

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Председатель Правления – Б. Н. Котив, ответственный секретарь – Д. П. Кашкин,
референт – Ю. В. Плотников

2497-е заседание 25.10.2017 г.

Председатель – Н. Ю. Коханенко

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *А. А. Найденов, А. А. Петросян, И. И. Бельский* (Городская больница № 26). **Успешное применение тактики «damage control» при огнестрельном ранении живота с повреждением ветвей верхней брыжеечной артерии, осложненном острой массивной кровопотерей, сегментарным мезентериальным тромбозом и некрозом проксимального отдела тощей кишки.**

Пациентка В., 37 лет, доставлена в шокую операцию бригадой СМП 09.01.2017 г., через 2 ч после ранения. Состояние крайне тяжелое. Диагноз направления «Слепое проникающее огнестрельное ранение живота из травматического оружия, травматический шок II стадии». При поступлении жалоб не предъявляла из-за тяжести состояния. АД 60/40 мм рт. ст., ЧСС 110 уд./мин, Нб 26 г/л, эритроциты $0,86 \cdot 10^{12}/л$. Входная рана располагалась выше пупка на 5–6 см и левее срединной линии на 2,0–3,0 см. Раневой канал проходил спереди назад, проникая в брюшную полость. Через 13 мин после поступления под эндотрахеальным наркозом выполнена лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости обнаружено до 3,5 л крови во всех отделах. Выявлено повреждение брыжейки тощей кишки непосредственно у мышцы, подвешивающей двенадцатиперстную кишку (ДПК), протяженностью до 15 см, отрыв трех ветвей верхней брыжеечной артерии калибром до 1 мм, снабжающих начальный отдел тощей кишки. Краевые дефекты верхней брыжеечной артерии в месте отрыва ушиты атрауматической нитью без нарушения проходимости основного ствола. Непосредственно у места впадения в верхнюю брыжеечную вену лигирован поврежденный приток диаметром 3 мм. Дефект брыжейки тощей кишки на протяжении первой сосудистой аркады не ушивали. Учитывая большой объем кровопотери, нестабильность гемодинамических показателей, отсутствие четких макроскопических признаков ишемии стенки тощей кишки в бассейне поврежденных сосудов, принято решение об использовании тактики «damage control». После стабилизации состояния в условиях реанимационного отделения, гемотрансфузии (1360 мл эритроцитной взвеси и 1320 мл СЗП), через 7 ч выполнена программированная релапаротомия. Тощая кишка признана жизнеспособной (сероза блестящая, с петехиальными кровоизлияниями, пульсация сосудов и перистальтика отчетливые). Дефект брыжейки не ушивали. На 3-и сутки после ранения отмечено нарастание пареза кишечника, вздутие живота. Выполнена повторная программированная релапаротомия. Во время операции обнаружен тромбоз первой ветви верхней брыжеечной артерии с развитием некроза начального

участка тощей кишки (в 2 см от двенадцатиперстно-тощего изгиба), протяженностью 60 см. Выполнена резекция некротизированного участка тощей кишки. Двенадцатиперстная кишка заглушена двухрядным швом в области двенадцатиперстно-тощего изгиба, сформирован дуоденоюноанастомоз «бок в бок» между нижним изгибом ДПК и тощей кишкой, с формированием концевой еюностомы в 25 см проксимальнее анастомоза. На 6-е сутки послеоперационного периода развилась клиника послеоперационного перитонита. При релапаротомии выявлен некроз задней стенки культи ДПК и перфорация острой язвы тощей кишки в 1 см от анастомоза, межпетельные абсцессы. Произведена реконструкция передней стенки анастомоза с иссечением острой язвы, создана дуоденостома «на протяжении» в левом подреберье. 24.01.2017 г. выполнена санационная релапаротомия с ушиванием лапаротомной раны. Течение послеоперационного периода осложнилось левосторонней нозокомиальной пневмонией. Пациентка выписана на 51-е сутки с функционирующими дуодено- и еюностомами. 05.06.2017 г. – второй этап оперативного лечения – закрытие еюностомы. Дуоденостома закрылась самостоятельно.

