

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

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

2396-е заседание 27.06.2012 г.

Председатель — А. В. Кочетков

ДЕМОНСТРАЦИЯ

М. П. Королёв, Л. Е. Федотов, Р. Г. Аванесян, Р. Л. Казаров, Е. И. Король (кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии, Городская Мариинская больница). **Лечение ятрогенной стриктуры мочеточника с применением транскутанных интервенционных технологий.**

Пациентка Я., 53 лет, поступила в урологическое отделение Мариинской больницы 26.12.2009 г. с диагнозом «Состояние после надвлагалищной ампутации матки и удаления правых придатков, стриктура нижней трети правого мочеточника справа, перкутанная нефростомия справа, выпадение нефростомы от 26.12.2009 г., уретеропиелозктазия справа, хронический правосторонний пиелонефрит в стадии обострения». Больная страдала хроническим вирусным гепатитом С, ожирением III степени, тромбоцитопенией. Неоднократно была консультирована в ведущих урологических клиниках города с целью восстановления проходимости мочеточника, однако в оперативном лечении отказано ввиду тяжелых сопутствующих заболеваний. Многочисленные попытки ретроградного стентирования мочеточника не увенчались успехом. В срочном порядке 27.12.2009 г. выполнена операция — перкутанная нефростомия справа под ультразвуковым контролем. Пациентка повторно госпитализирована 30.01.2010 г. с диагнозом «Стриктура нижней трети правого мочеточника, гидронефроз правой почки, состояние после нефростомии под ультразвуковым контролем, нарушение проходимости нефростомы». При фистулографии выявлен блок на уровне нижней трети мочеточника. 04.02.2010 г. выполнена операция — антеградное наружновнутреннее дренирование правого мочеточника под рентгеновским контролем. В дальнейшем в апреле 2010 г., октябре 2010 г., январе 2011 г. выполнены бужирования стриктуры и поэтапные смены дренажей, начиная с диаметра 8,5 до 14F. В мае 2011 г. во время очередной госпитализации выполнена баллонная дилатация стриктуры нижней трети мочеточника, установлена страховочная нефростома под рентгенологическим контролем. В июне 2011 г. при фистулографии констатирована адекватная проходимость мочеточника, нефростома удалена в июле 2011 г. В октябре 2011 г. выполнена внутривенная урография — выделительная функция почек не нарушена. При биохимическом исследовании крови признаков почечной недостаточности не выявлено.

Ответы на вопросы. Стриктура образовалась, по-видимому, из-за того, что ткань мочеточника вошла в шов.

Прения

А. В. Кочетков (председатель). Показано удачное решение сложной задачи малоинвазивными средствами.

ДОКЛАД

А. Б. Сингаевский, В. Б. Кожевников, А. В. Светликов, В. А. Кащенко, В. Н. Горбачев, А. С. Шаповалов, П. А. Галкин (Дорожная клиническая больница, Клиническая больница № 122 им. Л. Г. Соколова). **Применение метода локального отрицательного давления в лечении инфицированных ран.**

Одним из современных перспективных методов местного воздействия на раневой процесс является метод терапии ран контролируемым отрицательным давлением (CNP-терапия). Преимуществами метода являются ускоренная эвакуация слабо фиксированных нежизнеспособных тканей, микроорганизмов и экссудата, усиление микроциркуляции в области раневого ложа, стимуляция образования грануляционной ткани. В работе проанализированы результаты лечения 23 пациентов от 18 до 70 лет, находящихся на стационарном лечении в хирургических отделениях Дорожной клинической больницы и Клинической больницы № 122 им. Л. Г. Соколова по поводу различных гнойных заболеваний мягких тканей и костно-суставного аппарата. Среди них были: гнойно-некротические формы синдрома диабетической стопы — 3, некротические раны конечностей при облитерирующем атеросклерозе с ишемией различной степени выраженности — 4, анаэробные флегмоны — 2, обширные некротические раны конечностей — 4, остеомиелиты — 2, трофические язвы — 4, пролежни — 1, гранулирующие раны — 3. На 2–3-и сутки после выполнения хирургической обработки ран в случае отчетливого гемостаза в ране налаживалась система «Suprasorb CNP» с целью терапии локальным отрицательным давлением. Для этого в условиях перевязочной выполняли санацию раны, обработку антисептиком. Затем на раневое ложе помещали слой антимикробной марли специального петельчатого плетения (KERLIX), сверху укладывали силиконовый раневой дренаж и затем поверх него — еще один слой антимикробной марли до уровня, чуть возвышающегося над поверхностью кожи. Фиксацию повязки осуществляли с помощью полупроницаемого пленочного покрытия («Suprasorb® F»), которое обеспечивает герметизацию раны. Выходной конец силиконового дренажа через полихлорвиниловый переходник подсоединялся к источнику

отрицательного давления — насосу «Suprasorb». Критериями оценки эффективности лечения являлись: динамика болевого синдрома, визуальная оценка регенераторных процессов в области раны, бактериологическое исследование раны, возникновение побочных эффектов. Смену повязки производили через 2–3 сут в зависимости от степени экссудации. Метод лечения ран контролируемым отрицательным давлением с помощью аппарата «Suprasorb CNP» показал высокую клиническую эффективность в лечении больных с хирургической инфекцией мягких тканей и костно-суставного аппарата. Во всех случаях отмечены хорошая переносимость и безопасность применения аппарата. Использование метода позволило значительно облегчить пациентам послеоперационный период. Отмечено быстрое очищение раны и активный рост грануляционной ткани, что позволило сократить сроки стационарного лечения.

Ответы на вопросы. Механизм действия аппарата — улучшение местного кровотока, ускорение ангиогенеза. Осложнений не было, но возможно усиление неостановленного кровотечения. Контрольную группу планируется изучить в будущем. Систему не использовали при кишечных свищах. Стоимость аппарата 300 тыс. руб., расходных материалов — 100–120 тыс. руб. Давление можно регулировать.

