

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Председатель Правления — М. П. Королёв, ответственный секретарь — А. Л. Филонов,
референт — Ю. В. Плотников

**2401-е заседание 13.11.2012 г.,
совместное заседание Комитета по здравоохране-
нию Санкт-Петербурга, Хирургического общества
Пирогова и Ассоциации хирургов Санкт-Петербурга
«Хирургическая помощь населению
Санкт-Петербурга: современное состояние,
проблемы и пути решения»**

Председатель — М. П. Королёв

Почётной грамотой награждён А. Д. Слобожанкин

С приветственными словами к конференции обратились
1-й заместитель председателя Комитета по здравоохране-
нию Администрации Санкт-Петербурга В. Е. Жолобов,
профессора Л. В. Поташов, Н. А. Майстренко, П. Н. Зуба-
рев, С. Ф. Багненко.

ДОКЛАДЫ

1. П. К. Яблонский, О. Н. Скрябин (Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга). **Состояние хирургической помощи населению Санкт-Петербурга: проблемы и перспективы.**

В нашем здравоохранении, как в зеркале, отражаются проблемы, переживаемые всей страной. В период катастрофической нехватки средств основной упор в отечественном здравоохранении был сделан на оказании неотложной помощи. К настоящему времени мы имеем «перекос» в соотношении: экстренная/плановая помощь — в сторону экстренной; крайне низкую диагностическую базу в поликлиническом звене и нехватку квалифицированных кадров. В докладе по состоянию на 2011 г. представлен численный состав врачей-хирургов Санкт-Петербурга, оценен их профессиональный уровень, показана степень обеспеченности населения хирургической помощью. Представлены и подвергнуты анализу основные показатели деятельности лечебных учреждений города по оказанию хирургической помощи взрослому населению. Дана характеристика структуры экстренной госпитализации в истекшем году. Показан удельный вес высокотехнологичной медицинской помощи в практике общих хирургов Санкт-Петербурга. На примере работы поликлинического звена самого большого района города — Калининского — рассмотрены некоторые проблемы организации плановой госпитализации. Отдельному анализу подвергнуты организация и результаты хирургической помощи онкологическим

больным в неспециализированных стационарах города. Дана информация о деятельности рабочей группы при Комитете по здравоохранению, созданной с целью оптимизации коечного фонда неспециализированных стационаров. Под новым углом зрения произведена сравнительная оценка пятилетней кумулятивной скорректированной выживаемости больных, прооперированных в общехирургических и онкологических учреждениях. Конкретизированы пути реорганизации онкологической службы Санкт-Петербурга. Подведены итоги основных событий последних лет, показаны направления модернизации деятельности медицинских учреждений Санкт-Петербурга.

Ответы на вопросы. Перенос аттестационных комиссий из Москвы на регионарный уровень был бы положительным явлением. Планируются выездные аттестации сотрудников федеральных учреждений. Отмечена закономерность, что с уменьшением аттестованных хирургов летальность повышается.

2. А. Ф. Романчишен (Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет). **Состояние эндокринной хирургии и онкологии в Санкт-Петербурге.**

Эндокринная хирургия — это мультидисциплинарная специализация в хирургии, требующая подготовки по эндокринологии, онкологии, ларингологии и неврологии для лечения больных с заболеваниями щитовидной, околощитовидных, вилочковой, поджелудочной желёз и надпочечников.

За последние 10 лет (2001–2011 гг.), по данным Комитета по здравоохранению, в городе было выполнено 21 105 операций на органах эндокринной системы, в том числе, 14 845 — на щитовидной железе (ЩЖ) с послеоперационной летальностью 0,2 и 0,14% соответственно. Детей было 421 и 198 соответственно. Непосредственно в центре были оперированы 11 002 больных с заболеваниями ЩЖ, что составило 74,1%. Эндокринная заболеваемость населения Санкт-Петербурга на протяжении последних 20 лет неуклонно растёт. Однако статистический учёт требует доработки в виде централизации (с учётом операций, выполненных в федеральных учреждениях), унификации, детализации и контроля, в особенности по отношению к послеоперационным осложнениям, до- и послеоперационной морфологической верификации диагнозов. По-прежнему плохой остаётся диагностика первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ), который в нашей стране выявляется в 95% наблюдений на этапе

тяжёлых осложнений. Между тем, ПГПТ, по данным американских коллег, выявляется примерно у 1% жителей страны. Широкое внедрение лабораторного скрининга населения на уровень кальция крови позволяет выявлять ПГПТ на ранних, нередко, лабораторных стадиях болезни в 95% (а не 5%, как в нашем городе).

Учитывая значительное количество пациентов, нуждавшихся в повторных операциях по поводу рецидивов доброкачественных (1368) и злокачественных заболеваний (728 комбинированных, расширенных операций) органов эндокринной системы, выполненных в нашем центре, необходимо улучшить качество помощи больным с заболеваниями ЩЖ патологией путём их первичного лечения в специализированных центрах и клиниках, повысить квалификацию хирургов, восстановить научно-методическую работу эндокринного общества города, совместные семинары хирургов, эндокринологов, онкологов и морфологов Санкт-Петербурга для более тесного сотрудничества и взаимопонимания коллег.

В период с 2007 по 2011 г. на 56 международных собраниях хирургами кафедры и центра сделано 149 докладов, лекций, видеопрезентаций. Опубликовано 117 научных работ, из них 63 — за рубежом. Необходимо продолжить и расширить контакты с зарубежными эндокринными хирургами и онкохирургами для дальнейшего совершенствования качества помощи населению нашей страны и пропаганды опыта отечественной школы хирургии.

3. А. В. Безуглый, Л. Ф. Винник, И. В. Титаренко.
Современное состояние амбулаторной хирургии в Санкт-Петербурге. Проблемы и перспективы.

В течение календарного года в поликлинических учреждениях Санкт-Петербурга зарегистрировано 1 412 941 обращение за хирургической помощью. Структура обращений на основании кодов МКБ-X представлена следующим образом: заболевания опорно-двигательного аппарата (М) — 509 133 (36,03%), сосудов (I) — 262 949 (18,61%), кожи и подкожной клетчатки (L) — 235 049 (16,64%), органов живота (K) — 111 418 (7,89%), различные варианты обследования, наблюдения и осмотра пациентов (Z) — 100 662 (7,13%). Остальные группы заболеваний: ранения и повреждения (S), доброкачественные новообразования (D), травмы, ожоги и их последствия (T), заболевания мочеполовой сферы (N) и др. имели в общей структуре удельный вес менее 5%. Заболевания опорно-двигательного аппарата представлены большим разнообразием нозологических форм, среди которых преобладают гонартроз — 23,5%, коксартроз — 6,7%, артроз других суставов — 18,2%, полиартроз — 7,9%. Остеохондроз позвоночника выявляется в 8,2% обращений, приобретенные деформации конечностей, в первую очередь, плоскостопие — в 9,7%, энтезопатии, преимущественно, пяточная шпора — в 6,3%. На долю неосложнённой варикозной болезни пришлось более половины всех обращений при заболеваниях кровеносных сосудов — 51,4%. Осложнённое течение этого заболевания фиксировалось в 5,93% случаев. Атеросклеротическое поражение артерий конечностей отмечено в 16,9% наблюдений, неосложнённый геморрой — в 8,25%, тромбированный или воспалённый геморрой — в 2,8%. Среди заболеваний кожи, ее придатков и подкожной жировой клетчатки лидирующую позицию занимают абсцессы, фурункулы и карбункулы — 26%, далее следуют различные кисты и опухолеподобные новообразования — 16,3%, вросший ноготь — 11,45%, панариции — 9,7%,

флегмоны различных локализаций — 8,4%. Традиционно весомое место в работе поликлинического хирурга занимают неотложные заболевания органов живота. Различные формы острого холецистита составили 11,8% наблюдений, острого аппендицита — 10,5%. Паховые грыжи встречались в 15,8%, пупочные — в 8,1%, другие грыжи передней брюшной стенки — в 8,2%. Среди разных форм грыж были отмечены осложнения в виде ущемления с развитием острой кишечной непроходимости у 1,6–2,6% больных. Также значительную долю составили заболевания прямой кишки (анальные трещины, параректальные свищи, парапроктиты и полипы) — 9,2%. В амбулаторно-поликлинических учреждениях и подразделениях города разной ведомственной подчинённости выполняются 125 000–128 000 операций в год. При анализе числа операций в поликлиниках взрослой сети показатели также остаются стабильными — 59 000–62 000 вмешательств. Специалистами хирургического профиля одной взрослой поликлиники в среднем за год выполняются около 960–1000 операций. Однако при этом отмечается существенный разброс числа вмешательств в одной поликлинике — от 35 до 3531. В структуре оперативных вмешательств, выполняемых хирургами городских поликлиник, преобладают операции при гнойно-воспалительных заболеваниях и поверхностных доброкачественных новообразованиях. Эти же заболевания, наряду с заболеваниями органов живота и периферических сосудов, составляют основную массу госпитализируемых в стационары. Среди проблем, сдерживающих развитие амбулаторной хирургии в Санкт-Петербурге, необходимо отметить следующие: отсутствие стандартов оказания хирургической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях; ограниченный лимит времени на прием одного пациента, существенно снижающий возможности специалиста по выполнению лечебно-диагностических мероприятий (ни одним из ныне существующих руководящих документов не предусмотрено время на ведение медицинской документации); выполняемые в хирургических отделениях поликлиник операции и манипуляции не тарифицируются, что в значительной мере снижает интерес медицинского персонала к одному из основных направлений своей деятельности; низкая пропускная способность диагностической базы и ограниченная доступность специализированной хирургической помощи (ангиологической, онкологической и др.) значительно удлиняют сроки обследования и оказания узкоспециализированной хирургической помощи. Основными направлениями совершенствования хирургической помощи на догоспитальном этапе в городе представляются: приведение к реальным потребностям практических хирургов ряда нормативных актов и руководящих документов; разработка и апробация стандартов (протоколов) оказания хирургической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях (подразделениях); переход к адекватной системе оплаты труда специалистов хирургического профиля, стимулирующей превентивную направленность работы; налаживание эффективного взаимодействия различных служб здравоохранения с целью повышения доступности специализированной медицинской помощи населению. Стационарозамещающие формы медицинской помощи при хирургических заболеваниях занимают существенное место. В 2011 г. дневные стационары были возвращены в 53 больницах (43% от общего числа стационаров) и 114 поликлинических учреждениях Санкт-Петербурга (57% от общего числа поликлиник). Обеспеченность койками дневных стационаров в поликлиниках на 10 000 человек в городе

