

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Председатель правления – Б. Н. Котив, ответственный секретарь – Д. П. Кашкин,
референт – Ю. В. Плотноков

2500-е заседание 13.12.2017 г., посвященное 80-летию со дня рождения профессора Б. И. Мирошников.

Председатель – Г. И. Гафтон

Демонстрации и доклад представлены ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)».

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. М. Ю. Цикоридзе, О. Г. Братов, А. Ю. Навматуля, А. Е. Царегородцев, В. М. Гельфонд, А. С. Константинов, И. Г. Богусевич, Б. И. Мирошников, В. М. Моисеенко. **Гигантская гастроинтестинальная стромальная опухоль желудка.**

Цель – показать особенность интестинальных стромальных опухолей в виде их длительного бессимптомного течения и чрезвычайно больших размеров.

Больной С., 63 лет, в течение года отмечал клиническую симптоматику, характерную для рака желудка. Неоднократные исследования не подтверждали наличия опухоли. Обследован в Центре. По данным ФГДС, желудок деформирован от кардиального отдела до нижней трети за счет давления извне. Контуры выпячиваемого образования округлые, в центре – язвенный дефект до 2 см. При гистологическом исследовании в собственной пластинке слизистой оболочки желудка обнаружен фокус эпителиоидно-веретенноклеточной опухоли. По данным МСКТ, в левой половине брюшной полости определяется гигантское образование 23×25×29 см, неоднородной структуры, с распадом в центре, без отчетливых признаков инвазивного роста. Верхний полюс опухоли располагался под диафрагмой, нижний – на уровне бифуркации аорты. Предварительный диагноз: «Гастроинтестинальная стромальная опухоль желудка». Операция 19.01.2017 г. При лапаротомии обнаружен опухолевый узел, занимающий большую часть брюшной полости (40 см в диаметре). Опухоль исходила из тела желудка, имела плотноэластическую консистенцию с зонами флюктуации, отмечалась выраженная васкуляризация. Учитывая отсутствие анатомических ориентиров, недоступность мобилизации магистральных сосудов, было решено прибегнуть к пункции полости распада опухоли; удалено 4,5 л серозно-геморрагической жидкости. После этого удалось окончательно установить, что опухоль исходит сугубо из большой кривизны желудка и не переходит на соседние органы. Метастазы не определялись. Опухоль удалена путем резекции большой кривизны желудка и спленэктомии. Послеоперационный период гладкий. Гистологическое исследование препарата – гастроинтестинальная стромальная опухоль с прорастанием всех слоев желудка. Рекомендован курс химиотерапии препаратом Гливек.

Ответы на вопросы. Больной по профессии электромонтажник, сейчас пенсионер, лечился от подагры. Впервые

опухоль выявили при КТ. От опухолевой массы отступили не менее 2 см. Поправился с 56 до 82 кг.

2. М. Ю. Цикоридзе, А. Ю. Навматуля, А. Е. Царегородцев, О. Я. Братов, Б. И. Мирошников, В. М. Моисеенко. **«Изолированная» панкреатэктомия при нейроэндокринной опухоли.**

Цель демонстрации – представить опыт панкреатэктомии по поводу нейроэндокринной опухоли с сохранением общего желчного протока, большого дуоденального сосочка и селезенки. С развитием морфологической диагностики нейроэндокринные опухоли поджелудочной железы перестали представлять собой редкость, однако тактические подходы по отношению к их лечению окончательно не определены и требуют дальнейшего изучения. Появляются отдельные сообщения о допустимости выполнения у ряда таких больных более щадящего вида вмешательства. Как вариант, рассматривается панкреатэктомия с оставлением двенадцатиперстной кишки (ДПК), общего желчного протока и селезенки.

Больная Е., 40 лет, с ребенком грудного вскармливания, поступила 27.10.2016 г. для хирургического лечения по поводу опухоли поджелудочной железы. При исследовании на границе тела и головки железы обнаружено гомогенное образование 52×34 мм, неравномерно накапливающее контрастное вещество, неправильной формы, с неровными контурами. Определялись увеличенные до 11 мм парапанкреатические лимфатические узлы. Онкомаркер СА-19-9 был в пределах нормы (35,3 ед./л). Заподозрена злокачественная опухоль. Мультидисциплинарной комиссией Центра принято решение рекомендовать больной оперативное лечение. Операция 07.12.2016 г. При лапаротомии подтвержден диагноз опухоли поджелудочной железы. Срочное гистологическое исследование определило нейроэндокринную структуру опухоли. Учитывая характер опухоли, ее расположение, отсутствие метастазов, нормальные конституционные показатели больной, произведена панкреатэктомия. При мобилизации дистального отдела железы были сохранены селезеночные сосуды и селезенка. Диссекцию тканей в зоне головки железы производили непосредственно вдоль стенки двенадцатиперстной кишки, с сохранением целостности общего желчного протока. Главный панкреатический проток поджелудочной железы выделен, перевязан и пересечен непосредственно у места впадения его в ампулу большого дуоденального сосочка. Послеоперационный период осложнился на 6-е сутки кровотечением из острой язвы ДПК. Выписана на 14-е сутки в удовлетворительном состоянии. Гистологическое заключение: крупноклеточная нейроэндокринная опухоль поджелудочной железы с митозами. Метастазы опухоли в лимфатических узлах не обнаружены.

Ответы на вопросы. Хвост поджелудочной железы удален в связи с подозрением на опухолевые узлы. В течение 9 месяцев наблюдения метастазов не выявлено.

