

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

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

2514-е заседание 26.09.2018 г.

Председатель – Н. Ю. Коханенко

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. Д. А. Шелухин, А. И. Павлов, С. М. Рудакова, Г. Ю. Сокур-ренко, С. С. Алексанин (ФГБУ «ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова» МЧС России). **Экстракорпоральная мембранная оксигенация в лечении синдрома Такотсубо, индуцированного тяжелым геморрагическим шоком у родильницы.**

Цель демонстрации – показать алгоритм действий при развитии тяжелой, несовместимой с жизнью, циркуляторной недостаточности, эффективность экстракорпоральных методов жизнеобеспечения, а также относительность критериев нетранспортабельности пациентов по представлениям методических рекомендаций.

Пациентка, 29 лет, 30.11.2017 г. перенесла первые срочные роды дихориальной диамниотической двойней (кесарево сечение). В раннем послеродовом периоде у нее развилось гипотоническое кровотечение на фоне вводимого в больших дозах окситоцина, по поводу чего через 8 ч была выполнена релaparотомия, гистерография с частичной перевязкой маточных и яичниковых артерий. Объем кровопотери составил около 2,5 л (более 50 % ОЦК), что соответствует геморрагическому шоку 3-й ст. Пациентка была переведена реанимационной бригадой из роддома в общехирургическую реанимацию дежурного многопрофильного стационара Санкт-Петербурга. Несмотря на проводимые инфузионно-трансфузионные мероприятия, у пациентки развилась выраженная дисциркуляторная недостаточность (дисциркуляторный шок 3-й ст.) смешанного генеза (гипоксия, стресс-индуцированная кардиомиопатия) со снижением фракции выброса левого желудочка (EF LV) до 6 % (синдром Такотсубо). На этапе перевода между стационарами пациентка перенесла 4 эпизода клинической смерти продолжительностью от 5 до 20 мин. Состояние оценивалось как крайне тяжелое, нестабильное, с неблагоприятным прогнозом летального исхода в течение ближайших нескольких часов. Силами МЧС была инициирована поддержка жизнеобеспечения с помощью экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО) и внутриаортальной баллонной контрпульсации (ВАБК), после чего осуществлена медицинская эвакуация в специализированный городской центр ЭКМО-терапии на базе ФГБУ «ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова». Продолжительность ЭКМО-терапии составила 12 дней, ИВЛ – 12 дней, ВАБК – 7 дней, реанимационного и госпитального этапов – 17 и 50 суток соответственно. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии с полным восстановлением когнитивных функций и социальной адаптацией, воспитывает двух дочерей.

Ответы на вопросы. Ухудшение состояния произошло через 40 мин после начала кровотечения. В настоящее время все функции организма восстановились. Предугадать развитие синдрома практически невозможно. Эффект обусловлен работой команды ЭКМО-центра (более 30 человек, специальная аппаратура), поэтому требовался перевод, а не лечение на месте. Перевод осуществлен с разрешения ГУЗ СПб. Показание к отключению аппарата – фракция выброса более 40 %. Стоимость лечения –

около 1,5–2 млн рублей. В городе есть еще 2 учреждения, работающие с этой методикой: ВМА им. С. М. Кирова, горбольница № 2. Выживаемость, по данным литературы о 85 тысячах больных, – 40–60 %. Тактика противоречит указаниям МЗ РФ.

Н. Ю. Коханенко (председатель). Больную спасли потому, что в городе есть врачи, которые знают описанную технологию, владеют ей.

2. М. О. Соловьева, В. В. Стрижелецкий, Е. А. Спичакова, С. А. Макаров, А. А. Амеличев (СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия», Городской центр комплексного лечения ожирения и метаболических нарушений). **Опыт хирургического лечения циркулярной язвы гастроэнтероанастомоза у пациента с ожирением после желудочного шунтирования с одним анастомозом.**