Ответы на вопросы. Больная чувствует себя хорошо. Cell-saver не применяли. Реинфузию не проводили. Потери кишечного содержимого – до 1,6 л. Длительность первой операции – 3 ч. Для оценки кровоснабжения пережимали нижнюю брыжеечную артерию. При первой и повторных операциях апоневроз не зашивали.

Прения

А. В. Грачев. Релапаротомии планировали обоснованно, надо было решить достаточность кровоснабжения кишки. Вторую операцию можно было делать не через 7 ч, а через сутки. Можно было отключить ДПК – это уменьшило бы сброс.

Н. Ю. Коханенко (председатель). Травма представлялась несовместимой с жизнью. Тактика может быть оспорена, можно было подождать сутки, но больная жива, и при этих условиях это главное доказательство правильного выбора лечения.

2. *С. Д. Горбунков, В. В. Варламов, С. М. Черный, А. Ю. Гичкин, О. В. Лукина, Л. Д. Кирюхина, М. Г. Ковалев, А. С. Азиев, А. И. Романихин, А. Л. Акопов* (Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова). **Хирургическая коррекция дыхательной недостаточности у больной, получающей постоянную кислородотерапию.**

Больная Г., 43 лет, после инфекционных обострений обструктивного бронхита на фоне частых респираторных вирусных инфекций отметила прогрессирующую одышку, которая в 2012 г. приобрела инвалидизирующий характер.

При обследовании выявлена диффузная эмфизема легких с преимущественным поражением нижних долей, больше справа, тяжелые необратимые изменения аппарата вентиляции с нарушением газообмена в покое, дыхательная недостаточность III степени. Начата постоянная кислородотерапия. Одышка прогрессировала, в 2016 г. пациентка включена в лист ожидания трансплантации легких. Ввиду тяжести дыхательной недостаточности и невозможности выполнять программу физической реабилитации в необходимом объеме, в 2016 г. больной выполнена торакоскопическая редукция объема правого легкого путем краевых резекций с использованием сшивающих аппаратов Echelon Endopath 60 мм, укрепленных синтетическими прокладками из политетрафторэтилена. Общая длина легочного шва составила 330 мм, объем удаленной легочной паренхимы – примерно 30 %. Послеоперационный период протекал без осложнений, дренажи плевральной полости удалены на 3-и сутки. Через 2 недели после операции отметила функциональное улучшение в виде повышения переносимости физической нагрузки, при ходьбе нарушения газового состава крови не отмечается. Улучшение сохраняется через 12 месяцев после операции. Важным аспектом хирургического лечения эмфиземы легких является необходимость концентрации пациентов в центрах, занимающихся отбором больных для трансплантации легких, так как некорректно выбранная тактика хирургического лечения или неполная предоперационная подготовка могут являться причиной неблагоприятного исхода или ухудшения условий для последующей трансплантации легких.

Ответы на вопросы. Больная живет на 2-м этаже в доме без лифта, при подъеме по лестнице останавливается 2 раза. Похудела на 2 кг. Курила с 16 лет. Особенности анестезиологического пособия – невысокие объемы вентиляции, нежное расправление легкого. Мы применяем эндобронхиальные клапаны, но эффективность их невелика. На легкое швы не накладывали. Длительность эффекта непредсказуема, повторные операции возможны, поэтому мы стараемся операцию выполнять небольшими шагами. У больной редкая группа крови – АВ(IV). У одной трети больных операция невыполнима. Все зависит от остающейся ткани легкого. Есть противопоказания. Мы отказываем в операции курящим больным. Раньше выполняли буллэктомию, но наблюдали высокую летальность. Период ожидания трансплантации легкого составляет до 2 лет.

Прения

П. К. Яблонский. Сейчас заболеваемость ХОБЛ уравнивается с ИБС. Курение остается отрицательным фактором, усугубляющим течение болезни. Положительный результат наблюдается в течение не более 5 лет. Это мост к трансплантации легкого. ХОБЛ – практически неизлечимое заболевание. В стране выполнено около 100 трансплантаций легкого, наибольший опыт – в Краснодаре (6).

