭО и у 13 (11,6%) — при экзокринном раке ПЖ. В сложных диагностических случаях применяем ИО ТИАБ. Диагноз экзокринного рака ПЖ был подтверждён в 12 (92,3%) наблюдениях, злокачественная НЭО ПЖ была выявлена у 3 из 7 (42,9%) пациентов. Отсутствие опухолевых клеток в игловом биоптате при установленном (ретроспективно) диагнозе ЭР ПЖ у 1 (7,7%) больного и злокачественной НЭО у 4 из 7 (57,1%) пациентов свидетельствует о том, что основывать заключение только на основании этого метода нельзя. Инцизионная биопсия опухоли была выполнена у 45 оперированных. При срочном гистологическом исследовании у 14 из 23 (60,9%) больных ЭР ПЖ диагноз был подтверждён. При НЭО правильный диагноз установили в 15 (68,2%) случаях. У 7 больных опухоль располагалась в толще ПЖ, и инцизионная биопсия была неинформативной. Интраоперационное (ИО) УЗИ применили в 10 диагностически неясных наблюдениях, когда опухоль располагалась в толще ПЖ. У 8 больных удалось определить локализацию новообразования, но достоверно судить о степени его злокачественности оказалось невозможным. Таким образом, и ИО диагностика при НЭО тоже несовершенна. Когда опухоль, особенно

небольшая (до 2,5 см), расположена в толще ПЖ, никогда нет уверенности, что это не рак или злокачественная НЭО. Таких наблюдений у нас было 35. У всех этих больных была выполнена резекция ПЖ. ЭР ПЖ был выявлен у 19 (54,3%) пациентов этой подгруппы, причём у трети больных — только после планового гистологического исследования. В 7 (20,0%) наблюдениях была обнаружена злокачественная НЭО. Поэтому мы придерживаемся правила: если нельзя исключить злокачественный характер опухоли, следует выполнять резекцию ПЖ по онкологическим стандартам.

Ответы на вопросы. В каждой группе больных выполняли по одной панкреатэктомии, остальным — панкреатодуоденальную резекцию. Трепанобиопсию не используем даже интраоперационно. Иммуногистохимические методы при этих опухолях неспецифичны.

Прения

А.В.Хазов. В горонкодиспансере под руководством М.Д.Ханевича мы убедились в необходимости гистологических и иммуногистохимических подтверждений предыдущих исследований. Пересмотр препаратов необходимо, так как течение НЭО отличается от ЭР.

Б.Н.Котив (председатель). Доброкачественные заболевания ПЖ крайне редки. При НЭО тактика хирурга может быть менее агрессивной, но диагноз сложен. Биопсия нередко сопровождается осложнениями. Часто в заключениях звучит: «Окончательный ответ будет дан по залитому препарату». Хронический панкреатит исключать трудно.

Поступил в редакцию 04.07.2014 г.

2433-е заседание 25.06.2014 г.

Председатель — М.Ю.Кабанов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А.К.Ушкац, В.В.Дмитриченко, А.А.Кожевников, С.В.Шендеров, О.В.Кулешов, Т.М.Ракова (Санкт-Петербургский клинический комплекс ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова»). **Хирургическое лечение пациента с рецидивирующим панкреатитом, вызванным ложной аневризмой непарной висцеральной артерии.**

Осложнения хронического панкреатита с развитием в постнекротической кисте периаартериального воспаления и формирование ложной аневризмы висцеральной артерии представлены в литературе единичными наблюдениями. Формирование аневризмы чаще проявляется рецидивами панкреатита, но в некоторых случаях может сопровождаться кровотечением (вирсунгоррагия, гемобилия, рецидивирующие дуоденальные кровотечения).

Пациент И., 37 лет, в период 2006–2008 г. неоднократно поступал в лечебные учреждения с клиникой острого панкреатита. За этот период потерял в массе тела 35 кг. В СПКК «НМХЦ им. Н.И.Пирогова Минздрава России» он обратился амбулаторно в июне 2009 г. При проведении мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с болюсным контрастированием выявлено полостное образование в головке поджелудочной железы, заполненное артериальной кровью, поступающей из ветви печёночной артерии, проходящей по контуру образования — ложная аневризма a.gastroduodenalis. Пациент