составила 11,52. Средняя занятость койки дневного стационара в больницах города — 496, в поликлиниках — 471. Среднее число оперированных больных среди выписанных из дневных стационаров больниц — 2,5, поликлиник — 4,4. Достаточная обеспеченность населения Санкт-Петербурга койками дневного стационара не решает, в целом, проблемы диагностики и лечения хирургических заболеваний. Доля дневных хирургических стационаров среди всех дневных стационаров крайне мала. Специализированные хирургические койки в дневных стационарах общего профиля малочисленны, так как штатным расписанием в дневных стационарах преимущественно предусмотрены терапевтические ставки. Большинство больных хирургического профиля, находившихся на лечении в дневных стационарах, получали консервативную терапию (комплексное лечение заболеваний опорно-двигательного аппарата и кровеносных сосудов и др.). Для решения задач по оперативному лечению хирургической патологии в условиях сокращенного пребывания больных в городе создана и функционирует сеть центров амбулаторной и специализированной хирургии (ЦАХ). На сегодняшний день в учреждениях различной ведомственной подчиненности развернуто 14 таких центров, 4 из них — при больничных стационарах. Большинство этих ЦАХ занимаются лечением общехирургических заболеваний, однако есть и специализированные (детской хирургии, оториноларингологии, ангиологии, хирургии кисти, по лечению хирургической инфекции). В среднем за год в этих центрах выполняются около 10 000 оперативных вмешательств, значительная часть которых относятся к операциям расширенного объема. При несомненно позитивном многолетнем опыте деятельности подобных центров сохраняются значимые проблемы, мешающие дальнейшему развитию стационарозамещающих технологий в хирургии Санкт-Петербурга: тарифная политика не ориентирована на стимулирование выполнения оперативных вмешательств при неосложненных заболеваниях у соматически сохраненных в центрах амбулаторной хирургии; значительное усложнение лицензирования анестезиологической службы существенно ограничивает возможности стационарозамещающей хирургической помощи в ЦАХ; центры амбулаторной хирургии решают сложные узкоспециализированные вопросы не только в рамках одного района, но зачастую являются межрайонными, а задача по оснащению современной новой аппаратурой часто ложится на поликлинику. Во многих регионах Российской Федерации и за рубежом «большая амбулаторная хирургия» давно признана самостоятельным и перспективным направлением современной хирургии. Правильный отбор больных, применение миниинвазивных и щадящих методик оперирования, оснащение ЦАХ современной медицинской аппаратурой, постоянное развитие идеологии стационарозамещающей хирургической помощи позволяют вывести работу центров на новый уровень.

Ответы на вопросы. При неосложненной варикозной болезни выполняется 900–1000 операций в год. В приемных отделениях больниц амбулаторная помощь оказывается 30% больных и более.

4. В. В. Стрижелецкий (ГБУ «31-я больница»). **Место современной лапароскопической хирургии в лечении хирургических больных.**

Лапароскопическая хирургия за исторически очень короткий промежуток времени прошла путь от экзотической, уникальной методики до массового хирургического метода, без которого невозможно представить современную

хирургию. В докладе отражены возможности лапароскопической хирургии с использованием современных технологий как в плановой, так и в экстренной хирургии. Акцентируется внимание на нерешенных вопросах её широкого использования.

5. М. П. Королёв (Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет). **Современные малоинвазивные технологии в хирургии.**

Сегодня уже ни у кого не вызывает сомнения необходимость внедрения малоинвазивных технологий в хирургию. Это, прежде всего, лапароскопическая хирургия в различных разделах медицины (абдоминальная и торакальная хирургия, гинекология, травматология, эндокринная хирургия, онкология). Большое место в диагностике и лечении многих заболеваний занимает современная эндоскопия (эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, энтероскопия, бронхоскопия, артроскопия и т.д.). В последнее время большое место в диагностике и лечении занимают эндосонаграфия и лечебные технологии УЗИ. Преимущества малоинвазивных технологий заключаются, с одной стороны, в быстрой и правильной постановке диагноза, с другой стороны — в больших лечебных возможностях, которые в ряде случаев превосходят традиционные хирургические операции. Это, прежде всего, адекватность операции заболеванию, значительное улучшение функциональных результатов лечения, выраженный косметический эффект, значительное сокращение длительности пребывания больного на койке и на листке нетрудоспособности, снижение частоты наступления инвалидности. В настоящее время в Санкт-Петербурге эндоскопия выполняется в 123 учреждениях города. В городе имеются 260 дипломированных врачей-эндоскопистов. В год выполняется около 200 тыс. исследований и манипуляций. Современная эндоскопия занимает ведущее место в диагностике и лечении следующих заболеваний: язва желудка и двенадцатиперстной кишки, рак желудка, рак пищевода, рак толстой кишки, кардиоспазм, дивертикул Ценкера, полипы желудочно-кишечного тракта, желчнокаменная болезнь, различные стриктуры, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит. С разработкой современных ультразвуковых эндоскопов появилась возможность ранней диагностики опухолей забрюшинного пространства, стредостения, заболеваний поджелудочной железы. В последнее время активно развиваются сочетанные оперативные вмешательства под контролем эндоскопии и эндоУЗИ-аппаратов (вирсунголитиаз, осложненный холедохолитиаз, доброкачественные и злокачественные стриктуры желчных путей).

Состояние эндоскопической службы в Санкт-Петербурге можно считать удовлетворительным. Во всех крупных стационарах города организованы эндоскопические отделения с круглосуточным режимом работы, которые выполняют в год огромный объем работы: от 8000 до 11 000 исследований в год. В больницах № 16, 17, клинической больнице № 122 им. Л. Г. Соколова, НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе выполняется весь спектр эндоскопических исследований и манипуляций. Вместе с тем, анализ показывает, что в 50% учреждений, где делается эндоскопия, выполняется только диагностическая эндоскопия, причём очень низкого качества. Это обусловлено, прежде всего, отсутствием современных цифровых эндоскопов. Для многих врачей-эндоскопистов такие методы исследования, как ZOOM, NBA, хромоскопия, конфокальная эндоскопия, лазерная эндоскопия, недоступны. В год в Санкт-Петербурге диагностируются и эндоскопически

оперируются всего 25–30 ранних раков желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), что составляет 0,015%. Многие эндоскопические кабинеты не оборудованы современной аппаратурой для остановки кровотечений из ЖКТ (отсутствуют клипаторы, лигаторы, аргонно-плазменные коагуляторы, тепловые зонды). К большому сожалению, мало уделяется внимания эндоскопическому обследованию толстой кишки. На 1 колоноскопию приходится 20 гастроскопий, а в развитых странах это соотношение 1:1. Причины этого заключаются, с одной стороны, в отсутствии в амбулаторной сети возможности выполнять колоноскопию под седацией, нет коек кратковременного пребывания, с другой стороны — недостаток подготовленности врачей-эндоскопистов для выполнения колоноскопии. В Санкт-Петербурге только в 5 учреждениях города имеется эндосонаграфия, что крайне мало для такого города, как Санкт-Петербург. В городе практически не развиты капсульная эндоскопия и энтероскопия. Для решения всех вышеперечисленных проблем необходимо создать в городе комплексную программу по развитию эндоскопии с обязательным использованием её в скрининге рака органов желудочно-кишечного тракта.

6. С. А. Шляпников, Н. А. Бубнова, С. В. Петров. Проблема хирургических инфекций в Санкт-Петербурге.