Прения

М. П. Королёв. Проблема лечения ран всегда актуальна. С появлением микроорганизмов, устойчивых к антибиотикам, эффективность антисептических повязок снижается. Метод перспективный.

А. В. Кочетков (председатель). В активном дренировании ран приоритет принадлежит российским хирургам. Метод хорош, особенно тем, что отрицательное давление регулируется.

Поступил в редакцию 26.09.2012 г.

2397-е заседание 12.09.2012 г.

Председатель — М. П. Королёв

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. Н. А. Пострелов, Ю. В. Плотников, А. М. Муханова, А. В. Растегаев, С. А. Винничук, С. В. Кочанова, О. М. Жорина, В. М. Аврамова (кафедра госпитальной хирургии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова). **Постбульбарная парафатеральная язва двенадцатиперстной кишки, осложнённая пенетрацией в ретропанкреатическую часть общего желчного протока, дуоденохоледохальным свищем и холангитом.**

Больной П., 61 года, поступил в терапевтическую клинику 21.02.2011 г. с жалобами на похудание, общую слабость. Страдал язвенной болезнью в течение 35 лет, систематически лечился у гастроэнтерологов. При ФГДС обнаружена рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК); при КТ — конкременты желчного пузыря, азэробилия; при дуоденографии — контрастирование вне- и внутривенных желчных протоков и желчного пузыря. 01.02.2011 г. выполнена операция: лапаротомия, холецистэктомия, холедохостомия, резекция желудка по Бильрот-II, устранение дуоденобилиарного свища. Особенно-

сти последнего этапа операции заключались в мобилизации ДПК по задней стенке до пенетрирующего язвенного рубца, на уровне которого кишка пересечена. Культи ДПК ушита и погружена кисетным швом, проведенным аборальнее первого узлового шва, расположенного под рубцом и над большим дуоденальным сосочком (БДС). Послеоперационное течение тяжелое. 02.03.2011 г. произведена релапаротомия в связи с ферментативным перитонитом. Через 5 сут отмечены наружный панкреатический свищ, деструктивный парапанкреатит, левосторонний плеврит. Проводилось длительное лечение. 16.06.2011 г. пациент выписан в удовлетворительном состоянии. В ноябре 2011 г. лечился по поводу пептической язвы анастомоза, достигнуто заживление. Отмечает значительное улучшение состояния по сравнению с январем—февралем 2011 г.

Ответы на вопросы. Язвенная болезнь ДПК проявлялась болями, рвотой, кровотечениями. Операцию ранее предлагали, но по поводу камня желчного пузыря, а не язвы. При последнем обострении обнаружен свищ, что явилось показанием к операции. Ранее получал современную противоязвенную терапию, включающую ингибиторы протонной помпы, антибиотики. Холангиографию на операционном столе не производили. БДС в культе ДПК был виден глазом. Резекция желудка на выключение при имеющемся свище могла привести к холангиту. Лечение октреотидом (1500 мкг/сут) проводили в течение 92 сут.

Прения

В. И. Кулагин. Опыт клиники А. А. Русанова говорит о том, что свищи при пенетрирующих язвах встречаются редко (около 5%). Чаще они обнаруживаются при экстренных операциях по поводу кровотечения или перфорации во время резекции желудка. В дне язвы обнаруживается БДС или подтекание желчи. Чаще всего свищ дренируется, редко его можно зашить. Здесь неясно, связана ли была азэробилия с язвой. Это мог быть добавочный проток поджелудочной железы. Хирургов, владеющих методиками закрытия трудной культи, становится все меньше и это печально.

Н. А. Пострелов. Применённый способ закрытия культи ДПК описан Л. Н. Савичем в клинике, руководимой Л. В. Авдеем. Дело в том, что ниже язвы всегда есть 1 см здоровой кишки, который можно использовать для закрытия культи.

М. П. Королёв (председатель). Предложено много способов закрытия культи ДПК, один из которых здесь представлен. Обычного язвенного дефекта не было. Можно было сделать холангиографию, наружновнутреннее дренирование и резекцию желудка. Но в язву может открываться панкреатический проток, который часто не виден. Его должен видеть эндоскопист. Дно язвы не обязательно выводить из просвета культи, если нет кровотечения.

2. А. В. Нохрин, Н. А. Карасёва, М. А. Гипарович, Р. Я. Гунят, А. В. Чеботарь (Городской клинический онкологический диспансер, кафедра онкологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова). **Тактика пластического закрытия дефекта грудной стенки после удаления хондросаркомы грудины.**

Больному М., 50 лет, 11.08.2011 г. выполнена операция: резекция грудины и передних отрезков 12 ребер, межреберных мышц с коррекцией костного каркаса титановыми пластинами и пластикой обширного дефекта мягких тка-

ней перемещенными лоскутами больших грудных мышц и синтетической сеткой фирмы «Gortex». Послеоперационный период осложнился некрозом перемещенных кожных лоскутов и нагноением операционной раны с отторжением синтетического трансплантата и титановых пластин. После проведенного лечения сформировался обширный дефект раны передней грудной стенки с оголенными ребрами и титановыми пластинами. 26.09.2011 г. выполнена плановая операция — удаление титановых пластин, остатков синтетической сетки и пластика обширного дефекта передней грудной стенки широчайшей мышцей спины слева на сосудистой ножке. Швы сняты на 11-е сутки после операции. Выписан в удовлетворительном состоянии.

Ответы на вопросы. Травмы этой области не было. Больной работает на своей даче. Повторные операции в литературе единичны. Отдаленные результаты неблагоприятны, поэтому повторная операция не планируется. Одной сетки, как правило, недостаточно: нужна длительная ИВЛ, трахеостомия. Сетка из пермакола, возможно, была бы благоприятнее.

