

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

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

2439-е заседание 26.11.2014 г.

Председатель — Э.Э.Топузов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *К.В.Павелец, О.Г.Вавилова, Д.С.Русанов* (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова СПбГПМУ и Мариинская больница, Санкт-Петербург). **Удаление гигантской липосаркомы забрюшинного пространства.**

Больная П., 62 года, поступила в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы в плановом порядке 09.01.2013 г. с жалобами на дискомфорт и чувство распирания в левой половине живота ввиду образования, которое деформирует переднюю брюшную стенку, мешая пациентке наклоняться. По данным УЗИ, компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии органов брюшной полости выявлено новообразование с довольно чёткими контурами, размером 15,1×15,6×24 см, исходящее из забрюшинной клетчатки слева. Образование оттесняло вправо поджелудочную железу, аорту; вправо и вперёд — левый надпочечник и левую почку таким образом, что почка располагалась справа от позвоночного столба, что подтверждено внутривенной урографией. Других патологических изменений не выявлено. Клинико-лабораторные показатели в норме. Рентгеноэндоваскулярная ангиография в пределах нормы. Больная оперирована 14.01.2013 г. после предварительной катетеризации левого мочеточника и эмболизации первой, второй и четвертой поясничных артерий слева. Из косоперечной лапаротомии выше пупка произведено удаление забрюшинной опухоли слева. В ходе операции выполнен сеанс фотодинамической терапии с облучением зоны удалённой опухоли. Масса новообразования составила 8 кг. Послеоперационный диагноз: забрюшинная липосаркома. Гистологическое исследование: высокодифференцированная липосаркома, что подтверждено иммуногистохимическим исследованием. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии 28.01.2013 г. на 14-е сутки после операции. Больная обследована спустя 6 мес и 1,5 года после хирургического

лечения. Жалоб не предъявляет. Данных за рецидив либо прогрессирование заболевания не получено.

Ответы на вопросы. Первым симптомом были трудности наклона.

Больная опухоль прорщупала самостоятельно. Обследовал амбулаторно участковый врач. В одном из онкологических учреждений города в лечении было отказано. Опухоль удалена без повреждения окружающих тканей и брыжейки. Почку не фиксировали. Кровопотеря составила 700 мл. Выбор лечения (химио- или лучевая терапия) зависит от степени дифференцировки опухоли. CD117 определён в Северо-Западном центре им. Н.И.Пирогова. Он у больной отрицателен.

Прения

А.А.Протасов. В 1965 г. проф. С.М.Курбангалеев удалил огромную забрюшинную липому (с гистологическим подтверждением) у больной 35 лет. Через 1,5 года наступил рецидив, и опухоль удалена частично. Диагностирована липосаркома. Больная умерла. Возможно, эти больные нуждаются в дополнительной терапии.

Л.Д.Бечвая. Поздравляю авторов с хорошим исходом. В 1984 г. А.А.Соболев оперировал больную с липосаркомой, имевшей массу 18 кг. Больную оперировали ещё 2 раза, и дальнейшая её судьба неизвестна.

Э.Э.Топузов (председатель). Первоначальный хирургический успех налицо. Желателен предоперационный диагноз с использованием иммуногистохимии и дифференцировки с GIST-опухолями.

2. *М.Д.Ханевич, А.С.Лисянская, М.И.Кузнецова* (СПбГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»). **Успешное повторное хирургическое вмешательство по поводу гигантской забрюшинной тератомы малого таза.**

Больная М., 28 лет, 21.04.2014 г. поступила в стационар СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер» с диагнозом: гигантская кистозная забрюшинная опухоль малого таза. Опухоль впервые выявлена при ультразвуковом исследовании 7 лет назад. В это время пациентка проживала и училась в Университете г.Лос-Анджелес (США). В ноябре

2007 г. обратилась в одну из клиник Лос-Анджелеса, где была обследована, включая дренирование и цитологическое исследование содержимого опухоли. В декабре 2007 г. там же произведена попытка удаления опухоли эндовидеохирургическим способом. Операция была завершена диагностическим исследованием без последующей конверсии. Рекомендовано дальнейшее наблюдение за больной. В связи с ростом опухоли и возникшими симптомами нарушения функций тазовых органов больная в феврале — марте 2014 г. после приезда из США была обследована в клинических учреждениях Санкт-Петербурга. При МРТ-исследовании установлено патологическое образование кистозно-солидного строения неоднородной структуры, занимающего малый таз, размером 164×138×143 мм, со смещением матки, сигмовидной кишки и крестца. Выявлена связь образования с крестцово-копчиковыми структурами. Высказано предположение о забрюшинной тератоме малого таза с вовлечением костей копчика. 29.04.2014 г. выполнена операция: комбинированным способом из лапаротомного и промежностного доступов произведено удаление гигантской забрюшинной тератомы малого таза с одновременной резекцией костей копчика. Технические сложности вмешательства были связаны с пре-сакральным расположением опухоли и смещением всех анатомических структур малого таза, отсутствием брыжейки сигмовидной кишки и выраженным венозным сплетением по всей поверхности опухоли. После эвакуации содержимого и выделения опухоли из окружающих тканей она была удалена промежностным доступом. Гистологическое исследование: гигантская зрелая кистозная бифазная забрюшинная тератома с дериватами экто- и эндодермы, исходящая из копчиковой кости. В послеоперационный период промежностная рана зажила вторичным натяжением. Больная выписана из стационара в удовлетворительном состоянии, обследована через 6 мес — признаков рецидива опухоли нет.

Ответы на вопросы. Жалобы появились 1,5–2 года назад. В настоящее время больная жалоб не предъявляет. Болей, затруднения мочеиспускания и дефекации нет. В США сказали, что удалить опухоль нельзя, другого лечения не назначили. Иммуногистохимическое исследование не проводили.

Прения

Б.Н.Котив. Хирурги предполагали доброкачественную опухоль — тератому. Операция произведена блестяще.

Ю.В.Плотников. Следует напомнить, что именно этим опухолям была посвящена кандидатская диссертация Фёдора Григорьевича Углова.

А.В.Кочетков. Г.А.Баиров оперировал больную в возрасте 14 лет по поводу атрезии прямой кишки. В возрасте 30 лет у неё же обнаружили опухоль, подобную обсуждаемой, и она была оперирована.

Э.Э.Топузов (председатель). Наблюдение редкое, жалобы появились лишь при росте опухоли в малый таз и сдавлении органов этой области.

ДОКЛАД

Л.М.Краснов, В.А.Семенов, С.Л.Непомнящая, Е.А.Федоров, А.К.Ушкац, О.В.Кулешов, В.Ф.Русаков, С.Л.Воробьев, И.В.Саблин (Санкт-Петербургский клинический комплекс ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова» Минздрава России). **Восемнадцатилетний опыт диагностики и хирургического лечения больных с новообразованиями надпочечников.**

Представлены результаты диагностики и хирургического лечения 562 больных с новообразованиями надпочечников, прооперированных группой авторов с января 1996 г. по декабрь 2013 г. Среди них было 424 женщины и 138 мужчин в возрасте от 16 до 78 лет. У 265 пациентов были выявлены адренкортикальные аденомы (у 86 — кортизолпродуцирующие и у 179 — гормонально-неактивные), у 33 — адренкортикальный рак, у 110 — феохромоцитомы, у 62 — альдостерома. Другие новообразования встречались значительно реже: это кистозные образования надпочечников, миелолипомы, ганглионевромы, мезенхимомы, метастазы в надпочечник и др. В целях диагностики всем пациентам производили УЗИ, КТ и в ряде случаев МРТ, осуществляли гормональные исследования. Отмечается постепенное увеличение количества эндовидеохирургических вмешательств. Так, в течение первых 12 лет среди 283 оперативных вмешательств у 282 пациентов традиционный доступ использован в 132 наблюдениях и в 151 — эндовидеохирургический. С декабря 2007 г. по декабрь 2013 г. выполнено 281 оперативное вмешательство у 280 пациентов. При этом, 251 операция произведена эндовидеохирургическим доступом и только 30 раз осуществлён традиционный доступ. В течение последних 2–3 лет среди эндовидеохирургических вмешательств чаще используется забрюшинный доступ и, в частности, ретроперитонеоскопический, в положении пациента на животе (94 операции). Из них у 23 пациентов опухоли удалены через один порт. В докладе обсуждаются вопросы дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей по данным лучевых и гормональных методов исследования, а также некоторые аспекты гистологической верификации удалённых новообразований.