Хирургическая инфекция — локальное проявление болезни всего организма. Актуальными вопросами лечения являются рост числа больных с анаэробной инфекцией, тяжёлое течение заболевания у больных с сахарным диабетом («сахарная стопа»), отсутствие системы лечения и реабилитации гнойной остеологии, тяжёлого сепсиса; большое количество влажных гангреноз на фоне облитерирующих заболеваний. Медперсонал не имеет компенсаций за работу с ВИЧ-инфицированными больными. Недостаточно отделений медико-социальной помощи хирургическим больным (отделений сестринского ухода). Для лечения больных необходимо привлечение специалистов почти всех отраслей медицины. В городе создана впервые в РФ система лечения больных с тяжёлым сепсисом, у которых летальность составляет 36%.

Ответы на вопросы. Больной лечится в специализированном отделении до нивелирования органной недостаточности. Далее снижается финансирование, поэтому результаты ухудшаются. Если микробы-возбудители становятся нечувствительными к антибиотикам, нужно принимать противоэпидемические меры. Новый переносчик инфекции — мобильный телефон.

7. А. В. Кочетков (Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга). Диагностические и лечебные ошибки в лечении хирургических больных. Пути улучшения качества оказания медицинской помощи хирургическим больным в ЛПУ Санкт-Петербурга.

Проведен анализ состояния качества хирургической помощи в ЛПУ Санкт-Петербурга за 10 мес 2012 г. по результатам 80 целевых экспертиз качества медицинской помощи (КМП) при обращении граждан с жалобами, выборке летальных исходов в различных стационарах и 19 наблюдений хирургической помощи, рассмотренных на постоянно действующей Городской клинко-экспертной комиссии (ГорКЭК). По результатам экспертизы ЭКМП больным хирургического профиля, в случаях жалоб и летальных исходов отмечается, что только в 30% качество оценивается надлежащим, полностью соответствующим стандартам оказания медицинской помощи. В 45% наблюдений выяв-

лены дефекты медицинской помощи, оказавшие влияние на состояние пациентов, в 14% — имеющие социальные последствия. Дефекты ведения медицинской документации и нерациональное использование ресурсов диагностики и лечения без влияния на состояние пациентов выявлены в 25% наблюдений. По результатам работы ГорКЭК в 2012 г. выявлены 4 (21%) наблюдения хирургической помощи ненадлежащего качества с социальными последствиями (V–VI класс), 6 (32%) дефектов помощи с влиянием на состояние пациентов и только в 1 случае КМП признано надлежащим. При анализе структуры дефектов хирургической помощи наиболее частыми оказались ошибки объема клинического обследования и диагностики (79%) и лечения (74%), реже преемственности — 26%. Анализ проведенных целевых экспертиз качества хирургической помощи показал, что в 70% наблюдений и при летальных исходах оно является ненадлежащим. Высказанные в жалобах претензии в большинстве случаев обоснованы. Основными направлениями улучшения качества хирургической помощи в настоящее время следует считать устранение системных дефектов организации хирургической помощи в стационарах, особенно в выходные и праздничные дни; устранение дефектов сбора информации и объема диагностического процесса; соблюдение протоколов и стандартов диагностики и лечения, особенно в неотложной абдоминальной хирургии. Важным направлением улучшения результатов работы является строгое соблюдение законов деонтологии врачебным и сестринским персоналом хирургических отделений.

Ответы на вопросы. Оценка качества оказания медицинской помощи основывается на методических рекомендациях по порядку проведения экспертизы качества медицинской помощи в лечебных учреждениях Санкт-Петербурга. Дефект оказания медицинской помощи не является врачебной ошибкой. Мобильные телефоны в ОРИТ нежелательны.

8. М. П. Королёв. Вопросы работы Санкт-Петербургского отделения Российского общества хирургов (РОХ).

Изложены цели и задачи, порядок и условия работы общества, правила вступления в общество.

Фирмы «КЕЛЕАНЗ Медикал» и ЗАО «Эколаб» (Т. А. Попова) представили презентации: «Комплексное оснащение операционных» и «Высокотехнологичные методы защиты от инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи».

Поступил в редакцию 12.03.2013 г.

2402-е заседание 28.11.2012 г., совместное заседание с Научным обществом онкологов, посвященное 85-й годовщине Научно-исследовательского института онкологии им. Н. Н. Петрова

Председатели — А. М. Беляев, М. П. Королёв, В. Ф. Семиглазов

А. М. Беляев выступил с приветственным словом.

Продемонстрирован фильм, посвященный юбилею НИИ онкологии им. проф. Н. Н. Петрова

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А. М. Карачун, Д. В. Гладышев, Ю. В. Пелипась, А. А. Доманский, К. К. Лебедев, М. А. Беляев, М. Е. Моисеев (Научно-исследовательский институт онкологии им. Н. Н. Петрова, Городская больница № 40). **Опыт успешного лечения гигантских опухолей слепой кишки.**

Больной Е., 34 лет, обратился в Городскую больницу № 40 в апреле 2011 г. с жалобами на распадающуюся зловонную опухоль на коже правой подвздошной области, повышение температуры тела, периодические схваткообразные боли в животе. В октябре 2010 г. оперирован по поводу деструктивного аппендицита с формированием наружного кишечного свища. В марте 2011 г. на месте закрывшегося свищевого отверстия появилось изъязвленное объемное образование. Патоморфологическое исследование биоптатов — умеренно дифференцированная аденокарцинома. По результатам обследования выявлена опухоль слепой кишки, прорастающая подвздошную кишку и переднюю брюшную стенку, новообразование в S_V печени диаметром до 3 см, увеличение паракольных, наружных подвздошных и паховых лимфатических узлов. Патоморфологическое исследование тонкоигольных биоптатов из пахового лимфатического узла — аденокарцинома. 13.04.2011 г. выполнена расширенная комбинированная правосторонняя гемиколэктомия с резекцией 50 см подвздошной кишки, передней брюшной стенки, атипичной резекцией V сегмента печени с пластикой дефекта передней брюшной стенки сетчатым эндопротезом. Патоморфологическое исследование — умеренно дифференцированная аденокарцинома слепой кишки, прорастающая все слои стенки кишки и передней брюшной стенки, врастающая в петлю подвздошной кишки. Метастаз аденокарциномы в печени. Течение послеоперационного периода неосложненное. Метастатический правый подвздошный лимфатический узел оставлен в качестве маркера очага. По месту жительства получил 6 циклов полихимиотерапии по схеме FOLFOX, на фоне которых отмечен регресс размеров маркера в правой подвздошной области. При обследовании в июле 2011 г. выявлен субплевральный очаг в нижней доле правого легкого. При КТ живота в марте 2012 г. данных за рецидив не получено. Раковый эмбриональный антиген (РЭА) от февраля 2012 г. — 2,8 нг/мл.

Пациент Б., 52 лет, обратился в НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова в феврале 2012 г. с аналогичными жалобами. В ноябре 2010 г. перенес комбинированную правостороннюю гемиколэктомия с резекцией передней брюшной стенки по поводу местно-распространенного рака слепой кишки, осложненного наружным кишечным свищем. В послеоперационном периоде получил 5 циклов адъювантной химиотерапии 5-фторурацилом. В июне 2011 г. произведено иссечение инфильтрата в области послеоперационного рубца (метастаз аденокарциномы). На фоне проведенных 3 циклов химиотерапии по схеме XELOX отмечено прогрессирование заболевания в виде увеличения размеров рецидивной опухоли. По результатам обследования выявлена опухоль в правой подвздошной области, прорастающая все слои брюшной стенки, с вовлечением в конгломерат петель тонкой и сигмовидной кишки. Отдаленных метастазов не выявлено. Патоморфологическое исследование биоптатов — высокодифференцированная аденокарцинома. 01.03.2012 г. выполнена комбинированная симультанная правосторонняя гемиколэктомия с резекцией тонкой и сигмовидной кишки,

паранефральной клетчатки справа, передней брюшной стенки с пластикой дефекта передней брюшной стенки сетчатым эндопротезом и перемещенным кожно-жировым лоскутом. Патоморфологическое исследование — рецидив умеренно дифференцированной аденокарциномы, прорастающей в переднюю брюшную стенку. Метастаз аденокарциномы в сигмовидной кишке. Течение послеоперационного периода неосложненное.

Ответы на вопросы. Оба больных перенесли аппендэктомии. Надо полагать, что опухоли у больных уже были.

Прения

В. Ф. Семиглазов (председатель). При таком распространении процесса у врачей обычно опускаются руки. Но современные исследования позволили точно определить распространенность процесса и выполнить обширные операции. Проведение химиотерапии позволяет продлить жизнь, примерно, на 3 года.