М. П. Королёв (председатель). Блестящий результат закрытия огромного костного дефекта грудной клетки. Сочетание высокой квалификации хирурга и использование современных материалов помогло излечению больного.

ДОКЛАД

Н. Ю. Коханенко, М. Ю. Кабанов, Э. Л. Латария, А. Л. Луговой, С. А. Данилов, Н. К. Беседина (кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии). **Современный подход к лечению холецистохоледохолитиаза.**

На основании анализа результатов лечения 273 пациентов с холецистохоледохолитиазом, определены показания к выбору характера хирургического вмешательства. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ПСТ) и лапароскопическая холецистэктомия (двухэтапное лечение) являются оптимальным методом при лечении холецистохоледохолитиаза. Эндоскопическую ПСТ необходимо производить до лапароскопической холецистэктомии для планирования дальнейшей тактики хирургического лечения в случаях её неэффективности. Лапароскопическая холедохолитотомия может применяться у соматически неотягощенных больных (ASA<3) при неэффективности двухэтапного лечения (конкременты размером более 1 см в общем желчном протоке, особенно в сочетании с перипапиллярными дивертикулами ДПК и S-образной деформацией терминального отдела общего желчного протока). Мини-лапаротомию следует рекомендовать при неэффективности двухэтапного лечения, а также при ограниченных возможностях одноэтапного лапароскопического метода: неприемлемости напряженного карбоксиперитонеума у тяжелых, соматически отягощенных, больных (ASA>3), при продленной стриктуре терминального отдела общего желчного протока, требующей формирования билиодигестивного анастомоза, синдроме Мирицци, билиодигестивных свищах. Возможность комплексного применения вышеперечисленных малоинвазивных методов позволяет в большинстве случаев избежать конверсии на широкую лапаротомию, следовательно, улучшить результаты лечения, уменьшить частоту хирургических (с 21,4 до 12,8%) и общесоматических осложнений (с 11,4 до 4,4%), сократить длительность

послеоперационного периода (с $17,2\pm 6,0$ до $8,8\pm 5,6$ дня), избежать летальных исходов.

Ответы на вопросы. Осложнений ПСТ не наблюдали, отдаленных результатов не изучали. Парафатериальные дивертикулы и холедохолитиаз имели место у 5 больных. У 3 — ПСТ удалась, у 2 — нет. Анастомозов не создавали. Вопрос оптимального выбора метода диагностики, что лучше РХПГ или МРТ, до конца не разрешён. Эндосонография в клинике используется, но результат зависит от квалификации специалиста. Учитывая возможность транзиторного холедохолитиаза, специальные исследования проводим за 1 день до операции или утром, в день операции. Контрольную холангиографию не делаем. При неудаче ПСТ чаще делаем лапаротомию.

Прения

А. И. Кяккинен. Применяем все доступы. Мини-доступ чаще используется у людей с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями, пожилого и старческого возраста. Нужно приветствовать владение всеми тремя доступами и разрабатывать показания к каждому из них.

В. А. Кашенко. Возможности предоперационной диагностики расширяются и можно получить почти всю требуемую информацию. Особое значение имеет эндоУЗИ. Сейчас санация гепатикохоледоха — прерогатива эндоскопистов.

М. П. Королёв (председатель). Парафатериальные дивертикулы имеются у 6% людей. В нашей клинике они не являются противопоказанием к ПСТ. Последнюю применяем около 30 лет, к ней нужно разрабатывать показания. ЭндоУЗИ требует: 1) знания анатомии; 2) понятия результатов продольного и поперечного датчиков; 3) 3D-представления. Необходимо использовать все возможности, представляемые нам современной аппаратурой. ПСТ может осложняться панкреатитом. Но сейчас при хирургическом лечении желчнокаменной болезни летальность не превышает 1,2–1,4%.

Поступил в редакцию 26.09.2012 г.

2398-е заседание 26.09.2012 г.

Председатель — М. П. Королёв

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. К. Г. Кубачев, А. Е. Борисов, Е. Ю. Калинин (кафедра хирургии им. Н. Д. Монастырского Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова, Городская Александровская больница). **Гастроинтестинальные стромальные опухоли в практике стационара скорой помощи.**

Пациентка Н., 47 лет, госпитализирована в Александровскую больницу 26.08.2011 г. в экстренном порядке. При поступлении предъявляла жалобы на боли в правом подреберье, повышение температуры тела до 38 °С, жидкий стул черного цвета. В ходе обследования был установлен диагноз: гастроинтестинальная стромальная опухоль двенадцатиперстной кишки, кишечное кровотечение. После проведенного лечения отмечалась нормализация общего состояния, стихание болей. 04.10.2011 г. пациентка была оперирована в плановом порядке в объеме панкреатодуоденальной резекции по Traverso–Longmire. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Пациентка Г., 48 лет, поступила в Александровскую больницу 05.07.2011 г. с признаками кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта с тяжелой степенью кровопотери (уровень гемоглобина 48 г/л). При фиброгастродуоденоскопии источника кровотечения не выявлено. В ходе спиральной компьютерной томографии было обнаружено образование правой половины брюшной полости, наиболее вероятно исходящее из стенки тонкой кишки. 06.07.2011 г. пациентка была оперирована. На расстоянии 25 см от дуоденоюнального изгиба обнаружена опухоль 5×3 см, прорастающая все слои стенки тощей кишки. Произведена резекция участка тонкой кишки с формированием анастомоза «конец в конец». Послеоперационный период протекал без осложнений.

Ответы на вопросы. Первая больная в течение около 2 мес до поступления чувствовала тянущие боли в животе. Масса тела восстановилась. Уровень сахара крови в нормальных пределах. Сейчас принимает эссенциале. Лапароскопия не планировалась. Ангиографию не сделали по техническим причинам.