Ответы на вопросы. 5 резекций надпочечника выполнены при альдостеромах. Показания к оперативному лечению сузились. Основное показание — признаки злокачественности: высокая нативная плотность, значительные размеры (3–4 см и более), выраженное контрастирование. Открытую адреналэктомию производили при инвазии в крупные сосуды, а конверсию — при кровотечении. Наблюдали метастазы в надпочечник при раке толстой кишки и лёгкого.

Прения

Э.Э.Топузов (председатель). Опыт авторов гораздо больше, чем указан в заглавии доклада. Ему более 30 лет. Это федеральный центр. Наблюдается отчётливое (в 2 раза!) увеличение количества поступающих больных, а также динамика развития выбора диагностики и лечения новообразований надпочечников.

Поступила в редакцию 20.04.2015 г.

2440-е заседание 10.12.2014 г.

Председатель — О.Н.Эргашев

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *Н.Ю.Коханенко, С.В.Петрик, Ю.В.Петрик, И.М.Султанова* (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова СПбГПМУ, Мариинская больница, Санкт-Петербург). **Успешное лечение панкреатикоплеврального свища путём наружного дренирования протока поджелудочной железы.**

Больная П., 42 года, поступила 27.05.2014 г. в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы с жалобами на одышку, повышение температуры тела. Из анамнеза известно, что пациентка страдает хроническим панкреатитом много лет. За последний год ее неоднократно госпитализировали в стационары города по поводу рецидивирующего левостороннего плеврита. Неоднократно выполняли плевральные пункции, после которых плеврит упорно рецидивировал — за 2 мес перенесла 20 пункций левой плевральной полости. Однократно перенесла лапароцентез по поводу асцита. За последний год похудела на 25 кг. При обследовании у больной выявлен левосторонний осумкованный плеврит. В клиническом анализе крови отмечен лейкоцитоз со сдвигом в лейкоцитарной формуле в сторону юных форм. При магнитно-резонансной холангиопанкреатографии определялся свищевой ход между протоком поджелудочной железы и левой плевральной полостью. Выполнено дренирование левой плевральной полости по Бюлау. Получено 300 мл сливкообразного гноя с активностью амилазы 21 000 ЕД. В послеоперационном периоде по дренажу отделяемого не было. Пациентка подготовлена для планового оперативного лечения. 02.06.2014 г. выполнены наружное дренирование протока поджелудочной железы, гастростомия для реинфузии панкреатического сока. Послеоперационный период протекал без осложнений, по дренажам отделялось около 150–200 мл панкреатического сока, при контрольной фистулографии на 6-е сутки подтверждена связь протока поджелудочной железы и левой плевральной полости. Пациентка выписана на 14-е сутки с дренажами. Через 2 мес при контрольной фистулографии связи протока поджелудочной железы и плевральной полости не выявлено. Контрастное вещество свободно поступает в двенадцатиперстную кишку. Дренажные трубки удалены через 4 мес после операции.

Ответы на вопросы. Больная 4 раза поступала в различные стационары по поводу плеврита, значительно похудела.

Прения

С.Я.Ивануса. Методика лечения панкреатических свищей включает 3 элемента: медикаментозная терапия, наружное и внутреннее дренирование. В этом наблюдении оказалось эффективным наружное дренирование.

О.Н.Эргашев (председатель). За 10 лет в Ленинградской областной клинической больнице наблюдались 11 подобных больных. Лечение в основном проводилось эндоскопическим способом. После стентирования главного панкреатического протока у большинства больных свищи закрылись.

2. *К.В.Павелец, М.А.Протченков, М.К.Павелец, Д.С.Белогаев, Е.С.Нюхлов* (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова СПбГПМУ, Мариинская больница, Санкт-Петербург). **Одномоментное восстановление непрерывности толстой кишки с натяжной аллопластикой гигантской послеоперационной вентральной грыжи.**

Больной С., 45 лет, поступил в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы в плановом порядке 15.09.2014 г. Его беспокоили 2 функционирующие колостомы и гигантское грыжевое выпячивание брюшной стенки в области послеоперационного рубца. 30.05.2013 г. в одном из стационаров Санкт-Петербурга пациент оперирован по поводу воспалительного инфильтрата сигмовидной кишки в экстренном порядке. Выполнена операция Гартмана. При гистологическом и последующем комплексном клиническом обследовании в Городской туберкулезной больнице №2 клинической и морфологической картины туберкулёза брюшины не получено. Гистологическое заключение: неспецифическое воспаление. В марте 2014 г. по месту первой операции предпринята попытка восстановления непрерывности толстой кишки. Послеоперационный период осложнился несостоятельностью сигмосигмоанастомоза. 23.03.2014 г. выполнена релапаротомия, сформированы сигмостома и двуствольная трансверзостома. На момент поступления в Мариинскую больницу в проекции деформированного послеоперационного рубца определялся дефект апоневроза, распространяющийся от эпи- до гипогастральной области с грыжевым выпячиванием размером 30×16 см. В левом подреберье имелась сигмостома со слизистым отделяемым и пролапсом слизистой оболочки, в правом подреберье — трансверзостома. Сопутствующих заболеваний и противопоказаний к операции не выявлено. 17.09.2014 г. произведена операция: лапаротомия, тотальный адгезиолизис, устранение сигмостомы с формированием сигмосигмоанастомоза «конец в конец» двухрядным швом, иссечение двуствольной трансверзостомы с ушиванием дефекта противобрыжеечного края поперечной ободочной кишки, устранение гигантской послеоперационной вентральной грыжи в модификации Вишневого с натяжной фиксацией полипропиленового сетчатого имплантата. Больной выписан в удовлетворительном состоянии на 24-е сутки. На текущий момент больной жалоб не предъявляет. Дееспособность и способность к самообслуживанию сохранена в полном объёме.

Ответы на вопросы. В анамнезе нижнедолевая пневмония. Туберкулёзом не болел. Первая операция экстренная. Стул 2–3 раза в день. Работает охранником. Показания к двум колостомам не ясны. С 2008 г. в клинике проводится работа по лечению гигантских вентральных грыж. Натяжительная пластика оказалась оптимальным методом. Операция усиливает силу мышц брюшной стенки, сохраняет фигуру, но на 40% повышает давление в нижней полой вене. Пациент постоянно носил бандаж, поэтому тренировать больного к повышенному внутрибрюшному давлению не имело смысла. Причина воспалительного инфильтрата осталась неясной (дивертикулит, перфорация инородным телом?).

Прения

К.В.Павелец. Пластика имплантатом не создает мышечный каркас, нарушается фигура, поэтому создается новое направление — ненапряжительная герниопластика. Мы оперировали около 30 подобных больных (с колостомой).

С.Н.Поклоухин. После паховой герниопластики имплантатом иногда возможно появление болевого синдрома, но это современное направление. Применение пластики местными тканями при обширных послеоперационных грыжах опасно развитием компартмент-синдрома.

К.В.Павелец. Выполнить ненапряжительную пластику можно при условии мобилизации мышц.

О.Н.Эргашев (председатель). При гигантских грыжах возможность применения разрабатываемой методики сложением имплантируемой сетки onlay — один из вариантов оперативной техники.