Прения

М. Д. Ханевич. Одобряю выбор тактики оперативного лечения у обоих больных. Иногда начинать лечение следует с применения Гливека, но здесь это было оправдано. Поздравляю юбиляра с успехом.

Г. И. Гафтон (председатель). Тактику выбора лечения в обоих наблюдениях следует считать оптимальной.

ДОКЛАД

Б. И. Мирошников. 40 лет в хирургии пищевода.

За последние четыре десятилетия в хирургии пищевода достигнут огромный прогресс. Пройден путь от многоэтапных операций, крайне изнурительных для хирурга и калечащих больного, к одноэтапным – наиболее физиологическим вмешательствам с эндоскопическим методом их выполнения. И хотя эти разительные успехи можно рассматривать как эволюционный путь развития, использование для эзофагопластики желудочного трансплантата и эндоскопической методики оперирования носит, скорее, революционный характер. Автор доклада, продолжая традиции своих предшественников на кафедре факультетской хирургии ЛПМИ профессора С. В. Гейнаца и профессора А. А. Русанова, вольно или невольно оказался непосредственным соучастником этого этапа хирургии пищевода. На опыте свыше 900 реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе представлены собственные разработки, которые вошли в широкую клиническую практику и получили должное признание. Особое место среди них занимает желудочный трансплантат, методика формирования которого отличается максимальной сохранностью органа, гарантированным кровоснабжением и достаточной длиной. В разработке проблемы хирургии пищевода и лечении больных активно участвовали сотрудники кафедры факультетской хирургии Педиатрической медицинской академии (университета) и ее клинических баз (Куйбышевской – Мариинской и Покровской больниц, Дорожной клинической больницы Октябрьской железной дороги, Ленинградского областного онкологического диспансера, Горонкоцентра), а также профессор Г. Н. Горбунов (ныне заведующий кафедрой сердечно-сосудистой хирургии СЗГМУ им. И. И. Мечникова) и доцент А. П. Иванов (кафедра детской хирургии СПбГПМУ). Им, чей творческий труд способствовал прогрессу хирургии пищевода, автор выразил глубокую дружескую признательность.

Г. И. Гафтон (председатель). Поздравляю юбиляра и выношу глубокую благодарность за проделанную работу.

Состоялись поздравления юбиляра от различных медицинских и научных учреждений города.

Поступил в редакцию 14.02.2018 г.

2501-е заседание 27.12.2017 г.

Председатель – А. Е. Демко

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. К. В. Павелец, Ю. Н. Савушкин, М. К. Павелец (кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Вариант хирургического лечения лимфангиомы брыжейки илеоцекального угла.**

Цель демонстрации – показать вариант хирургического лечения лимфангиомы брыжейки илеоцекального угла.

Больная Т., 54 лет, поступила 23.05.2016 г. в плановом порядке в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы с диагнозом направления «Образование брюшной полости». Пациентка считала себя больной на протяжении 5 месяцев, когда, на фоне относительного благополучия, стала отмечать появление чувства дискомфорта в нижних отделах живота, не связанного с приемом пищи. При МРТ органов брюшной полости (20.01.2016 г.) выявлено кистозное образование неправильной формы, неоднородной структуры, с множественными перегородками, с четкими контурами, 14,5×7,4×9,2 см. В апреле 2016 г., в плановом порядке, перенесла лапароскопическую экстирпацию матки с придатками по поводу кистомы левого яичника, аденомиоза, миомы матки. Интраоперационно, в ходе указанного оперативного вмешательства, при ревизии органов брюшной полости в области илеоцекального угла выявлено образование диаметром до 15 см, вероятнее всего, исходящее из забрюшинного пространства. 25.05.2016 г., в качестве второго этапа оперативного лечения, выполнена срединная лапаротомия. При ревизии в области брыжейки илеоцекального угла обнаружено многокамерное кистозное образование размерами 15×10 см, с жидкостным компонентом, к которому прилежит прядь сальника. Рассечена брюшина брыжейки над образованием. Описанная выше киста, верхний полюс которой был интимно связан с нижним изгибом двенадцатиперстной кишки, вылущена над брыжеечными сосудами, без их повреждения. В ходе энуклеации кисты из одной из камер выделилось около 15 мл лимфы. Восстановлена целостность брюшины брыжейки. Малый таз дренирован. Больная выписана в удовлетворительном состоянии на 9-е сутки послеоперационного периода. Послеоперационный диагноз: «Лимфангиома брыжейки илеоцекального угла».

Ответы на вопросы. Больная чувствует себя хорошо. Гистологическое заключение: «Кавернозно-капиллярная гемангиома».

Прения

А. В. Хохлов. В данном наблюдении предполагалась лимфатическая киста, но представлено опухолевое заболевание лимфатической системы.

В. И. Кулагин поддержал мнение А. В. Хохлова.

А. Е. Демко (председатель). Несмотря на различия в терминологии, хирургическое лечение заболевания проведено обосновано.