госпитализирован 17.06.2009 г. с клиникой острого панкреатита, начата консервативная терапия. При ангиографическом исследовании данные предыдущей МСКТ-ангиографии подтверждены: в проксимальном сегменте a.gastroduodenalis выявлена ложная аневризма 38,4×47,5 мм (19.06.2009 г.). В общей печёночной артерии оставлен катетер. Через него в течение 8 сут в условиях реанимационного отделения проводилась внутриаартериальная регионарная антибактериальная и антисекреторная терапия. В этот же день установлен эпидуральный катетер. После улучшения состояния пациента 25.06.2009 г. под комбинированной анестезией выполнена эмболизация дистального участка артерии, а затем и ложной аневризмы. При контрольной ангиографии: эффект «стоп-контраста» в эмболизированных участках. С 1-х суток отмечен регресс болевого синдрома. На следующий день после удаления артериального катетера больной переведён в отделение, откуда через 3 сут выписан под наблюдение хирурга поликлиники. Осматривался 1 раз в год. Рецидива заболевания нет. Восстановил прежнюю массу тела, трудоспособен. В феврале 2012 г. выявлен сахарный диабет 2-го типа. Осмотрен эндокринологом, даны рекомендации по регулированию уровня глюкозы в крови. С этого же времени отмечает возобновление болей в животе. При контрольной МСКТ-ангиографии обнаружена частичная реканализация полости аневризмы. Выполнена дополнительная эмболизация полости, чем достигнут эффект «стоп-контраста». Осмотрен в январе 2014 г. Продолжает лечение диабета и соблюдение режима питания. Болевой синдром не рецидивировал.

Ответы на вопросы. Панкреатит алкогольный. До операции беспокоили только боли. Получает инсулин. Сейчас незначительные боли после еды сохраняются. Прибавил в массе тела. Эмболизация оба раза производилась спиралью. От начала болевого синдрома до эмболизации прошло 10 дней. Сейчас устанавливается крафт-стент. Внутриаартериально вводили цитостатики.

Прения

Н.Ю.Коханенко. Аневризма возникла вследствие панкреатита, а не наоборот. Она отмечается у 20% больных с кистами. Мы лечим аневризмы эндоваскулярно, без летальных исходов. Из 450 больных с кистами встретили 25 аневризм. При нарушении аневризмы — летальность 50%, без нарушения — летальных исходов удаётся избежать.

М.Д.Ханевич. Хронический панкреатит — причина, которая может привести к рецидиву аневризмы.

М.Ю.Кабанов (председатель). Спасти больного с разрывом аневризмы можно лишь в тех стационарах, где развита эндоваскулярная хирургия.

2. М.Д.Ханевич, Г.М.Манихас, С.М.Ваикуров, М.А.Куканов, А.В.Хазов (СПбГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»). **Хирургическое лечение гигантской липосаркомы правого бедра с использованием современных технологий.**

Цель демонстрации — показать возможность и эффективность использования эндоваскулярных и криохирургических методик в лечении сарком мягких тканей.

Больной Р., 58 лет, 20.06.2011 г. поступил в стационар СПбГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер» с диагнозом «Рецидив липосаркомы мягких тканей правого бедра pT2bN0M0G2, Ib стадия. Распад и диффузное кровотечение из опухоли. Анемия средней степени тяжести». Значимых хронических заболеваний со стороны жизненно важных органов и систем организма не установ-

лено. 22.06.2011 г., за 1 ½ ч до основного этапа операции произведена ангиография артерий правого бедра с оценкой характера кровоснабжения опухоли. Был установлен смешанный тип артериального кровотока. Визуализированы 2 основных артериальных сосуда. Они располагались в области верхнего и нижнего полюсов опухоли. Посредством введения взвеси гемостатической губки в устья артерий произведена окклюзия питающих сосудов. Достигнута частичная редукция кровотока в зоне опухоли. Второй этап хирургического вмешательства состоял в криодеструкции опухоли с соблюдением принципов тотальной заморозки видимой опухолевой ткани. Криоаппликаторы располагали по периметру опухоли по типу «олимпийских колец» с включением в заморозку 2,5 см непоражённой опухолью ткани. Третьим этапом явилось удаление самой опухоли единым блоком с соблюдением принципов «футлярности» и «зональности». Из 12 взятых с раневой поверхности мазков-отпечатков в 3 были обнаружены клетки липосаркомы. В связи с этим произведено трехкратное криовоздействие с охватом всей зоны раневой поверхности. В контрольных мазках-отпечатках, выполненных после третьего криовоздействия, опухолевых клеток обнаружено не было. Операция выполнена с минимальным объёмом кровопотери (около 200 мл). Предварительно проведённая рентгеноэндоваскулярная эмболизация питающих опухоль сосудов и криовоздействие позволили в значительной степени повысить абластичность вмешательства. Послеоперационное течение без осложнений. Швы с кожи сняты на 14-е сутки. Функция конечности при выписке удовлетворительная. Наблюдение в течение 3 лет — данных за рецидив липосаркомы, регионарных и отдалённых метастазов не установлено. Продолжается диспансерное наблюдение за пациентом.