ДОКЛАД

К.В.Павелец, О.Г.Вавилова, М.В.Антипова, А.А.Лойт, Д.С.Русанов (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова ГБОУ ВПО СПбГПМУ; Мариинская больница, Санкт-Петербург; кафедра факультетской хирургии медицинского факультета СПбГУ). **Возможности 3D-моделирования в дооперационной оценке местной распространенности опухолевого процесса и регионарного метастазирования при раке пищевода.**

В основу работы положен опыт хирургического лечения 90 больных, страдающих раком пищевода, с 2010 по 2013 г. На дооперационном этапе 39 (43,3%) больным выполнена спиральная компьютерная томография, 24 (26,7%) — эндоскопическая сонография, 20 (22,3%) — спиральная компьютерная томография (СКТ) с 3D-моделированием, 7 (7,7%) — магнитно-резонансная томография (МРТ) с 3D-моделированием. 3D-модель строилась на основе данных МРТ/СКТ (сканы формата.dcm) при помощи программ «Slicer 3D», «Amira MRI» (США) и «Power Shape» фирмы «Delsam» (Великобритания). Интегрирование в 3D-модель графических данных ЭУС выполнялось посредством программ «AutoCAD 19.0» и «Autodesk 3 ds Max 2014». Основу хирургического вмешательства составляли резекция грудного отдела пищевода, части кардиального отдела желудка и расширенная двухуровневая лимфодиссекция с перевязкой грудного лимфатического протока. Полученные данные верифицированы интраоперационными находками и результатами гистологического исследования. По данным всех 27 (100%) 3D-моделей были оценены локализация, протяженность опухоли, ее связь с соседними структурами средостения, выраженность внутрибрюшной и внутригрудной лимфоаденопатии. Эти показатели позволили наиболее точно стадировать процесс на дооперационном этапе. Наиболее часто как по данным 3D-модели, так и интраоперационно, встречалось поражение средней и нижней трети грудного отдела пищевода. Протяженность опухоли от 5 до 10 см выявлена у 20 (74%) по данным 3D-модели и у 19 (70,4%) соответствовала интраоперационным находкам. Оценить вовлечение соседних структур средостения удалось у 18 (66,6%) пациентов. У 16 (88,9%) и 17 (62,9%) больных соот-

ветственно имело место поражение параэзофагеальной и парааортальной клетчатки, у 4 (22,3%), по данным 3D-модели и интраоперационной картины, отмечено прорастание медиастинальной плевры противоположной стороны у 5 (27,8%) и грудного лимфатического протока — у 4 (22,3%) больных. Оценена степень выраженности внутригрудной и внутрибрюшной лимфоаденопатии: поражение лимфатических узлов средостения наблюдалось у 25 (92,6%) и 26 (96,2%) пациентов соответственно, сочетание внутригрудной и внутрибрюшной лимфоаденопатии — у 18 (66,7%). По данным 3D-модели метастазы в регионарные лимфатические узлы отсутствовали у 2 (7,4%) и подтверждены у 1 (3,7%) пациента гистологическим исследованием. При окончательном дооперационном стадировании карциномы пищевода в основном встречались местно-распространенные формы рака: T3N3 — у 5 (18,5%), T4N1 — у 7 (26,0%), T4N2 — у 6 (22,2%). Чувствительность в определении стадии опухолевого процесса составила 88,7%.

Ответы на вопросы. Исследование меняет тактику выбора объема лимфодиссекции. Отказов в операции на основании данных 3D-моделирования не было. Циторедуктивные операции выполняли. Резекцию пищевода при пищеводно-бронхиальном свище считаем обоснованной и оправданной.

Прения

А.Н.Павленко. В областной больнице оперировали 60 больных, страдающих раком пищевода. Летальность — 8%. Оперативное лечение при распространении на бронхи оправдано. Больные жили 2 года и более.

К.В.Павелец. Сейчас нет объективных критериев операбельности и резектабельности больных при раке пищевода. Годичная выживаемость после стентирования — 7%. При раке T3–T4 операции не могут быть радикальными, но качество жизни больных улучшается. В Корее не могут найти больных с T3, а у нас это практически все.

О.Н.Эргашев (председатель). 3D-моделирование при раке пищевода информативно. Это шаг вперед в определении распространенности опухоли, планировании оперативного вмешательства и прогнозирования течения опухолевого процесса.

Поступил в редакцию 03.04.2014 г.

2441-е заседание 24.12.2014 г.

Председатель — Б.Н.Котив

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *П.К.Яблонский, А.О.Аветисян, Г.Г.Кудряшов, Н.С.Якушенко, И.В.Васильев, Н.М.Блюм, М.С.Тлостанова, Н.В.Овчинникова, Е.В.Давидьянц, А.А.Русанов, Н.В.Казаков* (ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России; Первый СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова Минздрава России; СПб ГБУЗ «Пушкинский противотуберкулезный диспансер»). **Сочетание типичного карциноида и активного туберкулеза легких.**

Большой М., 21 год, военнослужащий. Инфильтративный туберкулёз верхней доли левого лёгкого, микобактериальный туберкулёз (МБТ+) выявлен при плановой флюорографии. Лечился в противотуберкулёзном диспансере. Новообразование бронха базальной пирамиды справа явилось случайной находкой при фибробронхоскопии. Поступил в торакальное отделение № 3 СПбНИИФ 21.12.2012 г. (через 2 мес от начала лечения). При спиральной компьютерной томографии (СКТ) 28.12.2012 г.: картина инфильтративного туберкулёза III сегмента левого лёгкого с распадом; эндобронхиальное образование нижнедолевого бронха справа. При фибробронхоскопии: эндобронхиальное новообразование бронха базальной пирамиды справа, суживающее просвет VII сегментарного бронха до щелевидного (гистологическое исследование биоптата — картина типичного карциноида). Позитронно-эмиссионная томография органов грудной клетки: метаболически активный процесс в верхней доле левого лёгкого (SUV 4.6), бронхопульмональных лимфатических узлах слева (SUV 2,2–3,1). Патологического накопления радиофармпрепарата в паренхиме правого лёгкого и средостенных лимфатических узлах не выявлено. При исследовании МБТ на чувствительность к антибиотикам выявлена широкая лекарственная устойчивость (ШЛУ МБТ). Начат курс химиотерапии по чувствительности (4-й режим). В связи с полостью распада в переднем сегменте левого лёгкого первым этапом установлен эндобронхиальный клапан в III сегментарный бронх слева 21.01.2013 г. С учётом гистологического строения опухоли выполнены 2 курса эндобронхиальной фотодинамической терапии с незначительной положительной динамикой. При СКТ 19.07.2013 г. на месте инфильтрата в С_{III} слева сформировались множественные туберкуломы, одна из них с распадом. Первый этап хирургического лечения 30.07.2013 г. — правосторонняя нижняя лобэктомия с бронхопластической резекцией среднедолевого бронха (хирург — проф. П.К.Яблонский). При гистологическом и иммуногистохимическом исследовании: центральный типичный карциноид без признаков митотической активности — Ki-67 в 2% опухолевых клеток. По резекционной линии бронха опухолевого роста нет. В исследованных лимфатических узлах метастазы опухоли не обнаружены. Второй этап 19.09.2013 г. — видеоассистированная торакоскопическая резекция аксиллярного субсегмента С_{III} левого лёгкого (хирург — А.О.Аветисян). При гистологическом исследовании обнаружена конгломератная туберкулома, степень активности специфического процесса III. При бактериологическом исследовании выявлена МБТ, при полимеразноцепной реакции обнаружено ДНК МБТ в препарате. Послеоперационный период — без осложнений. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии в противотуберкулёзный диспансер для продолжения лечения.

Ответы на вопросы. Выделяют 2 типа карциноида: типичный («доброкачественный») и атипичный («злокачественный»). Признаков карциноидного синдрома не отмечено. Фотодинамическую терапию проводили для стабилизации опухолевого процесса на фоне противотуберкулёзного лечения. Прогрессирования не отмечено. Клапанная бронхолокация произведена для снижения аэрации микобактерий.