Н. Ю. Коханенко (председатель). Проблема новая, развивается, и ее должны развивать молодые хирурги.

ДОКЛАД

А. Л. Акопов, С. Д. Горбунков, В. В. Варламов (Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова). **Хирургическое лечение осложнений и исходов эмфиземы легких.**

Эмфизема легких (ЭЛ) (расширение воздушных пространств газообменной части легких с деструкцией межаль-

веолярных перегородок) – патологическое состояние, осложняющее течение многих заболеваний и являющееся наиболее частой находкой при аутопсии людей с заболеваниями органов дыхания. Характеризуется неуклонно прогрессирующим течением, в исходе которого формируется тяжелая дыхательная недостаточность. Наиболее частым осложнением ЭЛ является спонтанный пневмоторакс, который нередко носит рецидивирующий характер и требует диагностических и лечебных хирургических вмешательств. Существует несколько классификаций ЭЛ. Используемая в хирургии включает разделение эмфизематозного поражения на буллезное (формирование патологической полости диаметром более 1 см) и диффузное, без булл. Буллы, в зависимости от своего размера, делятся на мелкие (до 5 см), крупные (от 5 см до $\frac{1}{3}$ объема легкого) и гигантские (более $\frac{1}{3}$ объема легкого). Единственным методом радикального лечения тяжелой эмфиземы является двусторонняя пересадка донорских легких, а в качестве паллиативного рассматривается буллэктомия и редукция объема легких. С 1992 по 2016 г. проведено хирургическое лечение 397 больных с различными осложнениями и исходами ЭЛ. У 198 из них – в связи с рецидивирующим или осложненным спонтанным пневмотораксом, у 199 – с хронической дыхательной недостаточностью вследствие поражения эмфиземой большей части легочной ткани или сдавлением буллезными полостями еще сохранившей способность к газообмену паренхимы. Пациенты распределены на группы в соответствии с распространенностью эмфизематозного поражения (мелкие буллы на фоне неизменной легочной ткани, крупные буллы на фоне неизменной легочной ткани, гигантские буллы на фоне неизменной легочной ткани, диффузная эмфизема без булл, крупные буллы на фоне диффузной эмфиземы, гигантские буллы на фоне диффузной эмфиземы, комбинированное эмфизематозное поражение). Дана характеристика отдаленного послеоперационного периода в каждой группе. Представлены стандарты отбора больных для оперативного лечения в зависимости от типа эмфизематозного поражения. Разработан алгоритм хирургического лечения больных с различными типами эмфизематозного поражения. Отдаленные результаты оценены у 286 (72,2 %) больных. Определены факторы, связанные с неблагоприятным исходом в отдаленном периоде.

Ответы на вопросы. Надо сохранять каждую альвеолу, лобэктомия выполняется крайне редко. Эндобронхиальные клапаны существуют, в том числе отечественного производства, стоимость одного – 150 000–160 000 рублей, а больному нужно 3–4 таких клапана. Особого улучшения самочувствия после их применения не отмечается. Чем больше интервал между первой и второй операцией, тем лучше. Риск второй операции высок. При гигантских буллах лечение пока не определено. Связь курения и развития эмфиземы, определено, существует.

Прения

П. К. Яблонский. Представлено развитие хирургии воздушных пространств. Материал уникальный. Операция облегчается использованием сшивающих аппаратов. Есть телефонная линия отказа от курения. Если лобэктомия возможна при раке легкого, то при эмфиземе – пока нет. Работа командная.

Н. Ю. Коханенко (председатель). Демонстрация и доклад интересны и показали прогресс грудной хирургии. У истоков ее стояли Н. В. Путов, В. В. Варламов, Ю. Н. Левашев.

Поступил в редакцию 05.12.2017 г.

2498-е заседание 08.11.2017 г.