2. К. В. Павелец, К. В. Медведев, Д. В. Гацко, А. С. Гладской, Ю. А. Петрова (кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Лечение больной с альвеококком селезенки.**

Больная Г., 57 лет, поступила 28.09.2016 г. в плановом порядке в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы с диагнозом «Опухоль селезенки, желчнокаменная болезнь, хронический холецистит». Пациентка считает себя больной с 2013 г., когда стала отмечать периодические тянущие боли в левой половине живота. При обследовании обнаружено образование селезенки. Наблюдалась онкологами. На дооперационном этапе комплексно обследована (УЗИ и МРТ брюшной полости с внутривенным контрастным усилением). Было выявлено значительное увеличение селезенки (228×154×88 мм), из верхнего полюса которой исходило образование с бугристыми контурами

размером 179×95×123 мм; 30.09.2016 г. выполнена операция: спленэктомия, резекция левого купола диафрагмы, холецистэктомия. Произведена внутривенная фотодинамическая терапия с облучением зоны удаленного препарата. Послеоперационный период осложнился острым панкреатитом. На фоне проведенного лечения состояние больной улучшилось, явления панкреатита регрессировали. Больная выписана на 23-и сутки. При гистологическом исследовании выявлены множественные очаги казеозного некроза. Морфологические изменения в большей степени свидетельствовали о паразитарном поражении селезенки (эхинококкоз). При иммуногистохимическом исследовании верифицированы признаки альвеококкоза селезенки. В дальнейшем наблюдалась инфекционистом больницы им. С. П. Боткина, принимала антигельминтный препарат Немозол. При обследовании через 6 месяцев данных за прогрессирование альвеококкоза не выявлено.

Ответы на вопросы. Больная родом из Зауралья, журналист по профессии, любит кушать сырые грибы (сыроежки). С животными контактов не имеет. Больная наблюдалась и была направлена врачом поликлиники.

Прения

А. В. Хохлов. Заболевание паразитарное, отмечаются ошибки и трудности диагностики и лечения.

А. Е. Демко (председатель). Это редкая локализация альвеококка. Следует высказать замечания в адрес поликлиники – больная 3 года наблюдалась по поводу «опухоли».

ДОКЛАД

А. А. Захаренко, А. С. Натха, М. А. Беляев, Д. А. Алексеев, М. В. Яковлева, А. А. Трушин, Д. А. Зайцев, О. А. Тен, В. А. Рыбальченко (отдел абдоминальной онкологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ). **Клинико-экспериментальное обоснование эффективного режима лапароскопической внутрибрюшинной аэрозольной химиотерапии в лечении карциноматоза брюшины.**

Карциноматоз брюшины (КБ) – путь метастазирования злокачественных опухолей, определяющий крайне неблагоприятный прогноз для жизни пациентов. Методы системного лечения КБ малоэффективны. В связи с этим свою актуальность приобрела стратегия регионарной внутрибрюшинной химиотерапии, используемая и как самостоятельный метод, и в комбинации с циторедуктивными хирургическими вмешательствами. В последние годы быстрое развитие получил новый метод локального воздействия – лапароскопическая внутрибрюшинная аэрозольная химиотерапия (ЛАВХ). Исследование одобрено локальным Этическим комитетом университета и проводилось по всем требованиям Хельсинкской декларации. Финансирование осуществлялось за счет средств гранта Президента РФ МД-5935.2016.7. Разработано устройство для проведения ЛАВХ. Проведено 6 серий экспериментальных исследований на кроликах (n=71). Методом масс-спектрометрии изучена динамика накопления Цисплатина в брюшине и крови в зависимости от дозы препарата, экспозиции аэрозоля в брюшной полости и величины внутрибрюшного давления. В клиническую часть исследования включены 18 пациентов низкой коморбидности, с диагнозом «Рак желудка», у которых при диагностической лапароскопии выявлен КБ и отсутствовали другие отдаленные метастазы. Контрольной группе пациентов (n=9) ЛАВХ проведена в общепринятом режиме (7,5 мг/кг Цисплатина, 12 мм рт. ст., экспозиция 30 мин), больным основ-

ной группы (n=9) – в экспериментально разработанном режиме (75 мг/кг Цисплатина, 12 мм рт. ст., экспозиция 15 мин). Всем пациентам выполнено по 2 цикла ЛАВХ с интервалом 21 день. Сравнивали течение периоперационного периода, токсические эффекты, индекс КБ (ИКБ), концентрацию Цисплатина в крови и брюшине пациентов, динамику накопления асцита, качество жизни больных. Оценивали степень лечебного патоморфоза по PRGS (Peritoneal regression Grading Score). Экспериментально установлено, что максимально эффективный и безопасный режим ЛАВХ – это увеличенная до системно-применяемой дозы химиопрепарата при снижении в 2 раза времени экспозиции (15 мин) и стандартном для лапароскопического пособия внутрибрюшного давления. Предлагаемый режим проведения лапароскопической аэрозольной химиотерапии в послеоперационном периоде не сопровождался угрожающими жизни токсическими эффектами, осложнениями и патологическими изменениями внутренних органов животных, не вызывал несостоятельность кишечных анастомозов. Обе группы больных удовлетворительно перенесли лечение. При проведении первичных и повторных сеансов ЛАВХ послеоперационных осложнений не выявлено. Клинико-лабораторные показатели не выходили за пределы нормы или не ухудшались по сравнению с предоперационным уровнем. Все пациенты выписаны на 4-е сутки в удовлетворительном состоянии. У большинства пациентов контрольной группы при повторном сеансе ЛАВХ отмечено прогрессирование заболевания, проявившееся увеличением ИКБ, нарастанием асцита. Микроскопически лечебного патоморфоза не выявлено у 80 % больных. У пациентов основной группы отмечена положительная динамика: асцит не увеличился, ИКБ снизился. Микроскопически отмечено частичное замещение опухоли соединительной тканью и признаки лечебного патоморфоза. При проведении масс-спектрометрии крови и участков брюшины после сеанса ЛАВХ отмечено значительное увеличение содержания платины в брюшине и опухолевых узлах у больных основной группы. При этом в крови концентрация препарата была крайне низкой. Общепринятый режим проведения методики безопасен, концентрация Цисплатина в брюшине после сеанса низка и сопоставима с концентрациями при системном его введении.