Прения

Б.Н.Котив (председатель). Сочетанные заболевания вызывают сложности лечения. Низкая митотическая активность опухоли сопровождалась незначительными клиническими проявлениями. Комбинированный подход, проведенный в одном учреждении, способствовал выздоровлению.

2. Д.Ю.Семенов, М.Е.Борискова, У.В.Фарафонова, И.Т.Зинкевич, О.Л.Кочнева, Л.Е.Колоскова, М.А.Быков, Г.В.Волчков (кафедра общей хирургии, Первый СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова). **Первый опыт эндовидеоассистированных операций на щитовидной железе из аксиллярного доступа.**

Пациентка К., 20 лет, госпитализирована в клинику общей хирургии с диагнозом «узловой нетоксический зоб». В течение 4 лет наблюдалась у эндокринолога по поводу узла левой доли щитовидной железы (ЩЖ). Гормональный статус — эутиреоз. УЗИ: ЩЖ расположена обычно, правая доля не увеличена в размерах, без узловых образований. Практически всю левую долю занимает солидный узел с кистозными включениями в капсуле размером 3×3,3×4 см. Выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия: цитологическая картина коллоидного узла. За последний год наблюдения отмечался рост узла, появилась деформация контура шеи, пациентку беспокоил выраженный косметический дефект. В связи с этим были поставлены показания к оперативному вмешательству. Учитывая нежелание пациентки иметь рубец на передней поверхности шеи, установлены показания к выполнению эндовидеоассистированной гемитиреоидэктомии слева из аксиллярного доступа. Операция выполнена 16.06.2014 г. Послеоперационный период протекал гладко. Пациентка выписана на 2-е сутки в удовлетворительном состоянии. Уровень паратгормона и кальция — в пределах нормы. Выполнена прямая ларингоскопия: голосовые складки подвижны в полном объеме.

Ответы на вопросы. Представлены 3 больных. Такие операции выполнены у 12 больных. Эндовидеотехника не обязательна. Все моменты техники резекции ЩЖ соблюдаются: валик, отведение руки, выделение ножек m. sternocleidomastoideus, прохождение между ними. Возвратный нерв не виден, но желателен нейромониторинг. Обезболивание общее. Время операции — 1–2 ч.

Прения

Б.Н.Котив (председатель). Новую технологию нужно приветствовать. Все проблемы этим способом решить нельзя, но с накоплением опыта показания могут расширяться.

ДОКЛАД

И.А.Соловьев, С.Я.Ивануса, А.Г.Рылло, О.А.Литвинов, А.Ю.Навматуля, М.В.Васильченко, А.Б.Лычев, С.В.Амбарцумян, В.В.Алексеев, О.А.Арутюнян, Д.П.Абраменков, А.С.Шмелев (кафедры военно-морской и общей хирургии ВМедА им. С.М.Кирова, Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализирован-

ных видов медицинской помощи). Превентивная колостомия в хирургии рака прямой кишки.

Перед каждым хирургом, выполняющим сфинктеросохраняющую операцию при раке прямой кишки (РПК) и формирующим низкий сигморектоанастомоз, невольно встает вопрос о целесообразности выведения предохранительной кишечной стомы для снижения рисков несостоятельности и осложнений, связанных с ними. Материалом для настоящего исследования послужили ретроспективные данные о 274 больных с РПК, прооперированных за период с 2003 г. по настоящее время. Во всех наблюдениях операцию завершали дренированием пресакрального пространства с обеих сторон, формированием аппаратного сигморектоанастомоза ниже уровня тазовой брюшины. Несостоятельность сигморектоанастомоза возникла у 11 (4,3%) из 253 прооперированных больных без формирования превентивной стомы. При этом только у 2 (0,8%) больных потребовалась релапаротомия для разрешения проблемы несостоятельности. У всех остальных пациентов явления несостоятельности разрешились с помощью консервативных методов лечения. Основными критериями консервативного ведения больных являются: отграничение малого таза от брюшной полости, отсутствие перитонеальной симптоматики и явлений интоксикации, сохранение пассажа кишечного содержимого, удовлетворительное функционирование пресакральных дренажей и положительная клиническая картина. У 21 больного после выполнения передней резекции прямой кишки были сформулированы показания к формированию противоестественного заднего прохода на поперечной ободочной кишке с разгрузочной целью. Однако, несмотря на это, повторная операция в связи с развившимися осложнениями потребовалась 5 (22,7%) больным. Таким образом, современная методология выполнения передней резекции прямой кишки (мезоректумэктомия, применение сшивающих аппаратов, проведение воздушной пробы, возможность укрепления скрепочного шва) требует дифференцированного подхода и четких показаний к наложению превентивной колостомы.

Прения

А.Н.Павленко. В Европе при низких резекциях прямой кишки рекомендуется всегда формировать илеостому. Частота несостоятельности швов — около 15%. Тот же подход предпочитаем в онкодиспансере.

Д.В.Гладышев. В больнице № 40 также при низких резекциях прямой кишки с мезоректумэктомией формируем илеостому. Частота несостоятельности швов примерно та же — 10–15%, но это осложнение редко сопровождается тяжёлым течением, сепсисом.

Б.Н.Котив (председатель). Низкая передняя резекция прямой кишки приводит к худшему кровоснабжению культы, поэтому требует дополнительных манипуляций. В некоторых клиниках осуществляют лапароскопический контроль. Позиция авторов не является авторитарной, требуется накопление опыта.

Поступил в редакцию 03.04.2015 г.

2442-е заседание 14.01.2015 г.

Председатель — Э.Э.Топузов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *К.В.Павелец, О.Г.Вавилова, Д.С.Русанов, Г.Н.Флоровский* (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова СПбГПМУ, Мариинская больница, Санкт-Петербург). **Хирургическое лечение и наблюдение пациента с нейроэндокринным раком пищевода.**

Больной К., 49 лет, жаловался на затруднение прохождения твердой пищи, опухоль в надключичной области справа. В сентябре 2013 г. амбулаторно при выполнении фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) выявлено новообразование нижней трети грудного отдела пищевода. Гистологическое заключение — плоскоклеточный рак. По данным позиционно-эмиссионной томографии (ПЭТ) выявлены медиастинальная и абдоминальная лимфоаденопатия, метастаз в надключичную область справа. Других отдаленных метастазов обнаружено не было. В различных лечебных учреждениях, в том числе и зарубежных, в хирургическом лечении ему было отказано. Больной поступил в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы 02.10.2013 г. Выполнены рентгеноскопия пищевода, компьютерная томография грудной и брюшной полостей в трехфазном режиме, эндоУЗИ. При дообследовании данные амбулаторного этапа подтвердились. Выявлена связь образования с медиастинальной плеврой противоположной стороны и конгломератом увеличенных нижних параэзофагеальных лимфатических узлов. 07.10.2013 г. выполнена операция — субтотальная резекция пищевода с одномоментной внутригрудной эзофагогастропластикой и лимфодиссекцией D3 (иссечение метастаза надключичной области справа). При патогистологическом исследовании выявлены плоскоклеточный рак пищевода без ороговения, метастазы в 5 группах лимфатических узлов, а также в надключичной области — фокусы плоскоклеточного рака. При иммуногистохимическом исследовании выявлен мелкоклеточный нейроэндокринный рак, GIII. Послеоперационный диагноз: нейроэндокринный рак нижней трети пищевода T4N2M1 (метастаз в надключичную область справа), GIII. С ноября 2013 г. по март 2014 г. пациент получил 6 сеансов химиотерапии (цисплатин+этопозид). В апреле 2014 г. при плановом обследовании (ФГДС и ПЭТ) выявлен рецидив рака в области анастомоза. Проведена чрезпищеводная фотодинамическая терапия. При контрольной ФГДС в мае 2014 г. отмечены признаки регресса рецидива. При гистологическом исследовании получены данные о лечебном патоморфозе. В июне–августе проведена химиолучевая терапия — 9 сеансов в дозе 3,3 Гр, доксорубин и циклофосфамид. В настоящее время больной продолжает химиотерапевтическое лечение за рубежом. Представлен видеофильм общения с больным.