Председатель – Б. Н. Котив

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А. А. Аванесян, М. Ю. Цикоридзе, А. Э. Аккалаева, А. Е. Царегородцев, И. В. Сидельникова, Л. А. Буракова, Б. И. Мирошников, В. М. Моисеенко (Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)). **Эндоскопическое удаление опухоли прямой кишки методом полностенной резекции стенки кишки с последующим устранением дефекта.**

Эндоскопическая полностенная резекция – новая развивающаяся методика, постепенно внедряющаяся в клиническую практику. Этот метод подходит не только для радикального удаления ранних форм опухолей, когда диссекцию в подслизистом слое выполнить невозможно, но также позволяет избежать более инвазивного хирургического вмешательства пациентам с противопоказаниями по общесоматическому статусу.

Данная операция была выполнена больной А., 77 лет, у которой при колоноскопии в среднеампулярном отделе прямой кишки, на 6 см от анального канала, диагностирована плоско-приподнятая опухоль размером 3 см. По данным МРТ и КТ, признаков инвазии в мышечный слой стенки, внеорганного распространения и метастазов не выявлено. Гистологическое заключение: аденокарцинома G1 прямой кишки. Диагноз: «Рак прямой кишки cT1bN0M0. Аденокарцинома G1». Сопутствующие заболевания: ИБС, нарушения ритма по типу фибрилляции предсердий, постоянная форма. Гипертоническая болезнь III стадии. Риск ССО 4. Атеросклероз правой почечной артерии. Стентирование правой почечной артерии (2016 г.). Вторично-сморщенная правая почка. Хроническая болезнь почек, осложненная ХСН II ФК. Больной планировали эндоскопическое удаление опухоли методом диссекции в подслизистом слое. Однако во время операции подслизистый слой определен как недостаточно полноценный для диссекции. В связи с этим была выполнена полностенная резекция кишки. Диаметр дефекта стенки прямой кишки составил 4 см. Дно дефекта промыто 50 мл раствора фурацилина. Дефект стенки закрыт зафиксированной по его краям эндоклипсами лигатурной петлей в кисет. Шов герметичен. Осложнений операции не было. Послеоперационное течение гладкое. Гистологическое заключение: аденокарцинома прямой кишки, G2, инвазирующая в подслизистую основу стенки кишки sm2, без лимфоваскулярной и перинеуральной инвазии. Края резекции (латеральный и глубокий) вне опухоли pT1b. На 11-е сутки после операции больная выписана в удовлетворительном состоянии.

Ответы на вопросы. Антибиотики применяли во время операции и 5 суток после нее. Метастазов не было. Размер петли – 3,5 см, дефекта – 4 см, опухоли – 2,5 см. Локализация опухоли на стенках кишки не имеет значения. Методику можно использовать для ректальных свищей. Есть сообщения о подобных операциях на желудке. Всегда необходимо использование эндо-УЗИ. Наблюдение должно быть повторено через 6 месяцев, затем ежегодно.

Прения

Н. Ю. Коханенко. Полностью рассчитывать на эндоскопическое вмешательство не всегда можно. Отдаленный результат еще не известен. Вмешательство оправдывается тяжестью сопутствующих заболеваний больной.

Б. Н. Котив (председатель). Представлена новая методика полностенной резекции стенки прямой кишки. Эндо-УЗИ

обязательно. Оптимальность тактики покажет отдаленный результат.

2. К. В. Павелец, Д. С. Русанов, М. К. Павелец (кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, Городская Мариинская больница). **Отдаленный результат субтотальной резекции пищевода после операции Геллера по поводу кардиоспазма IV стадии.**