2. Е. В. Левченко, А. М. Шербаков, С. Ю. Дворецкий, Е. И. Тюреева, А. Е. Карелов, З. А. Раджабова, И. В. Комаров, А. И. Семенова (Научно-исследовательский институт онкологии им. Н. Н. Петрова). **Успешное применение комплексного химиолучевого и оперативного лечения рака пищевода.**

Больной Ш., 58 лет, обратился в НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова в мае 2011 г. с жалобами на дисфагию, периодические боли за грудиной. Первые признаки заболевания появились в ноябре 2010 г. При обследовании выявлена стенозирующая опухоль шейно-грудного отдела пищевода (инвазивный плоскоклеточный рак) протяженностью 5 см с прорастанием всех слоев стенки. Данных за отдаленные метастазы не получено. Первым этапом комплексного лечения была выполнена аргонно-плазменная реканализация опухолевого стеноза пищевода, позволившая устранить дисфагию и провести брахиотерапию. В июне–июле 2011 г. проведена индукционная химиолучевая терапия, состоявшая из 3 сеансов внутрисветовой брахиотерапии (СОД — 21 Гр) и 2 циклов полихимиотерапии (цисплатин + фторурацил). 22.08.2011 г. была выполнена операция — расширенная комбинированная экстирпация пищевода с циркулярной резекцией 4 хрящевых колец трахеи, шейная лимфаденэктомия по Даниельсу, лимфодиссекция D2, еюностомия по Витцелю. Сформирован односторонний фарингогастро- и межтрахеальный анастомоз. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением. При морфологическом исследовании операционного материала отмечен полный лечебный патоморфоз рака пищевода. Опухолевые клетки не обнаружены. При контрольном осмотре в мае 2012 г. данных за прогрессирование рака пищевода нет. Отмечает осиплость голоса.

Ответы на вопросы. Первым симптомом заболевания была дисфагия. После выписки были эпизоды лихорадки, но пневмония не была подтверждена. Хирургическому лечению подлежат все больные хотя бы с минимальным эффектом на лучевую или химиотерапию. У больного, кроме всего, был стеноз пищевода. После брахиотерапии не умер ни один человек. Послеоперационная летальность при опухолях шейного отдела пищевода 30%. Операция находится в стадии разработки, рекомендовать ее мы пока не можем.

Прения

В. Ф. Семиглазов (председатель). Блестящая оперативная техника в сочетании с другими методами лечения привела к положительному результату.

ДОКЛАД

А. М. Карачун, Д. В. Гладышев, Ю. В. Пелипась, И. И. Алиев, П. А. Сапронов, М. Е. Моисеев (Научно-исследовательский институт онкологии им. Н. Н. Петрова, Городская больница № 40). **Радикальные эндовидеохирургические вмешательства в хирургии солидных опухолей желудочно-кишечного тракта.**

Малоинвазивные вмешательства при солидных опухолях желудочно-кишечного тракта в Японии и Южной Корее являются стандартом хирургического лечения, в то время как в России, ряде стран Западной Европы и США находятся на этапе клинических исследований. К преимуществам эндовидеохирургических операций традиционно относят меньшую травматичность, менее выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде, уменьшение частоты и тяжести послеоперационных осложнений ввиду лучшей визуализации анатомических структур. Сомнения в оправданности малоинвазивных технологий связаны с необходимостью выполнения мини-лапаротомии для извлечения макропрепарата, а также с нивелированием преимуществ доступа объемом самого вмешательства. В докладе представлен опыт хирургического лечения больных со злокачественными новообразованиями желудка, толстой и прямой кишки с использованием лапароскопических технологий. В период с декабря 2009 г. по март 2012 г. выполнено 28 видеоассистированных радикальных операций на желудке и 88 — на толстой и прямой кишке. Проанализированы непосредственные результаты операций. Низкая послеоперационная летальность, малая частота интра- и послеоперационных осложнений, прецизионная техника лимфодиссекции, возможность ранней активизации больных в сочетании с хорошим косметическим эффектом позволяют считать лапароскопические вмешательства в хирургии ранних форм солидных опухолей ЖКТ обоснованными и целесообразными. Вместе с тем, для окончательного суждения о роли и месте малоинвазивных технологий в хирургии рака желудка, толстой и прямой кишки необходимо изучение отдаленных результатов в ходе рандомизированных клинических исследований.

Ответы на вопросы. Конверсия — оправданный выход из сложных ситуаций. Ожирение, операции на брюшной полости в анамнезе пока являются относительным противопоказанием к лапароскопическим операциям. При распространенном раке желудка возможны диагностическая лапароскопия, определение распространенности, адьювантная терапия, после этого — повторение лапароскопии и рестадирование, вероятен переход на открытую операцию. Контроль качества лечения осуществляет морфолог. Эффективность химиотерапии при раке желудка пока является сомнительной. Большие надежды связываются с химиолучевой терапией.

Прения

М. П. Королёв. Поздравляем НИИ онкологии им. проф. Н. Н. Петрова с 85-й годовщиной открытия.

М. А. Беляев (председатель). Благодарю Хирургическое общество Пирогова за проведение совместного собрания. Надеемся на встречи в будущем.

Поступил в редакцию 12.03.2013 г.

2403-е заседание 12.12.2012 г.

Председатель — Р. В. Чеминава

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. В. Н. Польшалов, В. В. Боровик, О. А. Кротова, В. И. Сергеев, В. В. Осовских (Российский научный центр радиологии и хирургических технологий). **Возможности планирования и техническое обеспечение обширной резекции печени при гигантской гемангиоме.**

Пациентка, 43 лет, госпитализирована в клинику РНЦРХТ 23.11.2006 г. с диагнозом «Гигантская кавернозная гемангиома правой половины печени, желчнокаменная болезнь, хронический калькулёзный холецистит». Считает себя больной с февраля 2006 г., когда при профилактическом обследовании отмечено отклонение биохимических показателей крови, свидетельствующее о печеночной дисфункции. При УЗИ выявлена опухоль печени, занимающая всю правую ее половину. Больная направлена на консультацию в РНЦРХТ. Результаты спиральной КТ с болюсным контрастированием свидетельствовали о принадлежности выявленной опухоли к гигантской кавернозной гемангиоме, которая занимала правую половину печени и распространялась на I сегмент печени, сдавливая и смещая нижнюю полую вену влево, а правую почку книзу. Программная 3D-реконструкция полученных изображений позволила установить распространенность гемангиомы на гилюсные ворота печени и вариант артериального кровоснабжения органа (левая печеночная артерия отдельно отходила от чревного ствола). Опухоль распространялась на кавальные ворота печени и соприкасалась со стволом средней печеночной вены. 30.11.2006 г. выполнена операция — лапаротомия по Starzl, правосторонняя расширенная гемигепатэктомия, холецистэктомия, наружное дренирование общего желчного протока по Пиковскому и брюшной полости.

Ответы на вопросы. Самочувствие больной улучшилось. В массе тела не потеряла, работает по специальности. Вылущивание, энуклеация гемангиомы возможны при ее меньших размерах, выраженности капсулы и более удобной локализации. Дренирование по Холстеду — Пиковскому выполнено для профилактики желчеистечения. Элементы дигитоклазии всегда присутствуют, но прецизионные инструменты предпочтительнее. Опухоли растут, вызывают осложнения. Имелось наблюдение, когда удаление гемангиомы остановило невынашивание беременности. Приставку Хабиба не используем.

Прения

Г. М. Манихас. Операция проведена на фоне значительной дислокации органов брюшной полости и предотвратила ее дальнейшее усугубление.

Д. А. Гранов. Эти операции выполняются по относительным показаниям, даже без осложнений опухоли. Известна

опасность бессимптомного течения опухолей печени. Это надо учитывать.

Р. В. Чеминава (председатель). Большая, травматичная операция проведена виртуозно, но при точной диагностике анатомических аномалий.

2. М. П. Королёв, Л. Е. Федотов, Р. Г. Аванесян (кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, Городская Мариинская больница). **Вариант малоинвазивного лечения множественных осложнений панкреонекроза.**

Больная И., 59 лет, поступила в ОРИТ Городской Мариинской больницы 16.09.2011 г. с диагнозом «Сахарный диабет 2-го типа в стадии декомпенсации, гипергликемическая кома». При УЗИ выявлены признаки деструктивного панкреатита. При контрольных УЗИ отмечено появление множественных формирующихся кист в парапанкреатической клетчатке. В дальнейшем, 30.09.2011 г., появились сонографические признаки панкреатической протоковой гипертензии и скопления жидкости в брюшной и плевральных полостях. 03.10.2011 г. выявлены признаки забрюшинного абсцесса справа. Абсцесс дренирован под ультразвуковым контролем. 13.10.2011 г. больной произведено дренирование кисты головки поджелудочной железы, 20.10.2011 г. — тела и хвоста. При контрольном УЗИ от 14.11.2011 г. доказано, что полости кист и забрюшинного абсцесса облитерированы. Больная выписана под наблюдение хирурга поликлиники. Учитывая поступление по дренажам панкреатического сока в объеме до 100–200 мл, пациентка повторно госпитализирована 01.12.2011 г. После дообследования 08.12.2011 г. у больной предпринята попытка ретроградной холангиопанкреатографии, эндоскопической папиллосфинктеротомии, пункции и дренирования главного панкреатического протока. Через 1 нед произведено наружновнутреннее дренирование главного панкреатического протока. После каркасного дренирования панкреатического протока у больной повысились показатели билирубина, в связи с чем 20.12.2011 г. больной выполнено наружновнутреннее каркасное дренирование желчевыводящих путей. Поступление из полости парапанкреатических кист прекратилось, дренажи удалены. В июле 2012 г. каркасные дренажи заменены широкопросветными. Планируется каркасное дренирование протоков в течение 2 лет или эндопротезирование терминальных отделов панкреатического и общего желчного протоков.