Больному С., 40 лет, 25.10.2016 г. было выполнено лапароскопическое желудочное шунтирование с одним анастомозом. На момент операции вес – 210 кг, рост – 197 см, ИМТ – 54,1. Во время операции на передней стенке желудка выявлено подслизистое образование. Оно удалено. Гистологическое заключение: морфологическая картина образования соответствовала гастроинтестинальной стромальной опухоли (GIST). В послеоперационном периоде больной неоднократно лечился в стационарах города по поводу язвы анастомоза. Пациент не соблюдал рекомендации по питанию и медикаментозной терапии, употреблял алкоголь, не воздерживался от курения. Тест на *Helicobacter pylori* положительный. В декабре 2017 г. пациент был доставлен сотрудниками скорой помощи в наш стационар с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения. При фиброгастроудоденоскопии (ФГДС) была выявлена гигантская циркулярная язва гастроэнтероанастомоза с признаками продолжающегося кровотечения, выполнен эндоскопический гемостаз. Через 16 ч развился рецидив кровотечения. Были выставлены показания к экстренному оперативному лечению. Интраоперационно в области гастроэнтероанастомоза выявлен язвенный инфильтрат размером 5×4 см, пенетрирующий в переднюю стенку отключенной части желудка. Выполнена лапароскопическая резекция анастомоза с реконструкцией в желудочное шунтирование по Ру. Учитывая частичную пенетрацию язвы в отключенную часть желудка и GIST в анамнезе, а также с целью удаления гастринпродуцирующей зоны, для снижения кислотности, больному выполнено удаление отключенной части желудка. Больной выписан на 7-е сутки в удовлетворительном состоянии. Через 9 месяцев после повторного вмешательства состояние пациента удовлетворительное. Вес на сегодняшний день составляет 120 кг, индекс массы тела ИМТ = 30,9.

Ответы на вопросы. Сейчас больной спит в горизонтальном положении, без изжоги и срыгиваний. В питании себя не ограничивает. Глюкоза крови нормализовалась. Стул жидкий, 2 раза в сутки. Уровень гастрина не изучался. В удаленной части желудка участков GIST не обнаружено. Язвы гастроэнтероанастомоза после шунтирующих операций отмечены у 2–6 % больных, они обычно лечатся медикаментозно. При сахарном диабете предпочтительнее шунтирующие операции, течение его улучшается, если нет – рекомендуется продольная резекция желудка. По поводу рефлюкс-эзофагита оперирована всего 1 больная.

ДОКЛАД

В. В. Стрижелецкий, М. О. Соловьева, Е. А. Спичакова (СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия», Городской центр комплексного лечения ожирения и метаболических нарушений). **Повторные бариатрические хирургические вмешательства у пациентов с неудовлетворительными результатами потери веса и осложнениями. Возможности применения ЭВХ.**

Ожирение – состояние, связанное с повышенным риском инвалидности, заболеваемости и ранней смертности, которое ложится значительным бременем на системы здравоохранения во всем мире. Бариатрическая хирургия является эффективным способом лечения людей, страдающих ожирением. Растущая популярность бариатрической хирургии привела к увеличению потребности проведения повторных операций.

Цель исследования – оценка частоты и причин повторных бариатрических вмешательств в разные сроки у пациентов с ожирением, перенесших различные виды первичных бариатрических вмешательств, а также оценка эффективности и частоты послеоперационных осложнений после повторных вмешательств и возможности проведения повторных операций при помощи ЭВХ, на основе литературных и собственных данных.

С 2013 г. по сентябрь 2018 г. были прооперированы 574 пациента с ожирением и метаболическим синдромом. Средний индекс массы тела больных составил $(44,0 \pm 13,7)$, средний возраст – $(49,1 \pm 11,3)$ года. Было выполнено 287 резекций желудка, 277 желудочных шунтирований с одним анастомозом, шунтирований по Ру – 9, 1 операция SADI. Повторные операции были выполнены 17 пациентам, что составило 3 % от общего числа прооперированных.

Причинами повторных бариатрических операций были недостаточное снижение веса, набор веса после бариатрической операции, неудовлетворительное послеоперационное течение коморбидных состояний, а также лечение поздних осложнений после первичной бариатрической операции. В этой группе больных ранних послеоперационных осложнений и летальности не наблюдалось. Все повторные бариатрические оперативные вмешательства были выполнены лапароскопически.

Результаты проведенного анализа говорят об эффективности бариатрической хирургии. Оперативное лечение при помощи ЭВХ может быть использовано у ранее прооперированных пациентов и является безопасным методом. Частота послеоперационных осложнений в исследуемой группе больных стремится к нулю, однако единых стандартов оказания помощи таким больным нет. Для получения более точных данных требуется оценка результатов в отдаленном периоде, через 5 и 10 лет.