Выводы. 1. Разработано оригинальное устройство для проведения ЛАВХ.

2. Экспериментально выверенный режим ЛАВХ (75 мг/кг Цисплатина, 12 мм рт. ст., 15 мин) апробирован в клинике и оказался эффективнее общепринятого, что проявилось снижением ИКБ при повторной операции, уменьшением выраженности асцита и морфологическими признаками патоморфоза опухолевых узлов.

Ответы на вопросы. Термины «карциноматоз» и «канцероматоз» равнозначны. Отбирались больные с метастазами только по брюшине, без метастазов в другие органы. Оценка проводилась через 5–6 нед. Системное лечение не разрушает клеточную оболочку. Более показательная локализация рака – яичник. Мы также занимаемся лечением этих больных. В Москве чередовали курсы системной и местной аэрозольной терапии и получили большую выживаемость. Результат одного сеанса локальной аэрозольной терапии равен циклу системной. В настоящее время мы проводим системную терапию с включением 1–2 сеансов аэрозольной терапии. Наблюдали нефротоксический эффект у 1 больного (он выжил). Тяжелых гематологических реакций не было. Считаем, что HIPEC эффективнее гипертермической химиотерапии. Осложнений кишечной непроходимостью не было.

Прения

М. Д. Ханевич. Доклад интересен оценкой аэрозольного доступа доставки химиопрепаратов. Такая распространенность рака желудка выявляется у 20 % больных, как правило, случайно. Это опухоли T1-T2, и лечение у них должно начинаться с 3–6 циклов неоадьювантной терапии. Целесообразность такого подхода доказана.

А. Е. Демко (председатель). Положительно оцениваю результаты проведенной работы, но следует отметить, что лечением подобных больных занимаются лишь 2–3 клиники, что явно недостаточно.

Поступил в редакцию 14.02.2018 г.

2502-е заседание 10.01.2018 г.

Председатель – Б. Н. Котив

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. Н. Ю. Коханенко, А. В. Глебова, А. Р. Рзаева (кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Успешное хирургическое лечение больной хроническим рецидивирующим калькулёзным панкреатитом после неэффективного малоинвазивного (эндоскопического) лечения.**

Цель – оказать многоэтапность лечения хронического калькулёзного панкреатита хирургическим методом.

Больная Ф., 44 лет, поступила в отделение в плановом порядке 17.04.2017 г. с жалобами на интенсивные боли в верхних отделах живота. Около 15 лет она страдала хроническим калькулёзным псевдотуморозным рецидивирующим панкреатитом. Неоднократно лечилась в различных стационарах города. 02.02.2016 г. больная перенесла лапароскопическую холецистэктомию. Эффекта не наблюдалось. В июле 2016 г. выполнено стентирование главного панкреатического протока, а в феврале 2017 г. – в связи с развившейся желтухой общего желчного протока (ОЖП). Панкреатическая и желчная гипертензия, болевой синдром сохранялись. Ей было предложено рестентирование ОЖП, от чего она категорически отказалась. По данным КТ и МРТ определялись билиарная и панкреатическая гипертензия, вируснохолангит, обострение хронического панкреатита. 19.04.2017 г. была выполнена операция. У больной были признаки тяжелого холангита, гнойного панкреатита, множественные конкременты в поджелудочной железе, панкреатическая и билиарная гипертензия (высеяны *E. coli* и *Cl. pneumoniae et oxytoca*). Произведена операция Фрея: резекция головки поджелудочной железы, формирование позадиободочного панкреатоэнтероанастомоза на петле кишки, выключенной по типу Ру, на дренаже хвоста поджелудочной железы, выведенном по Фелькеру, позадиободочного гепатикоэнтероанастомоза на другой петле кишки, выключенной по Ру (петля кишки разобщена пополам после формирования межкишечного анастомоза) на дренаже по Фелькеру. Послеоперационное течение гладкое. Больная выписана на 15-е сутки после операции. Болевой синдром купирован, самочувствие удовлетворительное.

Ответы на вопросы. Отмечалась желтуха (билирубин – 40 мг %). После операции боль прошла, но развился жидкий стул (до 5 раз в сутки). Принимает ферментные препараты. Камни панкреатических протоков выявили 2 года назад.

При гистологическом исследовании выявлены хронический панкреатит (обострение), стриктура ОЖП. Стенты устанавливали для снижения протоковой гипертензии, находились около года. Один из них стоял в добавочном панкреатическом (санториниевом) протоке. Холангит оценивался как тяжелый. Выбор операции Фрея основан на данных, что удаление головки поджелудочной железы сопровождается лучшими результатами.

Прения

В. И. Кулагин. Сочетание хронического панкреатита и желтухи встречается нечасто. Стенты надо менять через 3–4 мес. Мы чаще выполняем операцию Бегера. Ближайший результат очень хорош, но отдаленный не ясен.

В. И. Ковальчук. Причина болей при панкреатите – нарушение оттока. Он восстановлен, но эффект стентирования был недостаточным.