Ответы на вопросы. Больная считает, что заболела около 5 лет назад. После операции самочувствие резко улучшилось. К дренажам привыкла, промывает их 3 раза в день. В связи с заболеванием пришлось перейти на инсулин. Температура тела в пределах нормы. В анамнезе у больной 2 инсульта, поэтому радикальная операция может сопровождаться повышенным риском. Большие секвестры не могут эвакуироваться через дренаж. Вмешательства на большом дуоденальном сосочке при остром панкреатите всегда должны сопровождаться адекватной декомпрессией, тем более при гипертензии. Если есть желчная гипертензия, её надо тоже учитывать. Стенты у данной больной непокрытые. Через 2 года их можно будет удалить.

Прения

В. И. Ковальчук. Ключевые слова для любого панкреатита — протоковая гипертензия. Её устранение — главный

компонент лечения. У 70% больных причина болезни — желчнокаменная болезнь. Мы наблюдали моряка из Мурманска, у которого после маргинальной невротомии, а затем рентгенотерапии возобновился болевой синдром. Улучшение на несколько лет было достигнуто формированием продольного панкреатоеюноанастомоза.

Н. Ю. Коханенко. Демонстрировано высокое мастерство. Ведущие панкреатологи мира считают стентирование при хроническом панкреатите не показанным, предпочитая анастомозы. Но у данной больной с тяжелыми сопутствующими заболеваниями стентирование оправдано. Нельзя преуменьшить значение организации лечебного процесса в клинике — в одном месте объединены эндоскопия, лучевая диагностика и хирургия.

Р. В. Чеминава (председатель). Больных с панкреатитом становится все больше. Агрессивная тактика уступает место малоинвазивной хирургии.

ДОКЛАД

А. П. Иванов, В. В. Набоков, Б. И. Мирошников, Н. В. Галкина (кафедры детской хирургии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета и хирургических болезней Медико-социального института). **Опыт пластики пищевода подвздошной кишкой у детей при отягощенных ситуациях.**

Представлено топографоанатомическое обоснование возможности использования для пластики пищевода у детей подвздошной кишки на сосудистой ножке, изложена методика формирования такого вида трансплантата и обобщен опыт 9 оперированных больных. Во всех случаях операция носила повторный характер, после ранее неудачных от 1 до 4 попыток ее выполнения ободочной или тощей кишкой или обоими способами. В результате этого возможные традиционные способы пластики пищевода были исчерпаны. Наш опыт и полученные хорошие результаты дают основание рекомендовать включение подвздошной кишки в арсенал пластической хирургии пищевода в качестве резервного варианта.

Ответы на вопросы. Некрозов трансплантата, несостоятельности швов, стриктур не наблюдали. Максимальный срок наблюдения — 22 года. Анастомозы с желудком формировали по типу карманного клапана. Эзофаго- и гастростомы устраняли в течение отдельных вмешательств.

Прения

М. П. Королёв. Опыт 700 пластик пищевода в клинике детской хирургии привел нас к выводу о необходимости создавать анастомоз с желудком в антральном отделе. В других отделах выделяется соляная кислота. Борьба со стенозами анастомоза очень сложно.

Б. И. Мирошников. Пластику пищевода подвздошной кишкой в нашей стране никто не выполнял. Эту идею впервые высказал Г. А. Баиров. Проведены серьезные анатомические исследования. Первая операция выполнена после 4 неудачных попыток у девочки 25.09.1989 г. 59 подобных операций с 1959 г. выполнил J. G. Raffensperger (1996).

Р. В. Чеминава (председатель). Представлен положительный опыт операции резерва с хорошими результатами.

Поступил в редакцию 12.03.2013 г.

2404-е заседание 26.12.2012 г.*Председатель* — М. П. Королёв**ДЕМОНСТРАЦИИ**

1. С. Ф. Багненко, В. Е. Савелло, М. Ю. Кабанов, Д. М. Яковлева, В. М. Теплов, А. Г. Кырнышев, И. Г. Буханков, Д. А. Дымников, А. Н. Ананьев, О. Н. Резник (Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, кафедра военно-морской и госпитальной хирургии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова). **Опыт аутоотрансплантации единственной почки у больного с гигантской саркомой забрюшинного пространства.**

Пациентка О., 51 года, поступила в СПбНИИСП им. И. И. Джанелидзе 26.01.2012 г. с жалобами на тяжесть в левом подреберье и левой поясничной области, пальпируемое новообразование в левом подреберье. В 2005 г. больная оперирована по поводу липосаркомы забрюшинного пространства справа. Выполнено удаление новообразования забрюшинного пространства единым блоком с правой почкой. В 2008 г. и апреле 2011 г. выполнены повторные оперативные вмешательства по поводу местного рецидива заболевания (по данным контрольной биопсии и патоморфологического заключения — липома). В ноябре 2011 г. у пациентки, по данным мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ), выявлено новообразование забрюшинного пространства слева, компримирующее единственную левую почку. В связи с хорошим самочувствием пациентка воздержалась от предложенного ей оперативного вмешательства. В течение 2 мес отмечала увеличение новообразования в размерах, появление периферических отёков. УЗИ при поступлении: левая почка 11,0×4,5 см, корковый слой развит нормально, ЧЛС не расширена, в ложе отсутствующей правой почки визуализируется округлое гипозоенное образование диаметром 10 см, по левому фланку несколько округлых гипозоенных образований диаметром 22 см, возможно связанных с левой почкой. Для виртуального планирования хирургического маневра была выполнена МСКТ: двусторонние новообразования забрюшинного пространства справа, предположительно — рецидивировавшая липома, слева — саркома (?). 06.02.2012 г. пациентка оперирована в объёме лапаротомии, удаления опухоли забрюшинного пространства единым блоком вместе с левой почкой. Попытки выделения единственной почки из опухолевых масс оказались безуспешны. Выявлен узел в селезёнке, подозрительный на метастаз, выполнена типичная спленэктомия. Произведена аутоотрансплантация почки в левую подвздошную ямку по типичной методике с формированием анастомозов по типу конец артерии и вены трансплантата в бок общих подвздошных сосудов. Мочеточник аутоотрансплантата шит «конец в конец» с дистальной частью отсеченного мочеточника на стенке. Патологогистологическое заключение: саркома забрюшинного пространства с фенотипическими признаками, наиболее характерными для злокачественной фиброзной гистиоцитомы. Во всех участках отмечается инвазия в окружающую жировую ткань. Рост опухоли во всех исследованных фрагментах паранефральной клетчатки ворот почки и паранефрия. Фрагмент селезёнки с подкапсульной ксантомой. Послеоперационный период протекал тяжело,

что было обусловлено острой массивной интраоперационной кровопотерей, гипопроотеинемией, эндотоксикозом, анурией, значительной лимфорреей из забрюшинного пространства. Функция почки отсроченная, потребовавшая проведения 1 сеанса гемодиализа, восстановление диуреза к 8-м суткам. Течение заболевания осложнилось левосторонним экссудативным плевритом, поверхностными пролежнями нижних конечностей и крестца, задней поверхности грудной клетки, кандидозным циститом, кризовым течением артериальной гипертензии. 03.03.2012 г. пациентка в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное лечение.

Ответы на вопросы. Больная страдает 8 лет. Заболевания началось с увеличения массы тела. Аутоотрансплантация не была запланирована. Имелось мнение о возможности перехода на хронический гемодиализ. В литературе описаны единичные подобные вмешательства. Холодовая ишемия продолжалась 45 мин. Сейчас больная занимается фитнесом, конными прогулками.

Прения

М. Ю. Кабанов. Целью вмешательства было сохранение качества жизни. Осуществлял пересадку О. Н. Резник. Условием проведения подобных операций является работа в многопрофильном стационаре.

А. А. Протасов. Забрюшинные липомы характеризуются рецидивами, причем сначала диагностируется липома, затем липосаркома. При операции нельзя оставлять капсулу опухоли. У нас в клинике выполнены две аутоотрансплантации при операциях на аорте. Денервация почки может приводить к нефросклерозу. В представленных условиях больные чаще переводятся на гемодиализ.

Л. Д. Роман. Рецидив опухоли будет, но в настоящее время качество жизни не ухудшилось.

М. П. Королёв (председатель). Поздравляю авторов. Жизнь больной продлена с хорошим качеством.