Ответы на вопросы. Наиболее частая повторная операция – на желудке. В отключенной части желудка онкологических заболеваний не отмечено. Риск возникновения язв невысок. Течение сахарного диабета (СД) после операций улучшается, больные перестают принимать инсулин. Предпочтительное вмешательство при СД – шунтирующая операция. По поводу рефлюкс-эзофагита оперирована 1 больная.

Прения

А. В. Кочетков. В лечении этих больных должны участвовать хирург, эндокринолог, диетолог, терапевт. В международных центрах отказались от бандажирования желудка. Бариатрия развивается, производится все больше операций, но вновь возникают пострезекционные осложнения.

Н. Ю. Коханенко (председатель). Проблема актуальна. Ожирением страдает около 25 % людей. Профессор Ю. И. Седлецкий, занимаясь этой проблемой, располагал больных для операции на двух столах. Доктор М. Б. Фишман сообщил о более чем 1000 лапароскопических операций.

Поступил в редакцию 10.12.2018 г.

2515-е заседание 10.10.2018 г.

Председатель – Е. М. Трунин

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. К. Г. Шостка, И. М. Кузнецов, К. В. Арутюнян, К. С. Ильин, А. Д. Кучеренко, К. С. Фёдоров (ГБУЗ «Ленинградский областной онкологический диспансер»; ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ). **Выбор лечебной тактики при раке поджелудочной железы с синхронными метастазами в легкие.**

Цель демонстрации – показать особенности и целесообразность выполнения симультанной операции у пациентов с синхронными злокачественными новообразованиями поджелудочной железы и легкого, обратить внимание на возможность благоприятного исхода комбинированного лечения при раке поджелудочной железы с изолированным метастатическим поражением легкого.

В 1998 г. пациентке Д., 50 лет, выполнена левосторонняя мастэктомия по Маддену по поводу внутрипротокового рака левой молочной железы. В последующем проводилась полихимиотерапия (6 курсов по схеме CMF (Циклофосфамид, Метатрексат, Фторурацил)). В дальнейшем пациентка наблюдалась у онколога по месту жительства. В ноябре 2013 г. у пациентки выявлены признаки опухолевого поражения правого легкого (во II и IV сегментах выявлены округлые новообразования размерами $0,9 \times 1,1 \times 1,2$ см и $2,1 \times 1,9 \times 2,1$ см соответственно, с нечеткими бугристыми контурами, тяжами к междолевой плевре). В ходе дальнейшего обследования выявлено новообразование в головке поджелудочной железы размерами $2,5 \times 2,5 \times 2,2$ см, с нечеткими контурами. При биопсии новообразования поджелудочной железы верифицирована низкодифференцированная аденокарцинома. Решение о выполнении симультанной операции на поджелудочной железе и легком было принято на основании клинико-рентгенологической картины первично-множественного рака, хотя полностью не исключалось и метастатическое поражение легкого. В январе 2014 г. выполнена операция – симультанная расширенная гастропанкреатодуоденальная резекция с удалением средней доли правого легкого и атипичной резекцией II сегмента. Диагноз после операции: «Первично-множественное злокачественное новообразование. 1. Рак левой молочной железы pT2N1M0. 2. Рак головки поджелудочной железы pT2N0M1 (pulm)». Гистологическое заключение: низкодифференцированная протоковая аденокарцинома головки поджелудочной железы с умеренной митотической активностью. Метастазы этой опухоли выявлены и в легочной паренхиме. Вторым этапом проведена химиотерапия по схеме «Folfigipox» (Лейковорин, 5-фторурацил, Иринотекан, Оксалиплатин), 4 курса. В феврале 2018 г. (через три года после комбинированного лечения) пациентке проведено комплексное обследование. Признаков рецидива опухоли в области оперативных вмешательств, в грудной и брюшной полостях, не выявлено.

Ответы на вопросы. Больная чувствует себя хорошо. Желтухи до операции не было, но был сахарный диабет II типа. IV сегмент – средняя доля. ПЭТ выполнялась, но ясности не дала. Иммуногистохимических исследований не проводили. Работала одна бригада хирургов. Метастазов в лимфоузлы не обнаружено.

Е. М. Трунин (председатель). Результат блестящий, опухоль поджелудочной железы выявлена рано, до появления желтухи. Иммуногистохимические исследования проводить нужно.

2. М. Д. Ханевич, М. А. Гипарович, Т. С. Кесаев, Н. А. Карасева, А. О. Данилов, Е. Ю. Юрьев, А. А. Козловская (СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»). **Хирургическое лечение гигантской тератомы средостения у молодой женщины.**

Цель демонстрации – показать редкое наблюдение хирургического лечения гигантской тератомы средостения, выявленной после родов у молодой женщины.