В. В. Гольцов. Операция не совсем традиционная. Ее нужно было делать раньше, ведь больная находилась в нескольких стационарах города. Стентирование – минимально инвазивная операция, но у нее есть ограничения. Удаление камней из протоков поджелудочной железы – операция непростая, где частота рецидивов до 50 %. Больная должна наблюдаться гастроэнтерологами.

С. Я. Ивануса. Ближайший результат хороший. Панкреатическая и желчная гипертензия купированы. Дренажи Фелькера устанавливают для профилактики несостоятельности швов. Их надо удалять через месяц.

Б. Н. Котив (председатель). Учитывая холангит, больную можно было оперировать только после его устранения. Тем не менее ближайший результат хороший.

2. А. А. Захаренко, И. В. Шлык, Д. В. Овчаренко, Е. Г. Гаврилова, А. А. Трушин, Д. А. Зайцев, М. А. Беляев, В. А. Рыбальченко (ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ). **Мультидисциплинарный подход в лечении больного осложненной формой рака прямой кишки и текущего инфаркта миокарда.**

Больной Т., 50 лет, поступил в отдел абдоминальной онкологии НИИ хирургии и неотложной медицины 04.08.2016 г. с диагнозом «Рак прямой кишки (с)T3N0M0. ИБС, атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз (острый "Q"-инфаркт миокарда, стентирование передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии в мае 2016 г.). Рецидивирующие кровотечения из опухоли». Ввиду осложненного течения опухоли нижнеампулярного отдела прямой кишки неоадьювантное лечение было противопоказано, рекомендовано выполнение оперативного вмешательства. 15.08.2016 г. планировалась передняя резекция прямой кишки, однако 14.08.2016 г., на фоне полного благополучия, у больного появились давящие боли за грудиной, кратковременная потеря сознания. На контрольной ЭКГ выявлена брадикардия до 43 уд./мин, признаки нарастающей ишемии миокарда, повышение уровня тропонина I. Больной был экстренно переведен в ОРИТ, начата интенсивная терапия. По результатам коронарографии критического поражения, окклюзии, снижения скорости кровотока по крупным эпикардиальным ветвям не выявлено (стеноз устья огибающей и диагональных ветвей левой коронарной артерии – до 80 %, стент функционирует, кровоток по ветвям правой коронарной артерии не нарушен). Принято решение о консервативном ведении пациента, а в случае отрицательной динамики – стентировать сегмент главного ствола огибающей ветви левой коронарной артерии. С диагнозом «Острый инфаркт миокарда 2-го типа» больной переведен

в кардиологическое отделение, где принято решение о монотерапии ацетилсалициловой кислотой, нитратами. От назначения второго антиагреганта и антикоагулянтов решено воздержаться из-за высокого риска кровотечения. Продолжалась терапия бета-блокаторами, статинами, гастропротекторами. Тропонин в динамике снижался, однако 16.08.2016 г., на фоне проводимой терапии, возобновились выделения крови из прямой кишки (до 200 мл), с незначительным снижением гемоглобина, но с имеющейся тенденцией к артериальной гипотензии. Решением консилиума выставлены показания к экстренной ангиографии с целью выявления экстравазации и эндоваскулярной эмболизации источника кровотечения. 17.08.2016 г. выполнена ангиография нижнебрюшечной артерии, селективная эмболизация частицами PVA «300–500 microns» задней ветви верхней прямой кишки, участвовавшей в кровоснабжении опухоли. С целью навигации на поверхности опухоли была фиксирована металлическая метка. Послеоперационный период протекал без осложнений. На 2-е сутки после эмболизации больной был переведен в онкологическое отделение № 1, где продолжалась кардиотропная, двойная антиагрегантная, гастропротекторная терапия. Рецидивов кровотечения не было. Уровень тропонина снижался, по данным суточного мониторирования ЭКГ, эхокардиографии не отмечалось значимых нарушений ритма, ишемических изменений, локальных зон нарушения сократимости. В связи с высоким риском кровотечений решением консилиума выставлены показания к операции. 05.09.2016 г. выполнена лапароскопическая обструктивная передняя резекция прямой кишки. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной получал в полном объеме двойную антиагрегантную и антикоагулянтную терапию. На 1-е сутки пациент был переведен в хирургическое отделение. Дренаж из полости малого таза удален на 3-и сутки. Минимальное содержание гемоглобина в послеоперационном периоде составило 99 г/л, лейкоцитоза не наблюдалось, биохимические анализы были в пределах нормальных значений. На 9-е сутки больной выписан из стационара, послеоперационные раны зажили первичным натяжением, контрольные анализы – в пределах нормы. Согласно рекомендациям кардиолога, больной после выписки получал двойную антиагрегантную терапию. В дальнейшем больному произведено восстановление непрерывности кишки с низким колоректальным анастомозом и превентивной илеостомией, которая была устранена.

Ответы на вопросы. Больной принимает только сердечные препараты. Стул бывает 1 раз в сутки, нормальной консистенции. Анастомоз формировался аппаратный. Тактика обусловлена острым инфарктом миокарда. Эмболизировались артерии около опухоли.

Прения

Б. Н. Котив (председатель). Кровотечение и острый инфаркт миокарда требуют противоположных методов лечения. Использованы все меры для устранения обоих осложнений. Вместо илеостомии (лучше делать «хоботковую») можно было применить колостомию. Эти вопросы требуют обсуждения.