2. А. В. Светликов, А. В. Карев, М. В. Мельников, Ю. М. Боровов, С. В. Литвиновский, П. А. Галкин, Т. Х. Гамзатов, А. С. Шаповалов (Клиническая больница № 122 им. Л. Г. Соколова, кафедра общей хирургии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова, Ленинградская областная клиническая больница). **Этапное лечение пациента с аневризмой абдоминального отдела аорты, распространенным поражением коронарных артерий, артерий нижних конечностей.**

Пациент К., 1959 г.р., поступил в отделение сосудистой хирургии Клинической больницы № 122 им. Л. Г. Соколова 22.04.2011 г. с жалобами на боль в покое в правой стопе, отек, похолодание правой голени и стопы. Заболел остро, ночью, когда появилось онемение и похолодание в правой голени и стопе. На следующий день поднялась температура тела до 38,0 °С, присоединилась гиперемия в нижней трети правой голени, ещё через день появился отек правой голени. Страдает облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей с 2002 г. Был оперирован: петлевая эндартерэктомия правой подвздошной артерии в апреле 2003 г., подколленно-тибиальное шунтирование в ноябре 2003 г., тромбэктомия из правой ПБА в декабре 2003 г. Был установлен диагноз «Распространенный атеросклероз. Окклюзия поверхностной бедренной, подколленной, задней большеберцовой артерий справа. Тромбоз подколленно-берцового шунта. Аневризма

бедренной артерии справа. Состояние после неоднократных реконструктивных вмешательств на артериях правой нижней конечности. Аневризма брюшного отдела аорты. Критическая ишемия правой нижней конечности IV степени по А. В. Покровскому. Некрозы нижней трети правой голени, тыла стопы и I межпальцевого промежутка правой стопы I степени по Wagner. 03.05.2011 г. выполнена операция — поясничная симпатэктомия справа. К терапии добавлен иломедин в дозе 0,5 нг/(кг·мин). В конце десятидневного курса у пациента регрессировала боль в покое в правой стопе, отмечилась положительная динамика со стороны некрозов правой голени и стопы, регресс явлений рожистого воспаления. 18.05.2011 г. выполнена операция — резекция аневризмы правой общей бедренной артерии, подвздошно-глубокобедренное протезирование синтетическим протезом SilverGraft, экстраанатомическое протезо-переднетибиальное шунтирование композитным шунтом (дакроновый протез SilverGraft 8 мм и аутовена) справа. Отметил улучшение самочувствия в виде отсутствия болевого синдрома в покое правой нижней конечности, значительное увеличение дистанции безболевой ходьбы. На 6-е сутки пациент выписан на амбулаторный этап. В марте 2012 г. выполнено аортокоронарное шунтирование. 22.05.2012 г. успешно выполнено эндопротезирование аневризмы абдоминальной аорты. Выписан на 6-е сутки на амбулаторное лечение.

Ответы на вопросы. В настоящее время больной поднимается на 5-й этаж без остановок. Раньше курил до пачки в день, сейчас бросил. В анамнезе инфаркт миокарда, получает статины. Последовательность операций планировалась. Эндопротезирование требует подготовки не менее 2 мес. Риск острого инфаркта миокарда и разрыва аневризмы есть всегда. Иломедин имеет значительные преимущества перед вазaproстаном. Одномоментное выполнение трех операций считаем невозможным.

Прения

М. П. Королёв (председатель). Больной среднего возраста имеет тяжелое течение атеросклероза. Эндovasкулярная хирургия начинает выделяться в отдельную специальность. Показано полезное этапное применение оперативных вмешательств.

ДОКЛАД

И. П. Костюк, К. Г. Шостка, Д. В. Гладышев, Н. М. Врублевский, С. С. Крестьянинов, Л. А. Васильев, А. Н. Павленко, А. В. Фокина (кафедра урологии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, Ленинградский областной онкологический диспансер, Городская больница № 40). **Поражение мочевого пузыря при местно-распространенных злокачественных новообразованиях малого таза: спорные вопросы хирургической тактики.**

В течение последнего десятилетия отмечается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями тазовой локализации: раком прямой кишки, шейки и тела матки, яичников и влагалища. Нередко вследствие местнораспространенного характера опухолевого роста, реализация лечебной программы требует выполнения комбинированных хирургических вмешательств. В докладе проведен анализ хирургического лечения 154 больных, которым во время комбинированных операций по поводу злокачественных

новообразований потребовались полное удаление мочевого пузыря или его резекция. В 81 (52,6%) наблюдении пациенты страдали первичными новообразованиями, в 73 (47,4%) — вмешательство выполнено по поводу местного рецидива опухоли. 67 (43,5%) пациентов страдали колоректальным раком, 53 (34,5%) — раком шейки матки, 21 (13,6%) — яичников, 8 (5,2%) — тела матки, 5 (3,2%) — влагалища. У 41 (26,6%) больного вмешательство сопровождалось резекцией мочевого пузыря. В 113 (73,4%) наблюдениях объемом операции была эквисцерация малого таза (ЭМТ). 81 (52,6%) больному выполнена полная ЭМТ, 32 (20,8%) — ее передняя модификация. 94 (83,2%) вмешательства не сопровождалась удалением структур ниже диафрагмы таза, 19 (16,8%) — были инфралевавторными. У 112 (73%) больных отмечено осложненное течение заболевания с манифестацией по крайней мере одного из следующих патологических синдромов: нарушение кишечной проходимости, кровотечение, обструкция мочевых путей, параканкрозное нагноение, формирование межорганных свищей и болевой синдром. Межорганные свищи, кровотечение и некупируемый болевой синдром в 27 (17,5%) наблюдениях были показаниями к выполнению заведомо паллиативных вмешательств. После передней и полной ЭМТ у 74 (65,5%) пациентов выполнили инконтинентную деривацию мочи, у 39 (34,5%) — континентную. В 57 (50,5%) случаях применили технологию Бриккера, в 17 (15,1%) — формирование двуствольной влажной колостомы. В 19 (16,8%) наблюдениях выполнили ортотопическое моделирование мочевого подвздошно-кишечного J-резервуара, в 5 (4,4%) — дистопического Indiana Pauch. У 9 (7,9%) больных реализована толстокишечная мочевого деривация по Mainz Pouch II, у 6 (5,3%) — способ Широкограда. Всего было диагностировано 78 осложнений у 47 (30,5%) больных. Умерли 12 (7,8%) больных.

Заключение: обширные хирургические вмешательства на органах малого таза, в том числе с резекцией или полным удалением мочевого пузыря, служат значительным резервом в комплексном лечении местно-распространенных злокачественных новообразований малого таза.

Ответы на вопросы. Работает одна бригада хирургов. При пересечении обоих мочеточников оптимально отведение в подвздошную кишку. Качество анастомозов связано с неполной совместимостью эпителия анастомозируемых органов. Лучевая терапия осложняет течение послеоперационного периода. Представленная классификация опухолей публикуется впервые. При любых условиях операция циторедуктивная.

Прения

Л. Д. Роман. Представлено развивающееся направление в урологии. В облонкодиспансере также выполняются эквисцерации малого таза. Это вынужденные операции. У больных часто развиваются различные свищи. Из различных вариантов деривации мочи наилучшим считаем отведение в петлю подвздошной кишки. Усложнение операции нередко приводит к новым осложнениям. При кровотечении, свищах лучевая терапия противопоказана.

М. П. Королёв (председатель). Сложная и тяжелая проблема. Удалить можно все и всегда, но нужно рассчитывать будущее качество жизни.

Поступил в редакцию 12.03.2013 г.

2405-е заседание 23.01.2013 г.

Председатель — А. В. Кочетков

Члены общества почтили вставанием память умершего Почётного председателя Правления М. И. Лыткина.

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. К. Г. Кубачёв, А. Е. Борисов, Е. Ю. Калинин, М. М. Малачев (кафедра хирургии им. Н. Д. Монастырского Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова, Городская Александровская больница). **Успешная хирургическая коррекция стеноза гепатикоеюноанастомоза, осложнённого холангиогенными микроабсцессами печени.**

Пациентка П., 18 лет, госпитализирована в Александровскую больницу 14.07.2011 г. с жалобами на боли в правом подреберье, повышение температуры тела до 40 °С. В детском возрасте пациентке была выполнена холецистэктомия, при которой был повреждён общий желчный проток. В дальнейшем она несколько раз подвергалась реконструктивным операциям, которые, однако, сопровождались нестойким эффектом. В течение 1 мес, предшествовавшего госпитализации, она отмечала эпизоды желтушности кожных покровов, сопровождавшиеся подъёмами температуры тела. В стационаре больной была выполнена спиральная компьютерная томография, которая показала расширение внутривнутрипечёчных желчных протоков, признаки холангита, холангиогенные абсцессы V и VIII сегментов печени. 19.07.2011 г. была предпринята операция, в ходе которой были обнаружены атипично сформированный на короткой петле гепатикоеюноанастомоз, стеноз устья правого долевого протока. Произведена реконструктивная бигепатикоеюностомия на длинной петле по Ру. Послеоперационный период протекал благоприятно. Пациентка была выписана через 20 сут после операции. В настоящее время пациентка чувствует себя удовлетворительно.

Ответы на вопросы. Желтушности после операций не было, лихорадка была, неясного происхождения. До операции ежегодно лечилась в стационарах. Дренирован более узкий проток, дренаж находился 4 нед.

Прения

А. В. Кочетков (председатель). Реконструктивная хирургия стриктур желчных протоков сложна, особенно у детей. Первую операцию произвели в период формирования органов и роста больной. Длина выбранной петли кишки для анастомоза (80 см) достаточна.

