

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

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

2513-е заседание 12.09.2018 г.

Председатель – Н. Ю. Коханенко

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. Б. Н. Котив, И. И. Дзидзава, Д. П. Кашкин, А. А. Аполлонов (кафедра госпитальной хирургии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ). **Малоинвазивное хирургическое лечение больного с абсцессами печени на фоне хронического аппендицита.**

Больной В., 49 лет, доставлен бригадой скорой помощи в дежурную терапевтическую клинику академии 08.02.2010 г. с клинической картиной инфекционно-токсического шока, в результате прогрессирования которого развилась клиническая смерть. Проведенные реанимационные мероприятия эффективны. Комплексным лечением явления сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности купированы. По данным КТ живота, диагностированы абсцессы VII и VIII сегментов печени. После стабилизации состояния больной переведен в клинику госпитальной хирургии. 19.02.2010 г. выполнено чрескожное чреспеченочное дренирование абсцесса VIII сегмента печени под ультразвуковым и рентгенотелевизионным контролем. Учитывая неудовлетворительную визуализацию и высокий риск повреждения кровеносных сосудов печени, абсцесс ее VII сегмента дренирован чрескожно чреспеченочно под компьютерно-томографическим контролем. При микробиологическом исследовании экссудата выявлен штамм *Escherichia coli*, чувствительный к Тиенаму. Признаков паразитарной инвазии, опухолевого роста, холангиогенного характера абсцессов печени не выявлено. Антибактериальная терапия заключалась в комбинации Тиенама и Метронидазола, местном воздействии антисептиков. На фоне проводимого лечения абсцессы печени санированы, дренажи удалены на 19-е сутки. При комплексном обследовании, направленном на выяснение генеза печеночного абсцедирования, у больного диагностирован хронический аппендицит. 08.04.2010 г. выполнена лапароскопическая аппендэктомия. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача на 4-е сутки после операции. В отдаленном периоде данных за рецидив абсцессов печени не получено. Пациент продолжает трудовую деятельность.

Ответы на вопросы. В течение нескольких лет ощущал приступы боли в правой половине живота. Перед поступлением болевых приступов не отмечал. В тропических странах бывал, сырую рыбу не употреблял. Рентгеновские признаки повреждения легких и плевры выявлены однократно. Тиенам был назначен сразу при поступлении, чувствительность к нему подтверждена. Патогенез абсцессов печени лимфо- и гематогенный. Источником инфекции *E. coli*, по-видимому, является кишечник. Все другие источники сепсиса исключены. При ирригоскопии выявлены признаки хронического аппендицита. Отросток располагался частично ретроцекально и забрюшинно.

Прения

С. Я. Ивануса. Прямой связи аппендицита и абсцессов печени не доказано. Не могло быть одного возбудителя. *E. coli* всегда сочетается с другими.

Н. Ю. Коханенко (председатель). Доказательств связи аппендицита и абсцессов печени не обнаружено, но так бывает. Мы наблюдали двоих подобных больных. Авторам удалось излечить больного с шоком и абсцессами печени, прошло 8,5 года, больной здоров.

2. Б. Н. Котив, И. И. Дзидзава, О. В. Баринов, Е. Е. Фуфаев, Д. А. Ясюченя (кафедра госпитальной хирургии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ). **Опыт хирургического лечения больного с метастатическим двусторонним немелкоклеточным раком легкого на фоне выраженной буллезной эмфиземы.**

Больной К., 51 года, поступил в клинику госпитальной хирургии Академии из г. Североморск 26.11.2014 г. с жалобами на кашель, выраженную одышку при нагрузке. При обследовании выявлен периферический рак верхней доли правого легкого с распространением на среднюю долю на фоне буллезной эмфиземы, с гигантской буллой верхней доли правого легкого (d=25 см), сдавливающей среднюю и нижнюю доли. Наряду с изменениями в правом легком, при КТ в верхней доле левого легкого определялся участок уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла». Выполнена трансторакальная трепанобиопсия опухоли, верифицирована аденокарцинома. При исследовании функции внешнего дыхания (ФВД) отмечены резкое снижение проводимости дыхательных путей преимущественно смешанного генеза с выраженным рестриктивным компонентом.

Пациенту выполнена расширенная верхняя билобэктомия справа 04.12.2014 г. Послеоперационный диагноз: «Периферический рак верхней доли правого легкого (аденокарцинома) pT2aN0M0 (Ib стадия)». В послеоперационном периоде отмечено улучшение показателей ФВД по сравнению с исходными данными. При КТ груди и ПЭТ/КТ от 11.04.2017 г. отмечена консолидация ткани в зоне «матового стекла» в верхней доле левого легкого, накопление радиофармпрепарата (SUV) до 5,5. При оценке функционального статуса больного определено, что дыхательные резервы позволяют выполнить удаление пораженной доли легкого. 26.05.2017 г. выполнена видеотораскопическая расширенная верхняя лобэктомия слева. Послеоперационный диагноз: «Периферический рак (аденокарцинома) верхней доли левого легкого pT2aN0M0 (Ib стадия)». Гистологическое заключение – стелюющаяся аденокарцинома легкого. При пересмотре препаратов правого и левого легкого определено, что опухолевые поражения различной природы. Окончательный диагноз: «Первично-множественный рак (ПМР). Периферический рак (аденокарцинома) верхней доли правого легкого pT2aN0M0 (Ib стадия). Верхняя билобэктомия справа (04.12.2014 г.). Периферический рак (стелюющаяся аденокарцинома) верхней доли левого легкого pT2aN0M0

(Ib стадия). Верхняя лобэктомия слева (26.05.2017 г.)). При контрольном обследовании признаков прогрессирования заболевания нет. На данный момент пациент ведет активный образ жизни. Находится под наблюдением пульмонолога и онколога.