ДОКЛАД

И. А. Нечай, Н. П. Мальцев, А. А. Божченко, М. С. Сивагинский, М. В. Павлов (кафедра ПДМО СПбГУ, отделение колопроктологии СПбГБУЗ «Городская больница № 40», кафедра кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ). **Эпителиальные копчико-**

вые ходы (пилонидальная болезнь) – известная проблема. Есть ли новые пути решения?

В докладе представлены данные оперативного лечения 100 пациентов (78 мужчин и 22 женщин, средний возраст – (28,7±8,6) года) с пилонидальной болезнью, которые проходили лечение в специализированном отделении колопроктологии ГБ № 40 с 2014 по 2017 г. 25 больных оперированы с латерализацией раны в модификации Karydakakis (1-я группа), 75 больных оперированы с мобилизацией мышечно-фасциальных лоскутов (2-я группа). Обезболивание – спинальная анестезия. В послеоперационном периоде пациенты получали ненаркотические анальгетики в течение 1–2 сут. Заживление первичным натяжением наблюдалось у 92 пациентов. Швы с раны снимали на 8–10-е сутки. Осложненное течение раневого процесса наблюдалось у 9 пациентов. В 1-й группе у 3 (12 %) пациентов эвакуированы серомы послеоперационной раны. Во 2-й группе у 5 (7 %) пациентов диагностирована серома, а у 1 больного наблюдалось локальное нагноение раны. Рецидив заболевания установлен у 2 пациентов. Для изучения отдаленных функциональных результатов лечения была разработана анкета, состоящая из 8 вопросов. Анкетирование проводили у 62 пациентов, у которых после операции прошло более 12 месяцев. Результаты опроса: удовлетворен 61 (98 %) пациент, 24 (41 %) больных отметили некоторое нарушение чувствительности в области рубца, 11 (18 %) – незначительный дискомфорт в зоне послеоперационного рубца при длительном сидении. Для объективизации результатов лечения больных 23 пациентам, предъявлявшим жалобы, было выполнено УЗИ мягких тканей межъягодичной области. Таким образом, обе «закрытые» методики оперативного лечения пилонидальной болезни являются эффективными, сопровождаются коротким сроком заживления ран, хорошим косметическим эффектом, коротким периодом реабилитации и удовлетворительными отдаленными функциональными результатами.

Ответы на вопросы. При абсцедировании эти операции делать нельзя. Рентгеновские исследования не проводили. Бритье кожи обязательно. Эпиляцию не делали. Стул не задерживали. Больным запрещали сидеть и лежать на спине в течение 7–8 дней. При гистологическом исследовании препаратов в них обнаруживались волосы, как будто занесенные с волосистой части головы.

Б. Н. Котив (председатель). Исследование открыло новые взгляды на проблему. Авторы считают, что это приобретенное заболевание. Интересно, что в армии во время учений, маневров, походов число подобных больных резко возрастает. У маленьких детей болезнь не наблюдается.

Поступил в редакцию 14.02.2018 г.

2503-е заседание 24.01.2018 г.

Председатель – А. Е. Демко

ДОКЛАД

Ю. В. Червяков (ГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» МЗ РФ). **Сравнение результатов стандартной консервативной терапии и комплексного лечения с использованием препарата на основе плазмы с геном VEGF165 у больных с хронической ишемией нижних конечностей в сроки до 5 лет.**

Число пациентов с хронической ишемией нижних конечностей (ХИНК) в России достигает 1,5 млн человек. Ежегодно около 40 тысяч больных подвергаются ампутации

нижних конечностей вследствие развития критической ишемии. До 80 % пациентов, которые обращаются к амбулаторному хирургу, имеют II степень ХИНК по классификации А. В. Покровского – Фонтейна. В этой стадии заболевания еще нет показаний для хирургического лечения, но качество жизни больных страдает за счет значительного снижения двигательной активности, ухудшения возможности самообслуживания. При отсутствии адекватного лечения возникает высокий риск формирования «критической ишемии» и потери конечности. Произведено сравнение результатов стандартной сосудистой терапии и комплексного лечения с использованием препарата на основе плазмиды с геном VEGF165 в лечении больных со II степенью ХИНК по классификации А. В. Покровского – Фонтейна в сроки от 3 до 5 лет. В 2009–2016 гг. проводилось консервативное лечение и наблюдение 102 больных с ХИНК IIБ-степени. Пациенты были разделены на 2 равные группы. В 1-й группе применяли только стандартную консервативную терапию, во 2-й дополнительно производили введение генного препарата Неваскулген. У пациентов 1-й группы умеренное улучшение отмечено за 5 лет лишь в 4 %. У 18 (34 %) больных зафиксирован удовлетворительный результат. В 14 (27 %) наблюдениях отмечено умеренное ухудшение. Значительное ухудшение в клиническом течении отмечено у 6 (12 %) пациентов. Неудовлетворительные результаты наблюдали в 23 % (2 ампутации и 10 летальных исходов от различных причин). У пациентов 2-й группы: у 59 % – значительное улучшение; умеренное улучшение – у 8 %; у 16 % – удовлетворительный результат; у 2,5 % – значительное ухудшение. Неудовлетворительный результат лечения, с учетом умерших больных, составил 16 % (1 ампутация и 5 летальных исходов). У больных со IIБ-степенью ХИНК использование препарата на основе плазмиды с геном VEGF165 в составе комплексного лечения значимо влияет на увеличение среднего значения дистанции безболевого ходьбы до 500 % ($p=0,007$). У большей части больных (67 %) отмечено значительное и умеренное улучшение, в то время как при стандартном лечении аналогичный результат получен только в 3 % наблюдений. Изменения лодыжечно-подколенного индекса и линейной скорости кровотока в сторону увеличения их значений также были достоверны при использовании генной терапии. При стандартном лечении значимой динамики по этим показателям не отмечено. Достоверного различия по выживаемости ($p \leq 0,07$) и сохранности конечностей при IIБ-степени ХИНК между группами не отмечено.