2. Н. М. Врублевский, Д. В. Гладышев, И. П. Костюк, С. А. Коваленко, Д. А. Остапенко (Городская больница № 40). **Благоприятный отдалённый результат хирургического лечения больной с осложнённой формой метастатического и местно-распространённого колоректального рака.**

Больная М., 49 лет, поступила в Городскую больницу № 40 с жалобами на боли в левой подвздошной области, слабость, озноб, задержку стула. Обследование позволило сформулировать диагноз — рак сигмовидной кишки с T4NXM1 (метастаз в IV сегменте печени). 30.04.2010 г. выполнена операция — расширенная комбинированная паллиативная резекция сигмовидной кишки с резекцией передней брюшной

стенки, надвлагалищной ампутацией матки с придатками, субтотальной резекцией мочевого пузыря с устьями обеих мочеточников, аугментация мочевого пузыря сегментом подвздошной кишки, атипичная резекция IV сегмента печени. Заключение гистологического исследования — умеренно дифференцированная тёмно-клеточная аденокарцинома толстой кишки. В печени метастаз аденокарциномы толстой кишки. 09.05.2010 г. отмечена картина перитонита. Произведена релапаротомия, выявлена несостоятельность десцендоректо- и энтероэнтероанастомоза. Выполнена обструктивная резекция толстой кишки. В послеоперационном периоде сформировался тонкокишечный свищ, который закрылся самостоятельно. 09.06.2010 г. пациентка выписана в удовлетворительном состоянии. В адьювантном режиме проведено 5 курсов полихимиотерапии по схеме FOLFOX. 20.05.2011 г. пациентке выполнены восстановление непрерывности толстой кишки и пластика передней брюшной стенки. При контрольном обследовании через 2 года после операции признаков прогрессирования заболевания не отмечено.

Ответы на вопросы. В начале заболевания похудела на 15 кг, потом поправилась на 10 кг. Объём операции выбран во время её проведения. Инвазии в слизистую оболочку мочевого пузыря не было. Стадия в настоящее время T4N2M1G2. Планируются повторные КТ. Было поражено 5 лимфатических узлов. Возникновение несостоятельности швов связываем с подтеканием мочи в брюшную полость. Полостная система почек была не изменена. Раковый эмбриональный антиген (РЭА) — в пределах нормы. Перитонит оперирован в токсической стадии. Для восстановления непрерывности мобилизован селезёночный изгиб.

Прения

О. Н. Скрябин. Получен отличный ближайший результат, но срок наблюдения недостаточен.

А. В. Кочетков (председатель). В обществе обсуждалось несколько наблюдений лечения местно-распространённого рака толстой кишки. Такие операции возможны в многопрофильных стационарах, где есть специалисты различного профиля. Лапаростомия, может быть, была излишней. Наблюдения длительности жизни до 5 лет после подобных операций уже имелись ранее.

ДОКЛАД

Н. А. Бубнова, М. А. Шатиль, А. А. Протасов, А. С. Соловейчик, О. Н. Добрыдин, Л. Г. Акинчич, О. Б. Чернышев, Р. О. Чепцов, Р. В. Тонэ, В. О. Котлов, А. Ю. Семенов, Е. А. Авраменко (кафедры общей хирургии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова и Санкт-Петербургского государственного университета, Городская больница Святого Великомученика Георгия). **Результаты и нерешённые вопросы работы гнойно-септического отделения городской многопрофильной больницы.**

В докладе представлены результаты работы гнойно-септического отделения больницы Святого Великомученика Георгия за последние годы. Анализирована динамика структуры основных гнойно-септических заболеваний мягких тканей, таких как флегмоны различной локализации, лактационный и нелактационный мастит, карбункулы, рожистое

воспаление, фурункулы с осложнённым течением. Представлены результаты лечения послеоперационного остеомиелита, гнойно-некротических осложнений синдрома диабетической стопы, гангрены конечностей. Выявлена динамика преобладающей микрофлоры и её чувствительности к антибиотикам. Проанализировано влияние сахарного диабета и наркомании на течение гнойных заболеваний. Разобрана тактика лечения септических больных, а также имеющаяся в настоящее время система перевода больных с гнойными осложнениями из других многопрофильных стационаров и медицинских образовательных учреждений. Намечены предложения для улучшения лечения гнойно-септических больных в Санкт-Петербурге, в том числе связанные с постоянным перегрузом специализированных отделений, дефицитом кадров среднего и младшего медицинского персонала, организацией лечения больных с анаэробной инфекцией и ВИЧ, недостатком лекарственных препаратов в связи с недофинансированием по ОМС, соответствием требований Роспотребнадзора фактическим возможностям стационаров.

Ответы на вопросы. В отделении работают 12 хирургов на 60 койках с учётом дежурств. Медико-экономические стандарты составляются, они необходимы. Результат посева гноя получаем через 2 сут. Антибиотикопрофилактика проводится. Желательно создание отделений в крупных многопрофильных стационарах. В Западной Европе в больших стационарах выделяются палаты. Микробный «пейзаж» отделения не отражает больничный. Плановых операций практически нет.

Прения

К. Г. Кубачёв. Переводы из стационара в стационар создают трудности в лечении больных, требующих неотложных операций.

Е. К. Гуманенко. Следует различать гнойные заболевания и гнойные осложнения, местные и генерализованные. Большое число больных нарушает управляемость процессами госпитализации. В отделении работают специалисты высочайшего класса. В предыдущей демонстрации больную с гнойными осложнениями никуда не переводили и это правильно. Осложнения должны лечить в той же больнице, где они возникли. В стационарах-тысячниках 10% коек занимают отделения реаниматологии и интенсивной терапии. После нахождения на ИВЛ через несколько суток начинается госпитальная инфекция. Надо отличать септические и несептические осложнения. Не нужно выделять специальных больниц. Выгоднее лечение в отдельных палатах.

С. В. Петров. В 14-й горбольнице гнойных больных лечат в 2 раза больше. Почти половину оперируют планово. В год выполняют 250 ампутаций конечностей. Общебольничная летальность 5%. Работа идёт на фоне ремонта. У нас меньше больных с анаэробной инфекцией, мало остеомиелитов. Ни в одной развитой стране нет стационаров по лечению хирургических инфекций. В Швеции в лечении принимают участие инфекционисты. Но специализация улучшает результаты. Кроме хирургов, для лечения ишемических осложнений, диабетической стопы и других заболеваний требуется участие многих специалистов.

Д. Ю. Семенов. Специализированные отделения Санкт-Петербургу необходимы. Нужны приказы, регламентирующие работу этих отделений. Реакция эпидемиологов

вызывает стремление скрыть осложнения. Лечить должны те же врачи, у которых больные имеют осложнения. Больной не должен оставаться «бесхозным».

О. Н. Скрыбин. В гнойные отделения поступают больные из поликлиник. Нужны центры амбулаторной хирургии, а их нет. Из 2500 больных 900 обслуживаются амбулаторно. Истинная статистика гнойных осложнений неизвестна. Такие отделения должны быть в тысячеочечных больницах.

Б. И. Мирошников. Апробирована идея изоляции гнойных больных в отдельных стационарах, и мы ждали этот доклад 20 лет. Хирург, не знающий гнойных осложнений или сосудистой хирургии, — не хирург. В. А. Оппель организовал самую большую больницу в Европе, и такого отделения в ней не было. Так же считал И. С. Колесников, даже занимаясь гнойными заболеваниями лёгкого. Путешествие больных по разным отделениям ни к чему хорошему не приводит. Достаточно организации палат.

С. А. Шляпников. Гнойные заболевания — хирургические болезни. Во всех стационарах города производится ремонт. Источник инфекции в хирургическом отделении — перевязочная. Важна система боксирования больных.

В. В. Сорока. Гнойная хирургия — дорогостоящая. Замалчивание осложнений, перекладывание стоимости лечения на больных — ключевые вопросы. Диабетическая стопа, заболевания артерий не входят в дополнительные источники финансирования. Боксирование, мытье рук, выделение отдельного оборудования, халатов — пути решения задач.

Е. Н. Колосовская. Клиническая эпидемиология — особый раздел эпидемиологии. Согласно статистике, в городе зарегистрировано 0,02% гнойных осложнений. Каждое наблюдение, кроме регистрации, сопровождается шлейфом административных мероприятий. Госпитальная инфекция встречается после в 10% операций. Согласно СанПиН, больной с хирургической инфекцией должен быть изолирован в отдельную палату. Обязательна барьерная изоляция, гигиена рук персонала. Возможна когортная изоляция.

А. В. Кочетков (председатель). Изучение госпитальной инфекции в СССР начали А. П. Колесов и В. Д. Беляков. Надо помнить, что анаэробная инфекция отличается болью. Профилактикой является простое соблюдение правильной гигиены. Больных лечили в общих отделениях. Особое отношение должно быть к диабетической стопе. Везти больных по городу не нужно. Желательно проводить научные конференции по этой проблеме.

Поступил в редакцию 12.03.2013 г.

2406-е заседание 13.02.2013 г.

Председатель — В. А. Кащенко

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. Э. Э. Топузов, Н. А. Пострелов, В. К. Балашов, А. И. Марков, А. В. Растегаев, И. Н. Кочанов (кафедра госпитальной хирургии им. В. А. Опделя Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова). **Диагностика и лечение больного**

с псевдоаневризмой селезёночной артерии, осложнённой желудочно-кишечным кровотечением.