Прения

К. В. Павелец. Размер опухоли 5 см, высокий индекс малигнизации говорят о том, что только оперативного лечения недостаточно. Возможны рецидивы, показана терапия гливексом (иматинибом).

М. П. Королёв (председатель). Сейчас мы все чаще встречаемся с этими опухолями. Представлены два наблюдения опухолей, осложненных желудочно-кишечным кровотечением. При этих локализациях информативны ангиография, эндокапсула, интестиноскопия. Рецидивы заболевания возможны.

2. И. М. Самохвалов, В. А. Рева, А. Р. Гребнев, В. В. Суворов, А. А. Пронченко, И. В. Кажанов, К. Н. Алексеев (кафедра военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова). **Внебрюшинная тампонада таза и ангиоэмболизация у пострадавшего с нестабильными переломами костей таза и внутритазовым кровотечением.**

Пострадавший Б., 38 лет, был доставлен в клинику военно-полевой хирургии спустя 1 ч после падения с высоты 3-го этажа. При поступлении в клинику сознание угнетено до сопора, АД 90/50 мм рт. ст. При нагрузке на тазовое кольцо явных признаков механической нестабильности не выявлено. При ультразвуковом исследовании живота определяется жидкость в пространстве Моррисона. После рентгенографии головы, груди, таза, конечностей (переломы костей левой половины таза, левой плечевой кости) выполнен лапароцентез выше пупка с диагностическим перитонеальным лаважем. Цитоз составил 250 тыс. эритроцитов в 1 мм³. Выполнена лапаротомия, при которой обнаружены инерционные надрывы брюшины, поверхностный разрыв селезенки, обширная внутритазовая гематома. Наложен аппарат внешней фиксации «КСТ» на таз. Несмотря на проводимую инфузионно-трансфузионную терапию, систолическое АД снизилось до 50–60 мм рт. ст., что послужило показанием к тугой тампонаде таза из отдельного внебрюшинного доступа над лоном. Спустя 10 ч после поступления в стационар, ввиду сохраняющейся нестабильности гемодинамики, выполнена селективная ангиография ветвей левой внутренней подвздошной артерии, при которой выявлено повреждение латеральной крестцовой артерии. Суперселективно введена суспензия из гемостатической губки «Liostipt».

В послеоперационном периоде гемодинамика стабилизировалась, что позволило удалить тампоны из полости таза на 2-е сутки. В отсроченном порядке выполнен погружной остеосинтез левой плечевой кости и костей таза. Течение травматической болезни осложнилось развитием эндобронхита, пневмонии, сепсиса. Достигнуто выздоровление.

Ответы на вопросы. Больной чувствует улучшение состояния, болей в области переломов нет. Такая тактика ведения применена во второй раз. Первая больная прожила 3 ч. В подобных наблюдениях рекомендуется последовательность: внешняя фиксация — при неэффективности; тампонада — ангиография. Кровотечение из разрыва селезенки I степени остановлено электрокоагуляцией. Все процедуры заняли около 3 ч. До лапаротомии прошло 35–40 мин. Внебрюшинная тампонада выполнена после шва лапаротомического разреза. Для эмболизации латеральной крестцовой артерии использовали гемостатическую губку.

Прения

О. Н. Эргашев. Это первое успешное наблюдение и оно должно быть использовано в травмоцентрах I уровня. Технология «КСТ-1» позволила снизить летальность в Ленинградской области при переломах таза, осложненных продолжающимся кровотечением, на 17%.

К. Г. Кубачев. Жидкости в брюшной полости было немного и, возможно, лапаротомия была не нужна. Для остановки кровотечения из селезенки предпочтительна аргонно-плазменная коагуляция. Тампонада может способствовать инфицированию пространства Моррисона.

К. Н. Мовчан. Больной выглядит прекрасно. Но одно наблюдение — еще не внедрение. Нужно накапливать материал. Возможно, подобная методика была описана ранее.

М. П. Королёв (председатель). Травма потребовала междисциплинарного подхода в считанные часы. Не менее интересно послеоперационное ведение. Больной требует реабилитации и в настоящее время.

ДОКЛАД

М. Д. Ханевич, Г. М. Манихас, П. В. Балахнин, М. Х. Фридман, Н. А. Карасева (Городской клинический онкологический диспансер). **Анализ стентирования полых органов при их опухолевом поражении.**

Материал исследования — 211 больных с опухолевым поражением полых органов. Для устранения непроходимости стентирование произведено 191 пациенту: трахеи и главных бронхов (9), пищевода (105), выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки (16), зоны анастомоза (23), желчных протоков (27), сигмовидной кишки (3), мочеточников (8). Стентирование с целью восстановления целостности полого органа выполнено 20 больным: устранение недостаточности швов гастроэнтероанастомоза (3), разобщение эзофагореспираторных и эзофагомедиастинальных свищей (10), разобщение ректовагинального свища (2), устранение дефекта мочеточника (5). Осложнения после стентирования отмечены у 27 (12,8%) пациентов, среди них смещение стента (8), нарастание опухоли на стент (4), умеренное кровотечение (4), боли в течение 1 сут после стентирования (7), закупорка стента пищей (4). Летальных исходов, непосредственно связанных со стентированием, не было.

Таким образом, стентирование полых органов является высокоэффективным щадящим методом восстановления проходимости и целостности полых органов у онкологических

больных. С помощью стентирования имеется возможность не только улучшить качество жизни пациентов, но и подготовить их к более эффективному противоопухолевому лечению.