Больной К., 67 лет, поступил 17.06.2005 г. в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы в плановом порядке с жалобами на полную дисфагию, срыгивание пищи, похудение на 20 кг. В течение длительного времени отмечал парадоксальную дисфагию. Обследован в частном медучреждении, диагностирован кардиоспазм IV стадии. В июне 2004 г. в одном из стационаров Республики Казахстан выполнена операция – кардиомиотомия по Геллеру, однако клинические проявления заболевания остались прежними, сопровождалась полной дисфагией. При рентгеноскопии пищевода выявлено расширение нижней и средней трети до 8 см, его S-образное искривление. В области кардиоэзофагеального перехода определялся стойкий спазм протяженностью до 3 см. По данным ФГДС, пищевод содержал большое количество слизи с остатками пищи, расширен, перистальтика отсутствовала, нижний пищеводный сфинктер спазмирован, аппарат проходил в желудок после значительного усилия. Сопутствующие заболевания: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь II стадии. После подготовки 24.06.2005 г. выполнена операция – резекция пищевода с пластикой желудочным трансплантатом по принятой в клинике методике и формированием эзофагогастроанастомоза (ЭГА) по К. Н. Цацаниди в куполе правой плевроальной полости. Гистологическое заключение: стенка пищевода с хронической лимфоцитарной инфильтрацией, атрофией мышечных волокон и аганглиозом. В области кардиоэзофагеального перехода выявлена гипертрофия мышечных волокон, выраженный фиброз подслизистого слоя пищевода. Заключительный диагноз: «Кардиоспазм IV стадии, дисфагия IV стадии». Послеоперационный период протекал без особенностей. При контрольной рентгеноскопии на 5-е сутки ЭГА состоятелен, пассаж бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту не нарушен. Рана зажила первичным натяжением. Дренажи из плевроальной и брюшной полостей, а также назогастральный зонд удалены на 5-е сутки. Выписан в удовлетворительном состоянии на 10-е сутки после операции. При ежегодном контрольном обследовании жалоб не предъявляет, прибавил в массе тела 13 кг. При контрольной рентгеноскопии пищевод и ЭГА проходимы, эвакуация из желудка не нарушена. Прошло 12 лет. Больной оперирован по поводу паховой грыжи. 01.11.2017 г. произведена холецистэктомия. Представлен видеофильм беседы с больным. Демонстрирована другая больная с рецидивом после кардиодилатации.

Ответы на вопросы. Больные с кардиоспазмом I–II стадии в клинику не поступают, им проводится кардиодилатация, введение ботулотоксина. После этих манипуляций светлый промежуток короче. После пероральной эндоскопической миотомии (ПОЭМ) часто появляется рефлюксная болезнь. При III–IV степени кардиоспазма пищевод желателно удалять субтотально. Анастомоз предпочитаем инвагинационный по К. Н. Цацаниди.

Б. Н. Котив (председатель). Трудно принимать решение об экстирпации пищевода при кардиоспазме. Отдаленные результаты ПОЭМ пока не ясны. После эндоскопической дилатации возможны повторные вмешательства по поводу стрик-

тур, рефлюкса (опыт 10 наблюдений). При лапароскопической мобилизации пищевода анастомоз на шее более прогрессивен. Но пока вопрос о выборе первичного вмешательства не решен.

ДОКЛАД

К. В. Павелец, Д. С. Русанов, М. К. Павелец (кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, Городская Мариинская больница). **Тактические аспекты лечения рубцовых стриктур пищевода, обусловленных его химическим ожогом.**