Больной Щ., 41 года, поступил 04.01.2011 г., на 2-е сутки от начала заболевания. Поступил в крайне тяжёлом состоянии, с признаками желудочно-кишечного кровотечения. Тяжесть состояния была обусловлена геморрагическим шоком, тяжёлой степенью анемии (гемоглобин 38 г/л). За последний год больного 5 раз госпитализировали с подобными приступами в различные многопрофильные стационары Санкт-Петербурга. При комплексном обследовании источник кровотечения оставался невыявленным. В клинике 4 раза проводили фиброгастродуоденоскопию, УЗИ брюшной полости, при котором выявлены кистозные образования хвоста и тела поджелудочной железы. Для детального обследования этих образований выполнена компьютерная томография с сосудистой программой. Это позволило обнаружить псевдокисты поджелудочной железы и в непосредственной близости от одной из них — аневризматическое расширение селезёночной артерии. Результаты подтверждены во время целиакографии. Произведены 3 попытки эндоваскулярной эмболизации аневризмы, однако полость аневризмы увеличивалась и, закономерно, через 7–10 дней кровотечение рецидивировало. Это явилось показанием к операции — резекции тела и хвоста поджелудочной железы с сохранением селезёночной вены и селезёнки, что и было выполнено. Послеоперационное течение гладкое. Больной выписан на 14-е сутки. В настоящее время пациент практически здоров.

Ответы на вопросы. Алкоголь, со слов больного, употреблял как до, так и после операции. Болен около 2 лет. Кальцинаты были в паренхиме железы, не в протоках. Селезёночная артерия перевязана в двух местах, но кровоснабжение селезёнки не было нарушено. Такая возможность описана в трудах Р. В. Леонтьевой. После выписки никаких препаратов не принимал, уровень гликемии не нарушен.

Прения

С. Я. Ивануса. Источник кровотечения — зона аневризмы. Мы представляли наблюдение такого же кровотечения из аневризмы селезёночной артерии в просвет панкреатоеноанастомоза. Сохранение кровоснабжения селезёнки после перевязки селезёночной артерии возможно. Но нам пришлось сделать спленэктомию.

Б. Н. Котив. Подобная тема обсуждалась на одном из международных конгрессов. Нельзя исключить начальную степень цирроза печени и портальной гипертензии. Описаны данные Института им. Вишневского, где лечены 35 подобных больных. Эффективность эндоваскулярных процедур — около 50%. Резекционные вмешательства более надёжны. После 50 операций перевязки селезёночной артерии по поводу гиперспленизма мы удалили селезёнку только в одном наблюдении.

В. И. Кулагин. Сейчас все меньше сообщений о чисто хирургических методах остановки кровотечений. Кровотечение из аневризмы в кисту — 1 наблюдение примерно на 900 желудочно-кишечных кровотечений. Эндоскопия здесь не помогает. Диагноз кровотечения при ангиографии можно поставить только в момент его продолжения. Тактика авторов правильная.

М. П. Королёв. Я помню 3 подобных больных. У одной больной в родах было кровотечение в толстую кишку, у второй — в желудок, третье наблюдение — в кисту. Только эндоскопии для диагностики и лечения больных недостаточно. Ангиография эффективна только на высоте

кровотечения. Дополнительным методом является эндоУЗИ, показания к которому надо расширять.

В. А. Кащенко (председатель). Больному повезло. Повторю тезис о необходимости междисциплинарного подхода, работы команды.

2. А. Л. Андреев, С. Г. Чуйко (ООО «АВА-ПЕТЕР», клиника «Скандинавия»). Лапароскопическая рефундопликация по Ниссену — Черноусову после операции по Дору у пациента с пищеводом Барретта.

Больной М., 41 года, обратился в клинику «Скандинавия» по направлению гастроэнтеролога в связи с неэффективностью длительного консервативного лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). В 2003 г. в одной из клиник Санкт-Петербурга была выполнена лапароскопическая операция по Дору, однако в скором времени у пациента вновь развились клинические проявления ГЭРБ, что потребовало постоянного проведения антирефлюксной терапии. По данным полипозиционного рентгенологического сканирования с контрастным веществом, видеоэзофагогастродуоденоскопии с прицельной биопсией (кишечная метаплазия слизистой оболочки пищевода) и внутрипищеводной рН-метрии, диагностирована фиксированная хиатальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы с укорочением пищевода I степени, пищевод Барретта. 19.01.2011 г. выполнена операция — лапароскопическая рефундопликация по Ниссену — Черноусову. Больной выписан из стационара на следующий день после операции. В последующем проведены два сеанса эндоскопической аргонно-плазменной деструкции и одна резекция изменённой слизистой оболочки пищевода Барретта. При наблюдении за пациентом в течение 1,5 лет отмечается хороший результат лечения.

Ответы на вопросы. По профессии больной — специалист-компьютерщик (IT-специалист). Несколько лет принимал секретолитики. Похудеть не пытался. Рецидив клинических проявлений наступил через полгода после первой операции. Моторика пищевода не исследована, рН-метрия показала повышенную кислотность. При фиксированной грыже и коротком пищеводе постепенная мобилизация и тракция пищевода позволяют низвести до 6–8 см пищевода в брюшную полость. Кардия была на 3–4 см выше диафрагмы, длина пищевода 38 см. Ранее не был сформирован угол Гиса. Элемент Черноусова — сохранение блуждающих нервов. Сетки для лечения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) не применяем. Шовный материал — этикон. Больной выписан на следующий день. Радиочастотная абляция более эффективна, чем аргонно-плазменная коагуляция, но аппаратуры не было. После второй операции затруднения глотания не было.

Прения

В. И. Кулагин. При ГПОД обязательна рентгеновская и эндоскопическая диагностика в ретрофлексии, манометрия и рН-метрия. При укорочении I степени (до 2 см) пищевод низвести легко. Показание к операции — клиника, неэффективное медикаментозное лечение в течение 3 мес. После лапароскопических операций рубцовый процесс такой же, как и после лапаротомии. Выполнение операции Дора здесь неубедительно. Если она выполняется, разделить пищевод и желудок очень трудно. Операция Черноусова — фундопликация по Ниссену после СПВ. Операция Дора предложена для исключения дисфагии, и осуждать её не стоит. Пищевод

Барретта был и до операции — тогда удалить слизистую оболочку было проще.

А. М. Игнашов. Появился новый раздел хирургии — антирефлюксная хирургия. Нередки операции у больных с психосоматическими изменениями, отсюда возникает неэффективность оперативного лечения. Можно мобилизовать и низвести не более 5–6 см пищевода. Манжета должна быть сформирована на 360°. Но при этом возможны нарушения глотания, иногда даже требуется создание гастростомы по Витцелю. ГЭРБ часто сочетается с синдромом чревного ствола. Операция может сочетаться с ишемией пищевода.

В. А. Кащенко (председатель). Демонстрация лапароскопического устранения ГПОД — европейского уровня. Устранение рефлюкса и пищевода Барретта важны в профилактике рака пищевода. Ещё не везде освоены суточная рН-метрия и манометрия.

ДОКЛАД

А. В. Карпенко, Л. Д. Роман, Р. Р. Сибгатуллин, Е. Н. Белова, Н. С. Чуманихина, Д. Н. Джалилов (Ленинградский областной онкологический диспансер). **Опыт применения свободных реваскуляризированных лоскутов для пластики онкологических дефектов головы и шеи.**

Целью настоящего сообщения является оценка результатов микрохирургической аутоотрансплантации на отделении головы и шеи Ленинградского областного онкологического диспансера. С октября 2006 г. по февраль 2012 г. произведены 55 операций. В большинстве случаев проводилась реконструкция верхнего отдела пищеварительного тракта —

43. Обширные мягкотканые дефекты в области головы и шеи служили показаниями в 12 наблюдениях. Во всех, кроме двух, наблюдениях реконструкция носила первичный характер. В качестве оптической поддержки использовались биноклярные лупы с 2,5- и 4-кратным увеличением (18 первых операций) и операционный микроскоп (37 операций). Типы примененных лоскутов: лучевой кожно-фасциальный — 40, торакодорсальный — 5, переднелатеральный бедренный лоскут — 8, лопаточный кожно-костный лоскут — 1, тощекишечный трансплантат — 1. В послеоперационном периоде умер 1 пациент, летальность составила 1,8%. Тотальный некроз лоскута отмечен 6 раз. 5 лучевых и 1 торакодорсальный лоскут были потеряны из-за венозного тромбоза (2 случая), артериального тромбоза (1), послеоперационного нагноения раны (1). Причина потери оставшихся 2 лоскутов не может быть четко определена. В целом, реконструкция оказалась успешной в 87,3% наблюдений.

Ответы на вопросы. Методы компьютерного моделирования упрощают технику, но ими не пользовались. Рецидивы не определяются видом пластики. Из 25 человек с I–II стадией у 1 был регионарный и у 1 — местный рецидив. При III–IV стадиях рецидивы наблюдались почти в 50%. Показания к операции основываются на резектабельности и общесоматическом состоянии больного.

Прения

В. А. Кащенко (председатель). Представлена довольно специфическая для онкохирургии тема. Вновь показано значение командного, мультидисциплинарного подхода.

Поступил в редакцию 12.03.2013 г.