Продемонстрирован больной 77 лет, которому производили двукратную инъекцию препарата со значительным улучшением.

Ответы на вопросы. Больной курил около 60 лет, страдает ожирением, сахарным диабетом, не болеет. Препарат зарегистрирован в России и на Украине с 2013 г. Пролечены около 3 тысяч больных. Авторы пролечили 40 больных стационарно в составе клинического исследования (бесплатно) и 160 человек амбулаторно. Цена одного флакона препарата – 49 500 р. На курс требуется 2 флакона. Сочетание атеросклероза и сахарного диабета ухудшает результаты на 30 %.

Прения

Н. А. Бубнова. Показание к применению препарата – диабетическая стопа. Обязательно исследование транскutánного напряжения кислорода.

Б. Н. Котив. Есть еще один препарат генной инженерии, созданный на Кубе – Эберпрот – эпидермальный человеческий

рекомбинантный фактор роста. Для включения препарата в квоты требуется период доказательств эффективности. Нужно подчеркнуть, что предлагаемый метод не является альтернативой реконструктивной хирургии.

А. Е. Демко (председатель). Будем надеяться, что препарат найдет свое место в хирургии.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

А. А. Захаренко, И. В. Шлык, А. А. Трушин, О. А. Тен, А. А. Смирнов, М. А. Беляев, Е. В. Блинов, В. А. Рыбальченко (ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ). **Первый опыт применения фекальной трансплантации при лечении неклостридиального антибиотик-ассоциированного колита у пациентки после лапароскопической дистальной резекции поджелудочной железы.**

Больной Ф., 32 лет, в отделе абдоминальной онкологии НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. И. П. Павлова 22.12.2015 г. выполнена лапароскопическая дистальная резекция поджелудочной железы со спленэктомией по поводу рака хвоста поджелудочной железы T1N0M0G1. С 1-х суток послеоперационного периода пациентка активизирована, получала энтеральное питание; со 2-х суток отмечены клинические и лабораторные признаки послеоперационного панкреатита: уровень активности амилазы – 189 Ед/л, в отделяемом из дренажной трубки – 1546 Ед/л, лейкоцитоз – $26,4 \cdot 10^9/\text{л}$. Наблюдались лихорадка до $38,2^\circ\text{C}$. Расширен спектр антибактериальной терапии (Сульцеф $1,0 \times 2$ раза). На 5-е сутки у больной появились признаки острого колита: вздутие живота, боли спастического характера, частый жидкий стул с примесью слизи, иногда крови (до 15 раз в сутки), лейкоцитоз – $28 \cdot 10^9/\text{л}$. Начата эмпирическая терапия Ванкомицином по 250 мг 4 раза в сутки *per os*, системная антибактериальная терапия была отменена. Положительной динамики на фоне приема Ванкомицина не наблюдалось. При исследовании кала пациентки методом ПЦР выявлен выраженный дисбиоз. Токсины «А» и «В» *C. difficile* не выявлены. При осмотре дистальных отделов толстой кишки (колоноскопия) была выявлена отечная, гиперемизированная слизистая оболочка, определялись множественные сливные эрозивно-язвенные дефекты под фибрином. 28.12.2015 г. проведена трансплантация фекальной микробиоты (ТМФ) путем введения донорского материала (250 мл) через биопсийный канал колоноскопа в купол слепой кишки. Донор (мама пациентки) обследована согласно существующим рекомендациям. Отмечена выраженная положительная динамика, прогрессивное снижение SIRS-синдрома, нормализация стула. Проведен повторный анализ кала на 14-е сутки, при котором обнаружена *Klebsiella oxytoca*. Остальные показатели в норме. Швы сняты на 10-е сутки. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 14-е сутки после операции.

Представленное клиническое наблюдение отчетливо демонстрирует актуальность проблемы послеоперационных антибиотик-ассоциированных колитов у онкологических больных. Практически всем пациентам онкологического профиля в периоперационном периоде назначают антибиотикопрофилактику. Ослабленное состояние больных, предоперационная подготовка толстой кишки, антибиотикопрофилактика и терапия неизбежно приводят или усугубляют дисбаланс кишечной микробиоты, что клинически проявляется развитием антибиотик-ассоциированных колитов различной степени тяжести. Лечение последних представляет проблему из-за поздней диагностики данного осложнения, вирулентной и резистентной

к стандартной терапии микрофлоры. В арсенале врачей должны быть все стандартные средства борьбы с этим осложнением (пробиотики, кишечные антибиотики), включая возможность выполнения фекальной трансплантации.

Представлен видеофильм беседы с больной.