Ответы на вопросы. В предоперационном периоде больному, кроме стентирования, лечения не предлагали, в химиотерапии было отказано. После операции лечение до настоящего времени проводится за рубежом.

Прения

Б.Н.Котив. Диагноз нейроэндокринного рака труден. Результат лечения ожидаемый. Лучший результат можно было бы получить после направленной иммунохимиотерапии. Качество жизни больного хотя бы на время улучшилось.

Э.Э.Топузов (председатель). Больной успешно перенес тяжелую операцию, которая помогла ему улучшить качество жизни при запущенной опухоли. Метастаз в надключичный узел позволял сделать иммуногистохимическое исследование до операции и определить правильное направление лечения.

2. *Н.Ю.Коханенко, К.В.Медведев, С.В.Петрик, Д.С.Русанов* (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова СПбГПМУ, Мариинская больница, Санкт-Петербург). **Результаты лечения пациентки с интраоперационным повреждением общего желчного протока в течение четырех лет.**

Больная С., 62 года, поступила 29.11.2010 г. в плановом порядке с диагнозом «Желчнокаменная болезнь, хронический холецистит». Пациентка больна около 2 лет, ее неоднократно госпитализировали по поводу приступов желчной колики в различные стационары города, где проводилось консервативное лечение с положительным эффектом. 01.12.2010 г. больной выполнена операция — лапароскопическая холецистэктомия, в ходе которой произошло повреждение общего желчного протока. Произведена конверсия доступа, сформирован позадибодочный холедохоюноанастомоз на выключенной по Ру петле тонкой кишки. Послеоперационный диагноз: «Желчнокаменная болезнь. Хронический холецистит. Сморщенный желчный пузырь. Синдром Мирицци 1-го типа». Послеоперационный период протекал без осложнений. В период с 2011 по 2013 г. больная неоднократно находилась в хирургическом отделении с клиникой острого холангита, ей проводили медикаментозную терапию с положительным эффектом. В ноябре 2012 г. больной выполнена операция — устранение послеоперационной вентральной грыжи с пластикой по А.А.Вишневскому и надпоясничной фиксации сетчатого трансплантата. В июле 2013 г. пациентка госпитализирована в экстренном порядке с клиникой механической желтухи. В результате обследования [УЗИ брюшной полости, МРТ брюшной полости, магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ)] было выявлено, что у больной имеет место рубцовая стриктура холедохоюноанастомоза. С целью декомпрессии желчных протоков и восстановления проходимости анастомоза больной было выполнено билобарное наружноевнутринее чреспеченочное дренирование желчных протоков под УЗИ и рентгенологическим контролем. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии с дренажами. В декабре 2013 г. выполнена контрольная фистулография: анастомоз состоятелен и проходим, дренажи удалены. МРХПГ в октябре 2014 г.: убедительных признаков стриктуры анастомоза нет, уровень билирубина нормальный.

Ответы на вопросы. Два года после первой операции больная чувствовала себя хорошо. Через 2 мес после удаления дренажей больная стала чувствовать себя хуже, появились боли. Пересечён проток шириной 4 мм, анастомоз сформирован викрилом. Скорее всего — это термическое

поражение. Гепатикоэнтероанастомоз создан намеренно, так как шов узкого протока приводит к рубцеванию в 90% наблюдений. Транспеченочное дренирование при узких протоках травматично, и больная будет обречена на их длительное ношение. Баллонную дилатацию не предлагали. Нитиноловый саморасправляющийся стент при доброкачественных стриктурах не показан.

Прения

М.Ю.Кабанов. Каждый опытный хирург в течение своей деятельности имеет повреждение протока. В наших наблюдениях одна больная с гепатикоэнтероанастомозом на чреспеченочном дренаже живёт более 4 лет. У другого больного после удаления чреспеченочных дренажей через 2 года после их установки наступил стеноз. Стеноз был обусловлен коагуляционным некрозом, при механических повреждениях стенозы наступают реже. Обсуждаемой больной, возможно, потребуется повторная операция.

В.М.Седов. При лапароскопических операциях повреждения протоков связаны не столько с техникой операции, сколько со степенью владения ею. Здесь имеет место не только коагуляционный некроз, но и аутоиммунный процесс типа склерозирующего холангита. При стентировании развиваются стриктуры, сами стенты инкрустируются. Возможно, в будущем больной потребуется ещё одна операция.

А.М.Игнашов. Я имел честь работать и лечить сложные стриктуры протоков с Н.Н.Артемьевой. За рубежом созданы целые отделения по лечению больных с повреждениями протоков. От самой травмы не гарантирован никто. Во время операции подойти к анастомозу очень сложно. Выгодно формировать еюностому, через которую можно будет расширять сужающийся анастомоз.

Э.Э.Топузов (председатель). Пересечения протоков следует разделять на термические и механические. Течение их различно. Наблюдение поучительно и стимулировало дискуссию.

ДОКЛАД

Н.Ю.Коханенко, А.В.Глебова, С.А.Данилов (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова СПбГПМУ, СПбГБУЗ Мариинская больница). **Диагностика и лечение синдрома Мирицци.**

Проанализированы данные 71 пациента с синдромом Мирицци (СМ). Они были оперированы с 1995 по 2012 г. Также рассмотрены данные 112 больных с холедохолитиазом. СМ нередко диагностируется только во время операции, до или после обнаружения дефекта общего желчного протока (ОЖП), или даже после циркулярного пересечения желчных протоков. В связи с этим для сравнения выбраны две группы больных с подтвержденным диагнозом СМ: 1) больные, обследованные до операции только при помощи инструментальных методов (контрольная); 2) больные, данные которых дополнены расчётами по формуле Кульбака (основная). В обеих группах были выявлены наиболее информативные признаки СМ. При помощи формулы Кульбака был рассчитан диагностический коэффициент (ДК) для каждого конкретного признака. В основной группе

частота осложнений оказалась статистически значимо ниже, чем в контрольной. В контрольной группе она составила 23,1%, в основной — 15,8% ($p < 0,05$). Одним из важнейших критериев оценки правильности предлагаемого предоперационного исследования явились факты интраоперационного повреждения ОЖП в контрольной группе у 4 больных. Из них у 3 пациентов травма замечена во время операции, у 1 больной — в раннем послеоперационном периоде. Среди инструментальных методов дооперационной диагностики СМ наиболее информативен и наименее опасен метод МРХПГ с построением 3D-изображения. Его чувствительность составила 77,8%. Чувствительность УЗИ при СМ составила всего 26,7%. Применение методики оценки диагностического коэффициента при СМ позволяет с точностью до 95% выявить заболевание до операции. При сравнении ближайших послеоперационных результатов основной и контрольной групп отмечено, что применяя методику оценки признаков диагностической информативности по Кульбаку и выбирая хирургическую тактику в соответствии с ней, можно добиться не только значительного улучшения дооперационной диагностики, но и снижения частоты травм внепеченочных желчных протоков во время операции ($p < 0,5$) и послеоперационного койко-дня. При подозрении на СМ во избежание травмы ОЖП следует использовать традиционный доступ. При СМ I-го типа адекватной операцией является холецистэктомия с наружным дренированием желчных протоков при необходимости. У больных с СМ 2а типа при дефектах гепатикохоледох до $1/5$ окружности возможно их ушивание. При дефектах до $1/2$ необходима пластика его оставленной стенкой желчного пузыря или кишечной стенкой. При разрушении более половины стенки протока следует формировать билиодигестивный анастомоз, в том числе на сменных транспеченочных дренажах. Таким образом, применение дооперационной диагностики с использованием МРХПГ и расчета ДК позволяет избежать интраоперационного повреждения внепеченочных желчных протоков при СМ.