Рубцовые сужения пищевода в результате химических ожогов относятся к числу тяжелых осложнений, приводящих к алиментарной дистрофии и инвалидизации, как правило, людей молодого и трудоспособного возраста. Несмотря на тенденции к уменьшению числа больных, на данный момент нет единого подхода в лечении стенозов пищевода. Цель – оптимизировать хирургическую тактику лечения рубцовых стриктур пищевода в зависимости от протяженности сужения. С 1995 по 2016 г. в 6-м хирургическом отделении находились 232 больных с рубцовыми сужениями пищевода, обусловленными его химическим ожогом. Средний срок от факта ожога до формирования рубцовой стриктуры составлял $(60 \pm 5,6)$ дня. На первом этапе выполняли рентгеноскопию пищевода с водорастворимым контрастом с целью оценки уровня и протяженности стеноза. 119 (51,3 %) больным, с протяженностью стриктуры до 4 см, выполняли бужирование по струне-направителю под контролем эндоскопа. Остальным 83 (48,7 %) пациентам с продленными стриктурами формировали точечную гастростому (патент № 2417764 от 10.05.2011 г.) с последующим форсированным бужированием за направляющую нить. Средний срок бужирования – $(12 \pm 1,3)$ месяца с периодичностью 2–3 месяца. После этого, при отсутствии признаков дисфагии, после контрольной рентгеноскопии пищевода направляющую нить удаляли. Затем через 2 месяца выполняли контрольную эзофагоскопию. При потере нити и рецидиве дисфагии точечную гастростому восстанавливали при помощи двух эндоскопов (патент № 2570292 от 10.11.2015 г.) с продолжением сеансов форсированного бужирования за восстановленную нить в течение тех же сроков. Результаты: осложнений не наблюдали ни у одного больного, энтеральное питание восстановлено в полном объеме у всех больных. 1 (0,4 %) пациент умер на 6-е сутки после операции ввиду выраженной кахексии. Из 83 пациентов с продленными стриктурами у 7 (3,0 %) потребовалось восстановление точечной гастростомы с последующим форсированным бужированием пищевода в течение 8 месяцев, с положительным эффектом. 19 (8,8 %) из 83 больных выполнена резекция пищевода с пластикой желудочным трансплантатом ввиду неэффективности бужирования. Выводы: методом выбора в реканализации пищевода при коротких рубцовых стриктурах, протяженностью до 4 см, является бужирование по струне-направителю под контролем эндоскопа. При протяженном рубцовом стенозе пищевода предпочтение следует отдавать формированию точечной гастростомы с сохранением желудочной интрагортанной сосудистой магистрали, с последующим форсированным бужированием пищевода за направляющую нить. При неэффективности форсированного бужирования методом хирургического лечения является резекция пищевода с пластикой желудочным трансплантатом.

Ответы на вопросы. Проксимальный конец нити выводится через носоглотку и фиксируется к крылу носа. Бужирование продленных стриктур чаще сопровождается осложнениями.

Нарушение целостности пищевода определяет неэффективность бужирования. В течение времени формирования стриктуры до 12 месяцев должна быть сделана оценка проходимости пищевода. Стенты надо менять каждые 2–3 месяца. Не все пациенты могут оплатить лечение. Малигнизация развивалась у нескольких больных при длительных сроках наблюдения. Осложнения – медиастиниты, транзиторная лихорадка, фиброз медиастинальной клетчатки. Бужирование желательно начинать через 60 дней после ожога. Сама ожоговая болезнь длится до года. Бужирование ранее 4 недель более опасно. Гастростома – только для проведения нити. Ни одной перфорации не наблюдали. Бужирование не удалось у 15 человек.

Прения

В. Л. Белевич. К продленным стриктурам относим стриктуры более 5 см. Проведение струны-направителя возможно всегда. При частых рецидивах стриктур показана субтотальная резекция пищевода с предгрудинной пластикой.

Б. Н. Котив (председатель). Ожоги пищевода чаще химические (щелочь, кислота). Лечение надо начинать с появления первых симптомов – как можно раньше. Метод выбора – бужирование. Баллонная дилатация, рассечение стриктур применяются реже. Стриктуры прогрессируют. Возможно повышение эффективности лечения с развитием техники и материалов стентирования. Попытки лекарственного лечения пока не удачны. Представлен наибольший опыт лечения рубцовых стриктур.

Поступил в редакцию 05.12.2017 г.

2499-е заседание 22.11.2017 г., посвященное 100- летию со дня рождения профессора А. М. Ганичкина

Председатель – Н. Ю. Коханенко

Демонстрация и доклады представлены кафедрой хирургических болезней с курсом колопроктологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова и Городской больницы № 9 (Городской колопроктологический центр).