Ответы на вопросы. При несостоятельности пищеводно-желудочного анастомоза стент удалили на 28-е сутки, но чаще — на 14-е сутки. Стоимость стента — 25–30 тыс. руб. Кроме стентирования, проводились и другие лечебные мероприятия. За 3 года (2009–2011 гг.) установили 115 стентов пищевода. Это паллиативное лечение при тяжелых сопутствующих заболеваниях, иноперабельности, необходимости лучевой или химиотерапии. Лучевую терапию проводили при непокрытых стентах. Эндоскопический контроль положения стента проводился на 1-е и 5-е сутки. Максимальная длительность стояния стента — 6 мес. Решение о стентировании принимает комиссия. Методикой владеют многие эндоскописты города. Рассасывающиеся стенты не ставили при доброкачественных стриктурах.

Прения

А. С. Иванов. Опыт лечения больных с опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненными механической желтухой, показывает необходимость дифференцированного подхода к способу декомпрессии желчевыводящих путей. Стентирование не является «золотым» стандартом. Мы не используем стентирование в качестве предоперационной подготовки к радикальным оперативным вмешательствам, так как это увеличивает частоту гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде. При предполагаемой длительности жизни более 6 мес и дистальном блоке желчных протоков отдаем предпочтение гепатикоеюностомии. Наблюдение за больными показало более длительный срок до повторного обращения в клинику (холангит, рецидив желтухи) при сравнении с пациентами, когда в аналогичной клинической ситуации выполнялось стентирование. У соматически ослабленных больных и при неблагоприятном ближайшем онкологическом прогнозе стентирование гепатикохоледоха является вариантом выбора паллиативной хирургической помощи. При стенозах трахеи мы отказались от использования нитиновых стентов в связи с недостаточностью их каркасных свойств.

К. В. Павелец. При раке пищевода для перевода больного в операбельное состояние стенты хороши. В год мы оперируем 40–60 больных пожилого и старческого возраста и замечаем значительное улучшение их состояния.

Г. М. Манихас. Стентирование каждого органа имеет свои особенности. Качество жизни улучшается за счет морального фактора — нет гастрो-, коло- и прочих стом. Метод эффективен в качестве предоперационной подготовки. Лучевая терапия при стентировании адекватна, но особое значение имеет экономическая сторона вопроса.

М. П. Королёв (председатель). Методика установки стента относительно несложна. Стоимость стентов — 20–80 тыс. руб. Зачастую стентирование проводится иноперабельным больным. Это альтернатива операции Монастырского на фоне специфической терапии, но стенты решают не все проблемы. Мы использовали их при кардиостенозах, у больных старческого возраста, при трахеопищеводных свищах после нейротравмы. Появились биодеградирующие стенты. Осложнений пока много — 20–30%. Стенты ломаются, соскальзывают. В квоты они не включаются.

Поступил в редакцию 31.10.2012 г.

2399-е заседание 10.10.2012 г.

Совместное заседание с Научным обществом онкологов Санкт-Петербурга и Ленинградской области

Председатели — А. М. Беляев, М. П. Королёв

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. В. Н. Польшалов, С. А. Попов, А. Ч. Гапбаров, С. Д. Долгих, А. А. Кудряшов (Российский научный центр радиологии и хирургических технологий). **Сложности диагностики и особенности хирургического лечения гигантской внеорганической опухоли брюшной полости.**

Пациент, 54 лет, обратил внимание на первые признаки заболевания в августе 2011 г. Тогда он отметил снижение массы тела на 6 кг и увеличение размеров живота. При УЗИ органов брюшной полости выявлено гигантское новообразование размером 26×16×27 см, неоднородной структуры, расцененное как опухоль левой доли печени. Результаты выполненной мультифазной компьютерной томографии представлялись неоднозначными, не исключалась внеорганическая опухоль брюшной полости. 06.10.2011 г. произведены диагностическая ангиография и селективная эмболизация артерий, кровоснабжающих опухоль. Обнаружен вариант артериального кровоснабжения образования из левой добавочной печеночной артерии, отходящей от левой желудочной. 11.10.2011 г. выполнена операция — лапаротомия по Starzl, удаление гигантской внеорганической опухоли брюшной полости. При гистологическом и иммуногистохимическом исследованиях выявлены признаки недифференцированной злокачественной опухоли саркоматозной природы из оболочек периферических нервов.

Ответы на вопросы. Больной — житель Санкт-Петербурга с 1974 г. По профессии — сварщик. Аппетит хороший. Характер питания после операции не изменился. У родителей и родственников опухолевых заболеваний нет. Окружность живота после эмболизации уменьшилась на 2–3 см. Биопсию до операции не планировали.

Прения

В. В. Алейников. Мы имеем опыт более 100 операций при подобных опухолях. Эмболизация полезна как мера профилактики кровотечения, могущего быть смертельным.

Л. Д. Роман. Гистологическая структура опухоли указывает на ненужность любой дополнительной терапии. Необходимо наблюдение 1 раз в полгода.

Г. М. Манихас. Показано изменение подхода к лечению таких опухолей. Точно стало известно кровоснабжение опухоли, и она предварительно обескровлена. В экстренных ситуациях операция требуется не всегда. Предоперационное морфологическое исследование всегда желательно, но при опасности осложнений можно поступать так как авторы. В дополнительной терапии больной не нуждается.

М. П. Королёв (председатель). Опухоль появилась не вчера. Здесь виден недостаток работы первичного звена. Подобные больные могут поступать к хирургам экстренно в связи с внутрибрюшным кровотечением, непроходимостью кишечника, перитонитом вследствие некроза.

2. А. В. Решетов, С. М. Лазарев, И. О. Руткин, Е. Ю. Ломтева, Г. В. Николаев, Л. Б. Митрофанова, И. В. Антонова, О. Е. Каквишева (кафедра факультетской хирургии Северо-Западного государственного медицинского университета

им. И. И. Мечникова; Российский научный центр радиологии и хирургических технологий; Ленинградская областная клиническая больница; Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова). **Мультидисциплинарное лечение редкой злокачественной опухоли легкого (бластомы) и ее отдаленных метастазов.**

По данным литературы, частота бластомы легких среди оперированных опухолей легких составляет менее 1%. В литературе описывают лишь единичные наблюдения этого заболевания, и поэтому лечебная тактика при этой опухоли окончательно не определена.