Ответы на вопросы. Интраоперационное УЗИ не применялось, но мы считаем его полезным.

Прения

А.В.Хохлов. При СМ трудности возникают во время операции. Надо чаще прибегать к методике Прибрама. Если нельзя выделить пузырный проток, надо ввести дренаж. Все эти методики можно выполнить лапароскопически.

Э.Э.Топузов (председатель). В докладе еще раз показано значение полноценного предоперационного обследования больных. При недостаточном опыте лапароскопических вмешательств желательно чаще прибегать к традиционному лапаротомическому доступу. Это поможет снизить частоту повреждений желчных протоков. Надо отметить удачное составление повестки собрания общества.

Поступил в редакцию 03.04.2015 г.

2443-е заседание 28.01.2015 г.

Председатель — М.Ю.Кабанов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. М.Д.Ханевич, М.С.Диникин, С.М.Вашкуров, Р.В.Фадеев (СПбГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»). **Выбор хирургической тактики у больных с гигантскими фиброзными кистами печени.**

В настоящее время при хирургическом лечении фиброзных кист печени применяют как радикальные вмешательства из лапаротомного доступа, так и малоинвазивные, чаще всего дренирующие операции. Выбор тактики зависит от взаиморасположения стенок кисты с сосудистыми и протоковыми структурами печени, необходимостью резекции с кистой большей части паренхимы печени, осложнениями со стороны кисты в виде нагноения или некротических изменений стенки вследствие нарушения кровоснабжения. При гигантских кистах печени более чем у половины больных существует опасность рецидива опухоли. Поэтому в последние годы с совершенствованием хирургической техники при операциях на печени хирурги чаще всего склоняются к радикальному удалению гигантских доброкачественных кист.

У больного Л., 59 лет, 6 лет назад в другом лечебном учреждении была выявлена киста правой доли печени размером 100×120 мм. Рекомендовано динамическое наблюдение. При контрольном обследовании в августе 2014 г. отмечено значительное увеличение кисты до 276×268×261 мм. Киста занимала правую половину печени (включая S_{V-VIII}) и по правому боковому каналу живота опускалась в полость таза. При ангиографическом исследовании установлен аваскулярный характер опухоли. 02.10.2014 г. пациенту выполнена операция из верхнесрединного лапаротомного доступа. При ревизии установлен доброкачественный характер кисты с очаговыми признаками нарушения кровоснабжения стенки. Произведено дренирование. Из полости кисты эвакуировано 8000 мл прозрачной, соломенного цвета жидкости. Принято решение о радикальном удалении кисты. При помощи электро- и аргоноплазменной коагуляции выполнена последовательная энуклеация стенки кисты от паренхимы печени с выделением, перевязкой и пересечением сосудистых структур. Наибольшие трудности возникли при выделении заднемедиальной стенки кисты, располагающейся по передней поверхности нижней полой вены. Кровопотеря составила около 500 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациент выписан из стационара на 10-е сутки.

Ответы на вопросы. Желтухи не было. Исследований на эхинококк не производили. После операции самочувствие улучшилось, уменьшилась окружность живота. Срединная лапаротомия избрана в связи с возможностью расширения доступа. Киста врожденная, эпителиальная выстилка отсутствовала. До операции были сомнения в связи кисты с желчными протоками. Жидкость внутри кисты была соломенного цвета, прозрачная. Желчеистечения после операции не было. Желчный пузырь сохранен. Фенестрацию, как вариант операции, не рассматривали.

Прения

Н.Ф.Крутов. О радикализме можно говорить только при эхинококкозе. Здесь выполнена радикальная операция, но удаление фиброзной капсулы увеличивает кровопотерю, возможно образование желчных свищей. Операцию можно было дополнить заполнением полости сальником лапароскопическим доступом.

Г.М.Манихас. Здесь не выполняли правостороннюю гемигепатэктомию. Хирурги во время операции четко различали сосудистые структуры печени. Лапароскопия — не метод, а доступ. Онкологи им владеют, но избрали лапаротомию, что вполне допустимо.

М.Ю.Кабанов (председатель). Следует согласиться с мнением главного онколога города.

2. *М.Д.Ханевич, Г.М.Манихас, С.М.Вашкуров, А.В.Анисимова, Р.В.Фадеев* (СПбГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»). **Отдаленный результат панкреатодуоденальной резекции с применением непрерывного криовоздействия у больной с протоковым раком поджелудочной железы.**

Больная Л., 47 лет, 18.10.2007 г. поступила в стационар с диагнозом: рак головки поджелудочной железы, механическая желтуха. 22.10.2007 г. пациентка была оперирована. Во время хирургического вмешательства установлен рак головки поджелудочной железы с вовлечением в опухолевый процесс стенки двенадцатиперстной кишки (ДПК). Отдаленных метастатических очагов и пораженных метастазами регионарных лимфатических узлов не обнаружено. Принято решение о выполнении панкреатодуоденальной резекции с применением непрерывного криовоздействия. До мобилизации ДПК и головки поджелудочной железы произведена заморозка опухоли с помощью контактного аппликаторного криовоздействия аппаратом «КРИО-МТ» (Россия). Повторная заморозка осуществлена после выделения верхней брыжеечной и воротной вен. Третья заморозка была выполнена на забрюшинное пространство в области ложа головки поджелудочной железы. Режим криовоздействия составлял: температура аппликатора -185°C , продолжительность 3 мин, самостоятельный принцип отогрева. При гистологическом исследовании установлен протоковый рак поджелудочной железы с высокой и умеренной степенью дифференцировки и прорастанием в парапанкреатическую клетчатку, а также в серозный и мышечный слои стенки ДПК. Окончательный диагноз: протоковый рак головки поджелудочной железы р(Т3N0M0G1–2) IIВ стадии, механическая желтуха. Операция завершена последовательным формированием на одной петле тонкой кишки панкреатоюнонального, гепатикоюнонального и гастроюнонального анастомозов. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная на 17-е сутки была выписана из стационара. В последующем проведены 3 курса адьювантной химиотерапии гемзаром. Через 2 ½ года возникло осложнение — послеоперационная стриктура общего желчного протока, потребовавшая чреспечёночного дренирования и стентирования. В настоящий момент (через 7 лет после операции) состояние больной удовлетворительное. При комплексном обследовании признаков рецидива опухоли и отдаленных метастазов не обнаружено.

Ответы на вопросы. Билирубин до операции 250 мкмоль/л. Больная соблюдает диету, принимает ферментные препараты. Стентирование на фоне холангита и желтухи производилось в Марининской больнице. Эффект криовоздействия наблюдается только при местно-распространенном раке. Размер подошвы криоаппликатора выбирается от 1 до 5 см. Здесь использовался плоский 5-сантиметровый наконечник. Аорта и крупные сосуды не были вовлечены. Интраоперационное исследование края препарата проводили. Диагноз подтверждён повторными гистологическими и иммуногистохимическими исследованиями. Механизм действия криоаппликации — девитализация тканей.

Прения

Н.Ю.Коханенко. Неонкологическими причинами смерти этих больных являются желтуха и холангит, стриктуры анастомозов. При возникновении желтухи и холангита демонстрируемая больная была направлена на нашу кафедру проф. Н.Н.Артемовой. Р.Г.Аванисян установил стент, который obturировался через 3–4 мес. Сейчас у больной наружновнутренний дренаж, который помогает менять стенты и удалять образующиеся камни. У нас 5-летняя выживаемость 13%. Больная живёт 7 лет с дренажами.

А.В.Павловский. Криодеструкция при раке — сравнительно новое направление. Это российское достижение. Ему около 40 лет. При деструкции опухолей, возможно, образуются антитела к ней. Надо замораживать 2 раза до температуры -180°C . Сосуды железы отводят холод. Криодеструкция требует сочетания с другими методами лечения. С проф. Г.Г.Прохоровым мы лечили с помощью этого метода несколько неоперабельных больных. Они жили 1–2 года при удовлетворительном качестве жизни.