Больная Б., 27 лет, обратилась в СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер» с жалобами на дискомфорт в левой половине грудной клетки, кашель. Со слов

больной, данную симптоматику отмечает в течение последних двух месяцев. При рентгенологическом обследовании в поликлинике по месту жительства выявлена опухоль средостения. По данным компьютерной томографии груди 10.11.2017 г. установлена картина новообразования переднего средостения, предположительно тератома, размером 103×100×95 мм. При фибробронхоскопии 21.11.2017 г. выявлены признаки сдавления левого главного бронха извне. Исследование уровня хорионического гонадотропина человека и альфафетопротеина отклонений от нормальных показателей не выявило. Для верификации 06.12.2017 г. под рентгеновским контролем выполнена трансторакальная трепанационная биопсия опухоли. Данные гистологического исследования: фиброзная ткань. Больная обсуждена на консилиуме 15.12.2017 г. На основании клинических, рентгенологических и КТ-данных выставлен предварительный диагноз: тератома средостения. Следует отметить, что у больной 30.10.2017 г. состоялись роды после физиологически нормального течения беременности. Консилиумом было принято решение о хирургическом лечении. Операция 18.12.2017 г.: торакотомия в четвертом межреберье слева из бокового доступа. При ревизии в передневерхнем средостении обнаружена больших размеров опухоль, занимающая практически всю плевральную полость и смещающая левое легкое и сердце. Отделить опухоль от перикарда не представлялось возможным. Участок перикарда, вовлеченный в опухолевый процесс, резецирован вместе с опухолью. Пластика перикарда выполнена пропиленовой сеткой. Удаленный препарат представляет собой опухоль передневерхнего средостения, размером 200×140 мм, в капсуле. На разрезе опухоль неоднородна – кистозные участки сочетаются с хрящевыми включениями, участками распада и гнойным содержимым. Выявленные структуры в ткани опухоли похожи на зубы и волосы. Окончательное гистологическое заключение: зрелая тератома. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

Ответы на вопросы. Опухоль выявлена при флюорографии. Боль в левой половине грудной клетки и чувство сердцебиения больная связывала с беременностью. Эхокардиографию после операции не делали. Избранный доступ был обсужден. Зрелая тератома – доброкачественная. Изменения окружающих тканей носили воспалительный характер.

Е. М. Трунин (председатель). Наблюдение уникально. Но диагноз запоздал. Установка сетки на перикард могла дать худшую реакцию, что не так страшно для легкого.

ДОКЛАД

К. В. Павелец, А. И. Ушкац, Д. В. Гацко, С. А. Калюжный (кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова ГБОУ ВПО СПбГПМУ; СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Возможности фиброхоледохоскопии в лечении сложных форм холедохолитиаза.**

С внедрением малоинвазивных эндоскопических до- и интраоперационных методов диагностики значительно изменились подходы и показания к использованию фиброхоледохоскопии. ЭРХПГ и ЭПСТ с последующей литоэкстракцией, а также значительное превалирование лапароскопической холецистэктомии над традиционной открытой заставили пересмотреть взгляды на роль и место фиброхоледохоскопии в структуре методов интраоперационной диагностики и лечения болезней билиарного тракта.

Цель исследования – оценить эффективность интраоперационной фиброхоледохоскопии в диагностике и лечении «сложных» форм холедохолитиаза. **Результаты.** С 2011 по 2017 г. 88 пациентам проведено лечение «сложных» форм холедохолитиаза с использованием интраоперационной фиброхоледохоскопии (58 (65,9 %) женщин, 30 (34,1 %) мужчин).