Пациент П., 24 лет, госпитализирован в октябре 2006 г. с жалобами на редкое кровохарканье, небольшую слабость и похудение. При обследовании выявлено округлое новообразование больших размеров в нижней доле левого легкого. 27.10.2006 г. выполнена операция, при которой обнаружена солидная опухоль, интимно связанная с корнем нижней доли. Выполнена нижняя лобэктомия слева с систематической лимфодиссекцией. Гистологическое и иммуногистохимическое исследования позволили диагностировать бластому легкого без метастазов в лимфатические узлы. В послеоперационном периоде больной консультирован онкологом. Учитывая R0-объем операции, от адьювантного лечения решено воздержаться. В сентябре 2009 г. пациент почувствовал слабость, боли в груди. При обследовании выявлена опухоль средостения 10×8×7 см, располагающаяся ретроперикардиально. 15.11.2009 г. выполнена операция — торакотомия справа, удаление опухоли средостения, которая при морфологическом и иммуногистохимическом исследовании оказалась метастазом ранее удаленной опухоли. Учитывая циторедуктивный характер операции, больной получил курс лучевой терапии на средостение 50 Гр в послеоперационном периоде. В октябре 2010 г. обнаружены единичные метастазы в правом легком и метастаз в оставшейся верхней доле левого легкого. Последовательно, с интервалом в 3 мес, выполнена правосторонняя торакотомия, удаление метастазов и радиочастотная абляция метастаза в оставшейся части левого легкого. В перерыве между вмешательствами получал полихимиотерапию с учетом маркеров чувствительности к химиопрепаратам. В настоящее время чувствует себя удовлетворительно, признаков прогрессирования заболевания не определяется.

Ответы на вопросы. Больного еще беспокоят одышка, слабость. Детей у больного нет. Аппетит снижен. Из правого легкого удалено 9 метастазов во время первой операции, еще несколько во время второй. Были поражены лимфатические узлы 9-й группы у нижней легочной вены. Химиоперфузию легкого считали нецелесообразной.

Прения

А. Л. Акопов. Ошибкой было то, что больного отпустили без лечения после второй госпитализации. Лечение метастазов в легкие из опухолей других органов принято, но метастазы из опухоли самого легкого удается лечить редко. Результаты обычно неутешительны. Химиотерапия не позволит излечить больного или даже значительно увеличить длительность жизни.

А. М. Беляев (председатель). Представлены трудности лечения онкобольных, выбора последовательности методов лечения. Верификация диагноза рака легкого не всегда удаётся до операции. Считаю показанной химиоперфузию легкого. Операцию можно было сделать 9 лет назад.

ДОКЛАД

Л. Д. Роман, Р. М. Лукьянчук, А. А. Смирнов, О. Б. Ткаченко, Н. А. Трушников, А. А. Кинзерский, Д. В. Семенихин (Ленинградский областной онкологический диспансер). **Малоинвазивные методы лечения эпителиальных новообразований желудочно-кишечного тракта.**

Представлены результаты лечения 576 пациентов с доброкачественными и злокачественными эпителиальными новообразованиями пищевода, желудка и толстой кишки, прооперированных в период с 2009 по 2012 г. в Ленинградском областном онкологическом диспансере с помощью эндоскопических методов. Для удаления доброкачественных новообразований применяли такие методы, как эндоскопическая полипэктомия, эндоскопическая резекция слизистой оболочки (EMR), эндоскопическая резекция слизистой оболочки с аргонно-плазменной абляцией опухоли. Для ранних форм злокачественных образований использовали методику эндоскопической диссекции опухоли в подслизистом слое (ESD). Показанием для ESD являлись Tis-1a-1b (sm1) N0M0 опухоли желудочно-кишечного тракта. Доказано, что используемые эндоскопические операции являются эффективными, безопасными и обоснованными, с онкологической точки зрения, методами лечения новообразований желудочно-кишечного тракта.

Ответы на вопросы. Дефект слизистой оболочки заживает так же, как язва, поэтому проводим противовоспалительное лечение в течение 2 мес. Стриктуры наблюдались, при них производили баллонную дилатацию, оперативного лечения не требовалось. При инвазии ножки полипа без инвазии сосудов делали резекцию слизистой оболочки. Если при эндоУЗИ обнаруживалась инвазия в подслизистый слой, больных оперировали. Такой стандарт лечения принят и распространен в Японии, меньше — в США и Западной Европе. Вопрос о выборе лечения принимает медицинская комиссия. При раке прямой кишки обязательна магнитно-резонансная томография (МРТ). Вопрос об окончательном лечении больших ворсинчатых опухолей решался после гистологического исследования удаленного препарата. Все больные лечены по системе ОМС. Один из авторов доклада стажировался в Японии.

Прения

А. М. Щербаков. Это демонстрация возможностей современных методик. Такой набор методов есть не везде. Показано, что эндоскопическое излечение рака возможно. Материал собран за 3 года. Желательно знать отдаленные результаты.

А. М. Беляев. Недавно прошла конференция онкологов в Санкт-Петербурге. Представленные результаты не отличаются от японских. Для этих операций необходима ранняя диагностика. Ждем отдаленных результатов.

С. В. Васильев. Высокий уровень докладов зависит от развития эндоскопии. Особенно важны эти операции для пожилых и старых людей. Делать их надо при развернутой операционной. Мы оперируем в год около 700 больных с полипами толстой кишки. При прорастании в подслизистый слой надо оперировать более радикально. Шире надо пользоваться методом ТЕМ — трансанальной эндомиохирургии.