П.К.Яблонский. Криохирургия требует доказательной базы. Следует различать девитализацию и денатурацию тканей. При девитализации, которая происходит при криохирургии, клетка живёт и получает новые свойства. В Санкт-Петербурге панкреатодуоденальную резекцию выполняли в 8 стационарах — примерно по 7–8 операций в год. В ЦНИРРИ производится 40 операций. Нужно изменять порядок организации помощи этим больным.

М.Ю.Кабанов (председатель). Следует приветствовать новую методику хирургического лечения рака поджелудочной железы.

ДОКЛАД

Б.Н.Котив, И.И.Дзидзава, А.В.Смородский, Д.П.Кашкин, А.В.Слободяник, С.А.Солдатов, Я.Ю.Рында (кафедра госпитальной хирургии, ВМедА им. С.М.Кирова МО РФ, Санкт-Петербург). **Гастропанкреатодуоденальная резекция с сосудистой пластикой.**

Представлен анализ результатов лечения 82 больных с периапулярным раком в период с 2009 по 2014 г. Из них мужчин — 39 (47,6%), женщин — 43 (52,4%). Диагностический комплекс включал ультразвуковое исследование, мультиспиральную компьютерную томографию в ангиорежиме, висцеральную ангиографию, чрескожную или эндоскопическую холангиографию, определение уровня

онкомаркёров СА 19-9 и раковоэмбрионального антигена, пункционную или щипковую биопсию. Рак головки поджелудочной железы имел место у 68 (82,9%) пациентов, большого дуоденального сосочка — у 7 (8,5%), дистального отдела общего желчного протока — у 5 (6,1%), двенадцатиперстной кишки — у 2 (2,4%). На момент поступления у 56 (68,3%) — диагностирована механическая желтуха. С целью купирования гипербилирубинемии и устранения билиарной гипертензии использовали чрескожное чреспечёночное или транспиллярное холангиодренирование. В стандартном варианте гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР) выполнена 36 (43,9%) пациентам. 46 (56,1%) больным выполнена ГПДР в расширенном варианте. Из них у 28 (60,9%) человек вмешательство включало резекцию мезентерико-портального венозного сегмента. Показанием к резекции магистральных венозных сосудов считали инвазию стенки по результатам лучевого обследования и интраоперационным данным. В 3 наблюдениях поражение верхней брыжеечной вены сочеталось с инвазией артериальных сосудов, что потребовало также резекции верхней брыжеечной и печёночной артерий. В подавляющем большинстве наблюдений пластику сосудов осуществляли формированием сосудистого анастомоза «конец в конец», при этом у 3 больных — с брыжеечными ветвями первого порядка. У 2 пациентов для сосудистой реконструкции использовали синтетические протезы. При резекции конfluence воротной вены выполнение мезентерико-портального анастомоза дополняли наложением дистального спленоренального шунта. Сравнительный анализ продолжительности операций показал, что выполнение расширенного объема ГПДР требует значительно большего времени [в среднем (465±135) мин]. Удлинение оперативного вмешательства наблюдалось в основном за счёт сосудистого этапа. Расширенный вариант операции вследствие использования современных методик диссекции тканей не сопровождался увеличением объема кровопотери [(634±240) мл против (586±320) мл]. Осложнения развились у 23 (28%) больных. Достоверного отличия между стандартным и расширенным вариантами ГПДР в частоте послеоперационных осложнений не было. Послеоперационная летальность в группе стандартной ГПДР составила 2,7%, в группе расширенной ГПДР — 6,5%. Причинами летального исхода явились, по одному наблюдению, тяжелая кровопотеря вследствие аррозионного кровотечения из печеночной артерии и прогрессирующая печеночно-почечная недостаточность, у 2 больных — массивная тромбоэмболия легочной артерии. В отдалённом периоде большинство пациентов получали химиотерапевтическое лечение в различных вариантах. После стандартной ГПДР локорегионарный рецидив диагностирован у 6 больных, локорегионарный рецидив и метастазы в печень — у 7, метастазы в печень — у 8. Медиана продолжительности жизни составила 9,4 мес. После расширенного варианта ГПДР локорегионарный рецидив и метастазы в печень выявлены у 2 больных, метастазы в печень — у 23 пациентов. Медиана выживаемости составила 11,2 мес. Таким образом, расширенная ГПДР позволяет удалить лимфатические узлы юкстарегинарного коллектора, что влияет на частоту локорегионарного рецидива. Комплексное лечение больных раком поджелудочной желе-

зы и периапулярной области, включающее расширенный вариант ГПДР и послеоперационную химиотерапию, может улучшить отдаленные результаты.

Ответы на вопросы. К настоящему времени группа расширилась до 112 больных. Прорастание сосудов наблюдалось у 40% больных, желтуха — у 65%. Резектабельность — 15–16%. Различия групп в выживаемости и летальности недостоверны. В последние 3–4 года всегда выполняли расширенные операции. Аллопротезы не использовали. При тромбозах использовали медикаментозную терапию (гепарин). В основном рак был протоковый. При желтухе в основном применяли внутреннее эндоскопическое дренирование, реже — наружное. Дооперационное гистологическое исследование проводили. Полное прорастание сосудов было у 5–6 человек, но полной окклюзии не наблюдали. Пилоросохраняющие операции выполняли редко. Все больные с сосудистыми операциями получали химиотерапию.

Прения

К.В.Павелец. Доклад свидетельствует о том, что хирургическая сторона лечения решена, но выживаемость не изменилась. Даже после паллиативных операций теперь больные живут дольше. После фотодинамической терапии у нас годовичная выживаемость — 85%.

А.В.Павловский. Доклад говорит о значимости петербургской школы панкреатической хирургии. Вмешательства на сосудах оказывают малое влияние на отдаленные результаты. Мы недостаточно учитываем распространение опухолевых клеток — периневральное и вдоль сосудов, хотя прямой инвазии не наблюдаем. Недостаток расширенных операций — диарея (до 12–15 раз в сутки). Поперечные доступы предпочтительнее, при них не страдает кровоснабжение нижнего лоскута и урежается диарея. При криодеструкции также урежается частота стула.

М.Д.Ханевич. То, о чем говорил М.И.Давыдов — расширение операции приводит к удлинению жизни, пока не происходит. Но эти операции нужно осваивать и выполнять.

Н.Ю.Коханенко. Опыт хирургии портальной гипертензии помог авторам увереннее делать операции на сосудах. К сожалению, убедительных данных об улучшении отдаленных результатов мы не получили.

М.Ю.Кабанов (председатель). Замечательный доклад. Присоединяюсь к мнению о том, что в стационаре подобные операции можно выполнять, если в год делают не менее 10 панкреатодуоденальных резекций.

Поступил в редакцию 03.04.2015 г.

2444-е заседание 11.02.2015 г.

Председатель — М.Д.Ханевич

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А.В.Павловский, С.Л.Попов, Д.Н.Майстренко, В.Е.Моисеенко (отдел оперативной хирургии интервенционной радиологии ФБГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» Минздрава РФ).

Радикальное хирургическое лечение больного с местно-распространенной аденокарциномой крючковидного отростка головки поджелудочной железы, осложненной ретроперитонеальной перфорацией двенадцатиперстной кишки.