Ответы на вопросы. Первая операция произведена в 2009 г. в поликлинике. Опухоль росла 2–3 года. Болей не было. Сидеть было неудобно, началось кровотечение. Гистологическое представление при повторных исследованиях не изменилось. Сейчас криодеструкция опухолей применяется достаточно часто.

Прения

М.Ю.Кабанов (председатель). Наблюдение позитивно. Желательно сравнить результаты криодеструкции при опухолях конечностей и поджелудочной железы.

ДОКЛАД

К.В.Павелец, М.В.Антипова, М.Ю.Лобанов, Е.Ф.Лацко, О.Г.Вавилова (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова СПбГПМУ; ГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Пути повышения операбельности больных раком желудка пожилого и старческого возраста.**

В период с 2001 г. по декабрь 2012 г. авторы обследовали и лечили по поводу рака желудка 113 пациентов старших возрастных групп: 80 (70,8%) — пожилого, 31 (27,4%) — старческого возраста и 2 (1,8%) — долгожителя. Все больные имели сопутствующие заболевания. Во время комплексного обследования больных с подозрением на рак желудка стандартными являлись рентгеновский (рентгенография, рентгеноскопия, КТ), эндоскопический (ФГДС, эндоУЗИ), ультразвуковой методы и гистологическое исследование биопсийного материала. Помимо стандартного предоперационного обследования, пациентам в обязательном порядке проводилось ЭКГ-исследование, эхокардиография

(Эхо-КГ), а также суточное мониторирование ЭКГ при выявлении нарушений ритма и проводимости. Эхо-КГ позволила оценить систолическую и диастолическую функции миокарда, выраженность лёгочной гипертензии и провести динамическое наблюдение при лечебных мероприятиях. При повторном Эхо-КГ-обследовании через 10–14 дней после начала кардиотропной терапии у больных с имеющимися изначально отклонениями отмечалась положительная динамика. В результате обследования 4 пациентам в операции было отказано (у 3 диагностирована IV стадия заболевания, у 1 — некорректируемые отклонения Эхо-КГ-показателей). Общая операбельность составила 96,5%. На основании полученных интраоперационных данных, 93 (85,3%) пациентам были выполнены радикальные оперативные вмешательства (гастрэктомия, ГЭ) — 21, ГЭ с резекцией нижней трети пищевода — 15, дистальная субтотальная резекция желудка (ДСРЖ) — 48, проксимальная субтотальная резекция желудка (ПСРЖ) — 3, ПСРЖ с резекцией нижней трети — 5, экстирпация культи желудка — 1, 8 (7,3%) больным произведены циторедуктивные операции (ДСРЖ — 5, ГЭ — 3); 4 (3,7%) — сформированы обходные анастомозы; 4 (3,7%) — эксплоративная лапаротомия. Резектабельность составила 92,7%. В раннем послеоперационном периоде из 109 оперированных больных осложнения возникли у 21 (19,3%), из них инфаркт миокарда — у 1 (0,9%) больного, нарушения ритма — у 4 (3,7%), острая послеоперационная сердечная недостаточность — у 2 (1,8%), тромбоз эмболия ветвей лёгочной артерии — у 3 (2,75%), пневмония — у 6 (5,5%). В подавляющем большинстве с возникшими осложнениями удалось справиться. У 5 больных они послужили причиной смерти (острая сердечная недостаточность — у 2, полиорганная недостаточность — у 2 и тромбоз эмболия лёгочной артерии — у 1). Общая летальность составила 4,6%.

Таким образом, при сопутствующих сердечно-лёгочных заболеваниях медикаментозная коррекция последних позволяет в большинстве случаев выполнить радикальные операции с хорошими ближайшими результатами.

Ответы на вопросы. В дооперационной диагностике применялись онкомаркеры СА19-9 и СА72-4. Особенности анестезиологического сопровождения — эпидуральная и регионарная анестезия. Стресс-Эхо-КГ не применялась. Интраоперационно вводились нитраты.

Е.А.Курникова. До операции должен быть консенсус хирурга, анестезиолога, кардиолога. Иногда требуются коронарография или даже АКШ.

Прения

М.Д.Ханевич. Пожилой возраст больных сейчас — обычное явление. Важнее группа больных старческого возраста, которым чаще отказывают кардиохирурги. Недостаточно раскрыта тема расширенных вмешательств. Представляется, что чем старше больной, тем эффективнее операция.

К.В.Павелец. 25% больных ранее было отказано в других учреждениях, в том числе онкологических. Всегда выполнялась лимфодиссекция D2. Главное — не нужно отказывать этим больным в операции.

М.Ю.Кабанов (председатель). В настоящее время я представляю учреждение ветеранов войн, поэтому для нас лечение этих больных особенно важно.

Поступил в редакцию 04.07.2014 г.