Л. Д. Роман. Метод во многих странах является стандартом. Нужны хорошая аппаратура и хорошая организация. Этим способом мы удалили опухоль пищевода длиной 7 см. Но и применение метода требует точных показаний.

О. Б. Ткаченко. Ворсинчатые опухоли рецидивируют в 4–5%. МРТ в сравнении с эндоУЗИ при оценке опухоли характеризуется гипердиагностикой. При фрагментарном удалении опухоли, если в одном из препаратов обнаруживается рак, показано оперативное лечение.

М. П. Королёв (председатель). Этой методике уже 17 лет. Отдаленные результаты уже есть в Японии. Но там ранний рак занимает 50%. Визуальная эндоскопия должна уйти в прошлое. Можно достигнуть увеличения в 570 раз. Только за неделю мы выявили и удалили эндоскопически две опухоли Абрикосова в пищеводе. Диагноз рака ставим при диаметре опухоли 2 мм. Диссекция опухоли менее опасна, чем резекция слизистой оболочки, при которой в краях может оказаться некроз. В Санкт-Петербурге в год производится 280 тыс. эндоскопий, но ранних раков желудка выявлено около 40. Этого мало. До клинических проявлений рака проходит 7–8 лет. В Японии в один день производится 28 резекций слизистой оболочки. Но эндоскопист должен вовремя остановиться. Еще одна задача — надо повышать профессионализм морфологов.

А. М. Беляев (председатель). В лечении рака желудочно-кишечного тракта надо что-то брать от хирургических технологий, что-то от эндоскопии, что-то от онкологии.

Поступил в редакцию 31.10.2012 г.

2400-е заседание 24.10.2012 г.

Председатель — В. А. Кащенко

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. Э. Г. Топузов, А. И. Кякин, И. С. Каширина, Р. Э. Топузов (кафедра госпитальной хирургии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова). **Хирургическая реабилитация больной после тяжелой политравмы с повреждением промежности и сфинктерного аппарата прямой кишки.**

Больная Х., 1987 г.р., страдает сомнабулизмом, 15.11.2007 г. упала с высоты 5-го этажа. Через 30 мин доставлена в больницу г. Алматы (Казахстан) с диагнозом «Политравма, травма костей таза с разрывом влагалища и прямой кишки». Пострадавшая длительное время лечилась в стационарах г. Алматы. В апреле 2008 г. больная прошла лечение в клинике травматологии и ортопедии СЗГМУ им. И. И. Мечникова по поводу остеомиелита обеих стоп. 13.10.2010 г. пациентка обратилась в клинику госпитальной хирургии с жалобами на выраженную рубцовую деформацию промежности с повреждением сфинктерного аппарата тазового дна и прямой кишки, непроизвольное отхождение газов и кала. С целью подготовки больной к реконструктивной пластической операции 14.10.2010 г. больной через мини-доступ с использованием аппарата Прудкова сформирована сигмостома. Послеоперационное течение гладкое. Через 7 дней больная выписана из клиники. 11.02.2011 г. произведена реконструктивно-пластическая операция (проф. Э. Г. Топузов). На операционном столе выявлено, что ректовагинальная складка с дефектом тканей истончена, замещена рубцовой тканью на глубину около 6 см. Произведен поперечный разрез спереди от входа в прямую кишку. Мобилизована задняя стенка влагалища от стенки прямой кишки. Рубцовые ткани стенки влагалища иссечены. Дефект стенки влагалища зашит

двумя рядами швов (викрил 3.0–4.0). При дальнейшей мобилизации выявлено, что передняя полуокружность наружного сфинктера отсутствует. Имеется диастаз мышечных волокон на протяжении 4 см. Из рубцовых тканей выделены края наружного сфинктера. Они сопоставлены и защищены двумя рядами узловых швов (викрил 4.0), затем обнажены края наружных ножек леваторов. Они сшиты по средней линии двумя рядами швов. Лигатуры завязаны из глубины наружу. Произведена пластика наружных половых губ. Послеоперационное течение гладкое. Через 11 дней больная выписана. 20.05.2011 г. больной выполнена операция — устранение сигмостомы с восстановлением непрерывности толстой кишки из мини-доступа. Одновременно через другой мини-доступ в правом подреберье произведена холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни, хронического калькулезного холецистита. Послеоперационное течение гладкое. Больная была представлена на 2375-м заседании Хирургического общества Пирогова 25.05.2011 г.

Ответы на вопросы. Больная удерживает стул и газы. Планирует замужество и роды.

Прения

В. И. Ковальчук. Демонстрация соответствует определению, данному хирургии С. П. Королёвым: «Хирургия — это такая редкая профессия, где человеческое горе превращается в человеческое счастье».

С. В. Васильев. Возможно, что лапароскопическую колостому и устранение повреждений сфинктера удалось бы сделать одновременно.

В. А. Кащенко (председатель). Достигнутый результат определяет современные принципы хирургии: этапность, малоинвазивность, междисциплинарный подход.