Пациентка Г., 68 лет, считает себя больной с 27.08.2014 г., когда на фоне полного благополучия возникли резкие боли в эпигастриальной области. Была госпитализирована в дежурный стационар. По данным ультразвукового исследования, спиральной компьютерной томографии выявлена местно-распространенная опухоль крючковидного отростка головки поджелудочной железы (ПЖ) размером 60×40×37 мм с инфильтрацией брыжейки тонкой кишки, прорастанием двенадцатиперстной кишки (ДПК) и признаками ее ретроперитонеальной перфорации. Несмотря на проводимую консервативную терапию, состояние больной ухудшалось. Для определения дальнейшей тактики лечения 12.09.2014 г. пациентка переведена в ФБГУ РНЦРХТ. Дополнительное обследование позволило уточнить, что опухоль распространяется вдоль верхней брыжеечной артерии (ВБА), примыкая к ее заднелатеральной поверхности на протяжении 5 см, ствол верхней брыжеечной вены (ВБВ) окклюзирован с формированием коллатерального оттока по брыжеечным венам второго–третьего порядка. Проведены антибактериальная и инфузионная терапия, парентеральное питание. Операция 23.09.2014 г. Выполнены: пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция (ПДР), удаление участка брыжейки тонкой кишки и ствола ВБВ, скелетизация ВБА на протяжении 5 см, парааортальная лимфодиссекция. При изучении удаленного препарата в области прорастания опухолью стенки ДПК определялся сквозной дефект диаметром 7 мм. Гистологическое заключение — низкодифференцированная аденокарцинома головки ПЖ, метастаз в один из нижних парапанкреатических лимфатических узлов. Стадия T4N1M0. На 5-е сутки послеоперационного периода отмечено ухудшение состояния больной. Диагностирован тромбоз воротной вены, асцит-перитонит. 28.09.2014 г. выполнены релапаротомия, ревизия брюшной полости, тромбэктомия из ствола воротной вены, санация и дренирование брюшной полости. Рана зажила первичным натяжением. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 49-е сутки. В настоящее время данных за рецидив болезни нет, больная социально адаптирована, работает.

Ответы на вопросы. В настоящее время больная принимает креон. Повышенная температура тела была только в течение дня поступления. Любой глоток пищи вызывал сильную боль в эпигастрии. Имелась клиника септического состояния, все время проводили антибактериальную терапию. Дефекты верхней брыжеечной и воротной вен не замещались, так как уже создалось коллатеральное кровообращение. Кроме того, воспалительный процесс делал опасным формирование сосудистых анастомозов или их протезирование. Еще сохранялись явления мальабсорбции, связанной со скелетизацией ВБВ. Химиотерапия показана, возможно, надо было ее начать до операции, но условия не позволяли.

Прения

Б. Н. Котив. Мы наблюдали перфорацию ДПК у больной 82 лет, произвели ПДР без сосудистой реконструкции. Верхняя брыжеечная вена была сохранена. Больная поправилась. В другом наблюдении был карциноид, удалось произвести анастомозирование.

М. Ю. Кабанов. Представлено уникальное наблюдение. Мы наблюдали ретроперитонеальные перфорации ДПК при эндоскопических вмешательствах, но больные погибли. Выживаемость больных с пластикой сосудов небольшая.

М. Д. Ханевич (председатель). Демонстрация показала возможность успешного выбора метода лечения. Прогноз зависит от происхождения рака и при протоковом раке значительно менее благоприятный.

ДОКЛАД

А. А. Захаренко, Д. А. Суоров, О. В. Быбков, А. А. Трушин, Б. Г. Безмозгин, О. А. Ген (кафедра факультетской хирургии Первого СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, СПбНИИ СП им. И. И. Джанелидзе). **Лечебно-диагностический алгоритм оказания экстренной медицинской помощи больным раком толстой кишки, осложненным острой кишечной непроходимостью.**

Наиболее частым осложнением злокачественных опухолей левой половины толстой кишки является острая кишечная непроходимость (ОКН), которая в настоящем исследовании развилась у 39% больных. При поступлении больного с ОКН с признаками органических дисфункций и (или) перитонита (1-я группа) показаны обследование и предоперационная подготовка в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии с последующей экстренной операцией (не позднее 2 ч после госпитализации). Пациентам с диагностированной декомпенсированной формой ОКН (2-я группа) показаны кратковременная предоперационная подготовка и срочная операция — не позднее 6 ч после госпитализации. Определяющим звеном дооперационной диагностики степени ОКН является экстренная фиброколоноскопия. При суб- или компенсированном характере ОКН (3-я группа) показаны консервативная терапия, дооперационное обследование и отсроченная или плановая операция по возможности в специализированном лечебном учреждении.

Применительно к вопросам тактики хирургического лечения обозначенных групп больных показано выполнение следующих оперативных пособий.

1-я группа: симптоматическая операция (формирование двустольного противоестественного заднего прохода или обходного илеотрансверзоанастомоза) с обязательной интраоперационной декомпрессией и санацией тонкой и толстой кишки.

2-я группа: интраоперационная декомпрессия и санация тонкой и толстой кишки и радикальная обструктивная резекция толстой кишки. При опухолях прямой кишки выполняется симптоматическая операция — создание двустольного противоестественного заднего прохода (сигмостомия, трансверзостомия).

3-я группа: одноэтапные оперативные вмешательства в объеме радикальных резекций в комбинации с расширенными лимфодиссекциями по показаниям.

В зависимости от применения разработанных лечебно-диагностических алгоритмов (ЛДА) образовали 2 группы больных: контрольная — 106 пациентов, которым не применяли разработанные ЛДА; основная — 104 пациента, лечение которых осуществляли по разработанным ЛДА. Благодаря разработанной хирургической тактике удалось увеличить долю радикальных вмешательств с 43,4 до 62,5% ($p < 0,05$) и снизить количество симптоматических операций с 32,1 до 22,1% ($p < 0,05$). Число одноэтапных радикальных вмешательств возросло с 26,4 до 38,5% ($p < 0,05$). Несмотря на повышение хирургической активности, предложенный ЛДА позволил снизить уровень послеоперационных осложнений с 28,3 до 18,3% ($p < 0,05$), а послеоперационную летальность — с 20,8 до 12,5% ($p < 0,05$). В основной группе больных уровень общей 2-летней выживаемости достоверно выше ($p < 0,05$), чем в контрольной (75,4% и 64,2%), что говорит об актуальности соблюдения принципов онкологического радикализма в неотложной хирургии.

Ответы на вопросы. Аргументация рекомендаций — материал 2 докторских и 3 кандидатских диссертаций. Исследования предопределены трудами Санкт-петербургских ученых, в частности, Э.Г. Топузова. Назоинтестинальный зонд оставляем не более чем на 3–5 сут и стараемся ограничивать его применение. Зонд проводили лишь за двенадцатиперстной изгиб.

Прения

Э.Г. Топузов. Вернемся к забытой терминологии. ОКН — это декомпенсированное нарушение проходимости.

Здесь методы диагностики и лечения специфичны и носят экстренный характер. Чаще встречается ОКН, вызванная опухолями левой половины ободочной кишки. Снова надо говорить о том, что клизмы, очистительные и сифонные, мониторинг, даже стентирование опасны повышением внутрикишечного давления выше опухоли, крадут время. Этим можно заниматься только при суб- и компенсированном нарушении проходимости. Перитонит — осложнение кишечной непроходимости, редко вызывается перфорацией и некрозом. Хотелось бы услышать упоминания о предшественниках — С.А. Холдине, А.М. Ганичкине, Р.А. Мельникове, В.Д. Фёдорове и других учителях. В крупных неспециализированных учреждениях, занимающихся скорой помощью, лучше производить одномоментные операции, направленные на устранение непроходимости, и радикальное удаление опухоли с формированием плоской колостомы по созданной нами (1968) методике. Мы получили хорошие результаты лечения ОКН вследствие рака толстой кишки, путем применения разработанной нами (1987) интраоперационной декомпрессии кишечника через удаляемую часть препарата. Трехмоментные операции ушли в прошлое. Формирование анастомозов при декомпенсированном нарушении проходимости опасно. При восстановительных операциях нужно добиваться высоких стандартов онкологических принципов.

М.Д. Ханевич (председатель). Доклад представлен коллегам, достигшим хороших результатов лечения, и к нему стоит прислушаться.

Поступил в редакцию 03.04.2015 г.