Представленное клиническое наблюдение демонстрирует актуальность проблемы хирургического лечения ПМР легких с сопутствующими легочными заболеваниями. Оценка функциональных резервов и мультидисциплинарный подход в лечении позволяют ряду больных перенести большой объем резекции легких с последующей коррекцией дыхательной функции.

Ответы на вопросы. Больной курил с 16 лет, перестал после операции. Спонтанный пневмоторакс был. В средостении были увеличенные лимфатические узлы, но метастазов в них не выявлено. Рак, возможно, был синхронный. Феномен «матового стекла» у больного не имеет объяснения. Молекулярно-генетическое исследование проведено, рецепторы негативны. Химиотерапия проводится согласно стадии и характеру мутации, больному она не показана. Булла была многокамерная, междолевая борозда отсутствовала. Легкое расправилось. Масса тела восстановилась. Без одышки поднимается на третий этаж.

Прения

А. О. Аветисян. Феномен «матового стекла» у больного – признак диффузной карциномы. Обследование и оперативное лечение через полгода после первой операции не укладывается в обычное ведение больных, но победителей не судят. При одномоментной операции можно было сохранить большую часть легкого.

Н. Ю. Коханенко (председатель). Нами было издано руководство по легочной хирургии (2003). У курильщиков рак легкого наблюдается в 60 раз чаще. Но связь с курением доказана только для рака легкого, который выходит на первое место. При синхронном раке химиотерапия показана. В данном наблюдении получен хороший результат.

ДОКЛАД

С. С. Скурихин, О. Л. Чагунава, В. А. Одинцов, Ю. В. Суворова (ФГБУЗ «Санкт-Петербургская клиническая больница РАН»). **Мини-инвазивный способ удаления очаговых доброкачественных дисплазий молочной железы. Опыт одного центра.**

Цель – оценка диагностической значимости и безопасности проведения вакуумно-аспирационных резекций у пациенток с очаговыми образованиями молочных желез 3-й и 4-й категории по шкале BIRADS. **Материал и методы.** В период с августа по декабрь 2016 г. в СПб. больнице РАН проведено 50 вакуумно-аспирационных резекций у пациенток с очаговыми дисплазиями молочных желез 3-й и 4-й категорий по шкале BIRADS. По результатам ультразвуковой диагностики и маммографии выявленные образования распределились следующим образом: 38 (76 %) из 50 больных отнесены к категории В3. В категорию В4а попали 7 (14 %) больных, В4b – 5 (10 %). У 21 (42 %) пациентки выявленные образования являлись непальпируемыми. Средний возраст женщин

составил (35,1±2,6) года (от 22 до 51 года). Все процедуры выполнены в перевязочном кабинете на аппарате BARD Elscog Ultra с иглами 7, 10 и 12 G диаметром 4,6, 3,4 и 2,7 мм соответственно. В качестве ультразвуковой навигации использовали аппарат Sonoscape. Вмешательство выполнено под местной инфильтрационной анестезией 0,2 %-м раствором Наропина. Кожу обрабатывали спиртовым раствором «Софтасепт». Иглу вводили через прокол кожи на 2–3 мм. Время, затрачиваемое на одно вмешательство, варьировало от 11 до 44 мин. Размер удаленных образований составил (13,1±1,87) мм (4–30 мм). Края раны сводили стерильными стрип-полосками с наложением асептической наклейки. После проведения процедуры всем пациенткам выполняли тугое бинтование с повторным осмотром и УЗ-контролем через 30 мин. **Результаты.** В ходе проведения процедуры осложнений не зафиксировано. Ни одна из пациенток не отметила развития болевого синдрома, как во время вмешательства, так и через 30 минут после его окончания. По данным УЗ-контроля через 30 мин у всех больных образовались гематомы, соответствующие объему удаленной ткани. При этом ткань образований удаляли полностью. При контрольном осмотре через 24 ч у 4 пациенток образовалась разлитая, ненапряженная гематома, занимающая до $2/3$ поверхности молочной железы. При повторном осмотре с помощью ультразвука данных за продолжающееся кровотечение не получено. С профилактической целью пациенткам назначали антибиотики широкого спектра и динамический контроль. По результатам гистологических исследований, в 94 % препаратов атипичии не выявлено и данная процедура явилась лечебно-диагностической, что позволило избежать открытого хирургического вмешательства. В 6 % диагностирован рак молочной железы 3-й категории по шкале BIRADS. **Заключение.** Метод вакуумно-аспирационной резекции обладает высокой диагностической точностью, позволяет удалить образование в полном объеме и не вызывает серьезных осложнений. Учитывая преимущественно доброкачественный характер удаленных дисплазий, аспирационная резекция является перспективной альтернативой секторальной резекции молочной железы.

Ответы на вопросы. Рак молочной железы был у 3 больных 42, 47 и 51 года, что подтверждено иммуногистохимическими методами. Им выполнена расширенная секторальная резекция молочной железы с лимфаденэктомией, в последующем проводили лучевую и химиотерапию. 2 из них живы. Рецидивы имели место у 4 женщин (неполное удаление). Полноту удаления контролировать нужно до образования гематомы. При малых размерах молочной железы возможно развитие пневмоторакса. Внутривидеоэндоскопию не проводили. Сочетание УЗИ и маммографии (без МРТ) применяли у 60 % больных. Металлические метки не оставляли. Для освоения метода требуется около года.

Н. Ю. Коханенко (председатель). Методика новая, менее инвазивная. Полезна классификация BIRADS. Для оценки результатов лечения при раке наблюдения 2 и даже 5 лет недостаточно.

Поступил в редакцию 03.10.2018 г.