ДЕМОНСТРАЦИЯ

А. Н. Клименко, Е. В. Смирнова, Е. Ю. Ломтева, А. П. Древецкий. **Лечение рака прямой кишки в сочетании с реконструктивно-пластической коррекцией передней брюшной стенки на фоне ожирения III степени.**

Больная П., 67 лет, обратилась 28.03.2016 г. в амбулаторно-консультативное отделение Городской больницы № 9 с жалобами на выделение алой крови из заднего прохода при дефекации. При первичном обследовании выявлено новообразование среднеампулярного отдела прямой кишки (умеренно-дифференцированная аденокарцинома). Сопутствующие заболевания: сахарный диабет 2-го типа (компенсированный), ИБС, гипертоническая болезнь II стадии, ожирение III степени (ИМТ=40). На основании данных дополнительного инструментального обследования установлен диагноз: «Рак среднеампулярного отдела прямой кишки $rT2N1a(?)M0$, CRM(-), EMD(0), EMVI(-)». С 26.04 по 24.05.2016 г. выполнен курс лучевой терапии РОД 2 Гр, СОД 44 Гр (радиомодификатор – Капецитабин). Через 2 месяца у пациентки был определен полный клинический и патоморфологический регресс опухоли. Для закрепления эффекта терапии было принято решение о дополнительном курсе радиотерапии. С 06.09 по 19.09.2016 г. была проведена лучевая терапия РОД 2 Гр, СОД 16 Гр. В итоге

за 2 курса химиолучевой терапии суммарная очаговая доза составила 60 Гр. По окончании НХЛТ пациентка находилась под диспансерным наблюдением с регулярным ежеквартальным проведением контрольного обследования. По данным МРТ малого таза (20.02.2017 г.) и по результатам проведенной открытой биопсии ложа опухоли прямой кишки, диагностирован рецидив заболевания. 30.03.2017 г. выполнены низкая передняя резекция прямой кишки с превентивной трансверзостомией, абдоминопластика. Послеоперационный период протекал гладко, больная выписана на амбулаторное лечение на 17-е сутки. По результатам гистологического исследования проведение адъювантной химиотерапии не потребовалось. 31.05.2017 г. превентивная трансверзостома была благополучно закрыта, кишечная непрерывность восстановлена. На 14-е сутки после операции пациентка выписана на амбулаторное лечение с рекомендациями по динамическому наблюдению в течение 5 лет.

Ответы на вопросы. Антибиотикопрофилактику проводим Амоксиклавом в течение 3–5 дней. Анастомоз циркулярный однорядный аппаратный. Адъювантную терапию не получала. Вопрос о возможности трансанального дренирования кишки выше анастомоза вместо превентивной колостомии не рассматривался. Жалоб на тенезмы не предъявляет.

ДОКЛАДЫ

1. С. В. Васильев, А. В. Семёнов, Д. Е. Попов, А. Н. Клименко, З. Д. Чания, А. В. Семенов, Е. В. Смирнова, Е. С. Савичева. **Опыт трансанальных малоинвазивных вмешательств в лечении пациентов с опухолями прямой кишки.**

Представленное проспективное исследование проводится с 2000 г. по настоящее время. В него включены 362 больных с тубулярно-ворсинчатыми и villous аденомами и 38 – с ранними формами рака прямой кишки (cTis-T1N0M0). Проводили стандартные инструментальные методы предоперационного обследования: эндоректальное УЗИ, КТ-МРТ-диагностику, ректороманоскопию, видеоколоноскопию с использованием различных режимов визуализации, предоперационную биопсию.

Распределение пациентов с доброкачественными аденомами прямой кишки в зависимости от вида выполненного вмешательства (n=362): трансанальная эндоскопическая микрохирургия (ТЭМ) – 159 (44 %), трансанальное локальное иссечение (ТАИ) – 203 (56 %). У всех больных с ранним раком (n=38) выполняли полноразностное иссечение опухоли (ТЭМ – у 22 (58 %) и ТАИ – у 16 (42 %)). Выбор метода операции у пациентов обеих групп обусловлен локализацией новообразования. Дана оценка диагностической точности дооперационных методов исследований. Проанализированы непосредственные результаты хирургических вмешательств, а также онкологические показатели. Данное исследование демонстрирует преимущества трансанальных малоинвазивных хирургических методик оперирования у пациентов с доброкачественными аденомами и ранним раком прямой кишки. Предоперационное стадирование и эндоскопическая оценка новообразований прямой кишки являются определяющими факторами при выборе тактики лечения данной категории пациентов.