2. А. О. Аветисян, П. К. Яблонский, К. В. Павелец, О. Г. Вавилова, О. М. Рыбальская, А. А. Каширинцев, М. Г. Ковалев, П. В. Гаврилов, Н. Ю. Скибарь, Н. И. Александрова, М. М. Назаренко (Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии, Городская Мариинская больница). **Лечение осложненного эхинококкоза легких и печени.**

Больная У., 1979 г.р., поступила в СПбНИИФ 12.02.2010 г. в плановом порядке. Заболела остро в декабре 2009 г., когда появился приступообразный кашель до рвоты, повышение температуры до 40 °С. Госпитализирована в стационар по месту жительства. Дифференциальная диагностика проводилась между внебольничной абсцедирующей пневмонией и инфильтративным туберкулезом в фазе распада. При обследовании данных за туберкулез не получено, проводилась консервативная терапия без существенной рентгенологической динамики. В СПбНИИФ при рентгенографии и КТ грудной клетки в С_{VII} справа и С_{VIII} слева выявлены два жидкостных образования с четким ровным контуром: справа — до 8,0 см, слева — до 5,5 см в диаметре, увеличенные паратрахеальные и бронхопульмональные лимфатические узлы. На КТ брюшной полости в правой доле печени выявлено жидкостное образование до 3,5 см в диаметре. Выявлено ИФА с эхинококковым антигеном — 1/1600. В связи с диагностированными двусторонними эхинококковыми кистами легких выставлены показания к операции. 04.03.2010 г. выполнена одномоментная двусторонняя эхинококкэктомия нижних долей легких. Кисты выделены из легочной ткани, хитиновая оболочка удалена, фиброзная капсула иссечена на ограниченном участке. Выявленные свищи обеих кист с

сегментарными бронхами были ушиты П-образными швами. Послеоперационное течение гладкое. Спустя 1,5 мес больная госпитализирована в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы. 17.05.2010 г. больной была выполнена операция — вылушивание эхинококковой кисты VII сегмента печени с перифокальным иссечением ткани печени. Послеоперационное течение гладкое. Спустя 2 года данных за рецидив не получено.

Ответы на вопросы. Лапароскопическое удаление кист даже не планировалось из-за выраженного спаечного процесса. Торакоскопическое удаление считаем возможным. Операции переносятся хорошо, если не удаляется ткань легкого или печени, нет обсеменения поддиафрагмального пространства. Проводилась лекарственная терапия альбендазолом по схеме в течение 3 мес после оперативного лечения, так как известно, что на фоне лечения до операции возможны разрывы кист.

Прения

В. А. Кащенко (председатель). Показательно планирование последовательности лечения. Эндовидеохирургические вмешательства возможны, но должны быть подкреплены опытом и оборудованием.

ДОКЛАД

М. Д. Ханевич, М. Х. Фридман, Э. А. Каливо, А. В. Хазов (Городской клинический онкологический диспансер; кафедра онкологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова). **Хирургическая тактика при внеорганных опухолевых заболеваниях брюшинного пространства.**

Хирургические вмешательства при опухолевых заболеваниях брюшинного пространства имеют ряд особенностей, значительно затрудняющих проведение самой операции. Это связано с тем, что объект хирургических манипуляций расположен глубоко, за брыжейкой тонкой кишки, связан с брюшиной расположенными органами и магистральными сосудами. Такого рода опухоли имеют высокую склонность к рецидивированию, частота которого достигает 80%. Пациентам приходится последовательно выполнять до 5 вмешательств и более. При этом повторные операции имеют ещё большие трудности в связи с прогрессированием процесса, значительным нарушением анатомии, развитием грубых спаек и рубцов. Под нашим наблюдением находились 104 пациента с брюшинными внеорганными опухолями, которые были подвергнуты хирургическим вмешательствам. У более чем половины из них были выполнены повторные вмешательства. Следует отметить, что к комбинированным вмешательствам чаще всего приходилось прибегать при липосарcomaх. Отдалённые результаты прослежены у

60 больных. Анализ результатов лечения больных показал, что брюшинные внеорганные опухоли имеют способность к быстрому рецидивированию, а оперативные вмешательства при рецидивах более чем в половине наблюдений носят комбинированный характер, что требует от бригады хирургов соответствующего опыта и оснащения.

Ответы на вопросы. Ангиография для эмболизации всегда нужна, но не позже, чем за 1 сут. Паллиативные операции имеют смысл. УЗИ и КТ обязательны. Для опухолей таза предпочтительнее МРТ, верхнего этажа — спиральная КТ. Биопсия обязательна, если есть возможность ее осуществить. Для выявления рецидива рекомендуем УЗИ 1 раз в 3 мес, при подозрении на очаг — томографические исследования. Различий течения опухолевого процесса в зависимости от способа диссекции тканей не выявлено. Все больные направлялись с диагнозом «Брюшинная опухоль». При лимфомах чаще бывают узлы в других областях. При них прогноз лучше. После вынужденных перевязок нижней полой вены наблюдали полноценное развитие коллатерального кровообращения.

Прения

Э. Г. Топузов. Проблема сложна и требует специализации. В мае 2012 г. мы оперировали больного с опухолью массой 12 кг, а уже в октябре вновь пришлось вмешаться по поводу рецидива. Ещё до операции желательна дифференцировать опухоль с лимфосаркомой, опухолью почки. Окончательное диагностическое мероприятие — лапаротомия. Тщательное оперирование позволяет выделить опухоль без повреждения жизненно важных органов. Мы наблюдали и оперировали больных с 4 и 5 рецидивами.

А. В. Кочетков. Мы оперировали по поводу рецидивов 3 и 4 раза. Это междисциплинарная проблема: кроме хирургов, в операциях должны участвовать урологи, ангиохирурги, просто более опытные коллеги.

В. В. Шукин. Первичные операции, как правило, проводятся в неспециализированных учреждениях. Хирургическое пособие должно оказываться и тогда, когда до операции процесс кажется распространенным. Трепанобиопсия возможна всегда. Оптимальным доступом при операции является поперечная расширенная лапаротомия, доступ Юнга. При рецидивах мы оперируем только тогда, когда их (опухолей) размер превышает 5 см. Важным вопросом является профилактика тромбоэмболических осложнений, особенно при чрезвычайно васкуляризованных опухолях.

В. А. Кащенко (председатель). Опухоли требуют великолепной техники, тем не менее, сопровождаются рецидивами. Максимальная информация должна быть получена до операции. Это может изменить характер лечения при GIST-опухолях, лимфомах.

Поступил в редакцию 08.11.2012 г.