Ответы на вопросы. Операция длилась 3 ч вследствие выраженного спаечного процесса, на фоне антибиотикопрофилактики, применения Октреотида. Стул у больной бывает 1 раз в сутки (до лечения – до 30 раз). Адьювантное лечение не требуется. Диарея протекала по кишечному типу. В копрограмме отмечался фибрин. Прием Метронидазола и Ванкомицина во время ТМФ продолжался. Свищей не было. Опухоль нейроэндокринная. Метод универсален для псевдомембранозных колитов. Быстрое начало применения метода связано с резким ухудшением состояния больной, неэффективностью трехкратного введения Ванкомицина. Согласно гайдлайнам, лечение нужно начинать с 3–5-х суток.

Прения

В. М. Луфт. Проблема псевдомембранозного колита нарастает, показание к началу подобного лечения – фульминантные формы, рефрактерность к лечению в течение 72 ч, токсическая дилатация кишки и другие осложнения. Методу около 60 лет. Сейчас он входит в гайдлайны. Угроза перфорации требует упреждающей деконтаминации. Ванкомицин не всегда эффективен. Его неэффективность в течение 2 сут. требует назначения Метронидазола. Часто колит вызывается применением Цефтриаксона. Введение пробиотиков обязательно, но колит разливается и на их фоне. С помощью ТМФ лечат ожирение, полиартриты. Требуется организация процесса, введение в систему ОМС, разработка юридических аспектов.

А. Е. Демко (председатель). Мы использовали этот метод лечения в НИИСП им. И. И. Джанелидзе и наблюдали хорошие результаты.

ДОКЛАД

Н. Ю. Коханенко, А. А. Кашинцев, С. В. Петрик, А. Л. Луговой, А. Л. Иванов, С. А. Данилов, С. А. Калюжный (кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», СПбГБУЗ «Городская Маринская больница»). **Роль миниинвазивных вмешательств в этапном лечении острого панкреатита.**

Цель исследования – оценить роль минимально инвазивных (МИ) вмешательств в лечении инфицированного панкреонекроза и улучшить их результаты.

Проведен анализ лечения 211 больных острым панкреатитом (ОП) средней и тяжелой степени тяжести. МИ-лечение проводили 158 больным основной группы до операции. Контрольную группу составили 53 пациента, которые были оперированы без предварительного МИ-лечения. Диагноз «ОП» формулировался в соответствии с классификацией Атланта (1992) с последующими изменениями. Средний возраст больных основной группы составил 45 лет (от 22 до 63 лет). Мужчин было 107 (67,7 %), женщин – 51 (32,3 %). Алиментарный (чаще алкогольный) панкреатит был у 121

(76,6 %) пациента, билиарный – у 18 (11,4 %), после эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) – у 13 (8,2 %), идиопатический – у 6 (3,8 %). Тяжесть ОП по АРАСНЕ-II была в среднем 10 баллов (от 7 до 15). Среднетяжелый ОП был у 77 (48,7 %) больных, тяжелый – у 81 (51,3 %). В контрольной группе все эти показатели были сопоставимы.

Все больные после МИ-вмешательств (наружное дренирование жидкостных скоплений) были оперированы. Критерии смены хирургической тактики в основной группе (показание к операции) были следующими: отсутствие в течение 3 дней после МИ-вмешательств существенного клинического улучшения (сохранение дисфункции систем по шкале АРАСНЕ-II); появление или прогрессирование сепсиса (развился у 42 (26,6 %) пациентов с уровнем прокальцитонина более 2,5 нг/мл); нарастание парапанкреатита и появление пузырьков воздуха по данным мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ); обнаружение больших секвестров при фистулографии; контрастирование забрюшинной клетчатки; инфицированный парапанкреатит (по данным бактериологического исследования пунктата). В контрольной группе показанием к операции являлись клинико-лабораторная картина нарастания интоксикации, по данным МСКТ – парапанкреатической инфильтрации, появление жидкостного компонента и пузырьков воздуха. Применение МИ-вмешательств удлинило предоперационный период. В основной группе он составил 3–5 недель (в среднем 32 дня), в контрольной – 10–18 дней (в среднем 15 дней). Летальность в основной группе составила 12,6 % (умерли 20 больных), что в 5 раз меньше, чем в контрольной.

Таким образом, применение миниинвазивных вмешательств при панкреонекрозе способствует удлинению периода консервативного лечения до лапаротомии и некрсеквестрэктомии. Отмечено снижение летальности более чем в 5 раз.

Ответы на вопросы. Производить пункционное дренирование необходимо при скоплениях жидкости более 5 см в диаметре. При повреждении протоковой системы требуется дренирование. Ранее при среднетяжелом панкреатите летальность составляла около 50 %, при применении лапаротомии – около 70 %. МИ-вмешательства позволили снизить летальность в 10 раз.

Прения

В. И. Кулагин. Панкреонекроз – фазовое заболевание. В год поступает до 350 больных. Оперируют около 50 % больных со среднетяжелыми и тяжелыми панкреонекрозами. Мы используем не только МИ-вмешательства, но и лапароскопические. Открытые операции должны применяться реже, согласно конфигурации панкреонекроза. Снижение летальности с 60 до 12 % – очень хороший результат.

В. Р. Гольцов. При переходе к МИ-вмешательствам наилучший – метод Ившина. Его применение позволило снизить летальность при распространенном перитоните, забрюшинных флегмонах с 80 до 36–38 %. Особое значение метод имеет при ограниченном и распространенном перитоните. Дренажи можно менять, диаметр увеличивать.

А. Е. Демко (председатель). Все предлагаемые методики входят в современное этапное лечение панкреатита.

Поступил в редакцию 14.02.2018 г.