2. С. В. Васильев, В. В. Дудка, Д. Е. Попов. **Андрей Михайлович Ганичкин (к 100-летию со дня рождения).**

01.07.2017 г. исполнилось 100 лет со дня рождения выдающегося ученого, блестящего хирурга, видного общественного деятеля, доктора медицинских наук, профессора Андрея Михайловича Ганичкина. Андрей Михайлович родился 01.07.1917 г. в селе Канаевка Городищенского района Пензенской области. Закончив с отличием в 1940 г. Крымский государственный медицинский институт им. И. Сталина в г. Симферополе, он начал трудовой путь хирурга в Анучинской районной больнице Приморского края. В июле 1941 г. Андрей Михайлович был призван в ряды Красной Армии, служил на различных фронтах и был демобилизован в апреле 1946 г. в должности заведующего хирургическим отделением Кубанского военного госпиталя. С октября 1946 г. он являлся ассистентом кафедры факультетской, позднее – госпитальной хирургии Днепропетровского мединститута. В 1951 г., после защиты кандидатской диссертации, он был назначен на должность директора Донецкого государственного медицинского института им. М. Горького в г. Донецк. С 1952 г. совмещал работу директора института с должностью доцента кафедры факультетской хирургии, затем 28.03.2016 г. – профессора кафедры общей хирургии лечебного факультета. С 1962 г., после защиты докторской диссертации, он был избран на должность заведующего кафедрой общей хирургии. С 02.12.1964 г. профессор А. М. Ганичкин, в порядке перевода из Донецкого медицинского института им. М. Горького, был утвержден в должности директора НИИ онкологии АМН СССР в Ленинграде. С апреля 1966 г. А. М. Ганичкин возглавил созданную им кафедру хирургических болезней стоматологического факультета 1-го ЛМИ им. акад. И. П. Павлова. Диапазон научных работ и практических интересов А. М. Ганичкина в хирургии был чрезвычайно широк: хирургия рака ободочной и прямой кишки, пищевода, органов панкреатодуоденальной области, реконструктивные и восстановительные операции. А. М. Ганичкин является автором 160 научных работ. Его монография «Рак толстой кишки» (1970) – одна из самых обстоятельных в этой области. Проблемам гепатологии была посвящена монография «Ангиогепатография» (1972), написанная в соавторстве с А. М. Грановым и Д. Г. Довинером. Монография «Методы восстановления желудочно-кишечной непрерывности при резекции желудка» (1973), написанная совместно с С. Д. Резником, актуальна и сегодня. Под руководством и при консультации профессора А. М. Ганичкина подготовлены 10 докторов и 30 кандидатов медицинских наук. Он неоднократно был членом и председателем правления Хирургического общества Пирогова. До 1991 г. он являлся главным проктологом Ленинграда, членом комиссии «Проктология» Научного совета при Президиуме АМН СССР. Труд А. М. Ганичкина отмечен боевыми и трудовыми наградами: орденом Красной Звезды, тремя орденами Отечественной войны II степени, орденом Трудового Красного Знамени и медалями.

Умер Андрей Михайлович Ганичкин 1 марта 1992 г. и похоронен на Волковском кладбище в Санкт-Петербурге.

Его жизнь – это жизнь замечательного Человека, о котором все, кто работал с ним, получая заряд энергии для добрых дел и поступков, вспоминают только с чувством глубочайшего уважения и признательности.

Н. Ю. Коханенко (председатель). Мы почтили замечательного человека и хирурга, память о котором останется навсегда.

Поступил в редакцию 05.12.2017 г.