Средний возраст пациентов – 68,5 года. Больных пожилого и старческого возраста было 56 (82 %). Медиана возраста исследуемой группы – 70. При обнаружении холецистохоледохолитиаза первым этапом выполнялась холецистэктомия с последующей ревизией желчных протоков у 56 (82 %) пациентов. Если желчный пузырь был удален ранее (12 (18 %) больных), сразу приступали к выделению холедоха в гепатодуоденальной связке с последующей продольной супрадуоденальной холедохотомией протяженностью 20 мм и более. После рассечения стенки холедоха производилось извлечение крупных конкрементов из просвета с помощью захватывающих инструментов (пинцет, зажим). Фиброхоледохоскоп беспрепятственно вводился в просвет общего желчного протока через сформированное отверстие с осмотром сначала проксимальных, вплоть до долевых протоков, а затем дистальных отделов билиарного тракта. Обязательным условием оценки проходимости дистальных отделов желчевыводящих путей являлось проведение эндоскопа через зону большого дуоденального сосочка (БДС) в просвет двенадцатиперстной кишки (ДПК), что было выполнено у 86 (97,7 %) больных. У 2 (2,9 %) пациентов провести холедохоскоп не удалось из-за протяженной стриктуры холедоха, что потребовало формирования билиодигестивного анастомоза. Обнаруженные оставшиеся конкременты извлекались при помощи корзинок Дормиа (15 (17 %) больных). У 86 (97,7 %) пациентов операция завершена наложением глухого шва холедоха (приоритетная справка № 2015106471, 2015 г.). Средний срок госпитализации пациентов составил 8,3 койко-дня. Летальный исход наступил у 1 (1,5 %) больного. Проведено контрольное обследование 49 пациентов. Метод контрольного обследования – МРХПГ. Стриктур зоны оперативного вмешательства, рецидивного холедохолитиаза не обнаружено. **Выводы.** Фиброхоледохоскопия при лечении сложных форм холедохолитиаза позволяет методично оценить состояние желчевыводящего тракта, выполнить литоэкстракцию из проксимальных и дистальных отделов. Доступ при эндоскопической ревизии через холедохотомическое отверстие не требует разрушения сфинктерного аппарата. Использование эндоскопической холедохоскопии в лечении «сложных» форм холедохолитиаза остается актуальным.

Ответы на вопросы. Холедохоскопия при лапароскопии возможна, но занимает больше времени. В докладе эти операции не рассмотрены. УЗИ, МРХПГ выполнялись до операции. Рецидивов холедохолитиаза не было. У двух, особо тяжелых, больных сформирован холедоходуоденоанастомоз. Самый крупный конкремент был у больного с синдромом Мириizzi, который четко визуализировался. Стриктур у него не было. Неудалимых камней не встречали. Под руководством К. В. Павельца холедохоскопией овладели все врачи-хирурги клиники с выдачей сертификатов. Доступ выбирался по показаниям.

Прения

А. Е. Демко. Нужна аппаратура, которая есть в данном центре. Мы владеем опытом 40 лапароскопических вмешательств. Достоверных различий результатов не получено. Различий результатов при формировании глухого шва или дренирования протока также не отмечено. При синдроме Мириizzi глухой шов могут позволить себе выполнить только специалисты.

Е. М. Трунин (председатель). Результаты хорошие, но в опытных руках. Резидуальные камни возможны после любого доступа. Остается дилеммой выбор глухого шва или дренажа, но осложнений дренирования удалось избежать.

Поступил в редакцию 25.12.2018 г.

2516-е заседание 24.10.2018 г., посвященное 80-летию заслуженного врача РФ, д-ра мед. наук, профессора Э. Г. Топузова.

Председатель Б. Н. Котив осветил биографию Э. Г. Топузова. С приветствиями выступили представители лечебных учреждений Санкт-Петербурга А. В. Гуляев, В. А. Кашенко, Н. Ю. Коханенко, М. Д. Ханевич, Г. М. Манихас.

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. Р. Э. Топузов, Р. В. Орлова, Э. Г. Топузов, Е. И. Дрогомирецкая, В. К. Балашов, А. Е. Зиньковская, М. А. Бобраков (кафедра госпитальной хирургии им. В. А. Оппеля ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова», СПбГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», кафедра онкологии СПбГУ). **Экстирпация прямой кишки или органосохраняющая операция?**

У больной М., 1949 г. р., в июне 2014 г. выявлена анемия. При фиброколоноскопии в нижнеампулярном отделе прямой кишки обнаружен инфильтрат, выступающий в просвет кишки на 2 см, с зоной некроза в центре. При биопсии данных о злокачественном образовании не получено. В августе 2014 г. пациентка госпитализирована в клинику госпитальной хирургии им. В. А. Оппеля. При повторной ФКС в прямой кишке, на высоте 2 см от ануса, обнаружено бугристое образование плотно-эластической консистенции, смещаемое со стенкой прямой кишки, 5 см в диаметре, с некрозом в центре. Гистологические исследования повторных биопсий: гиперплазия эпителия, с железами, подозрительными на атипию; в одном биоптате микрофокус опухоли солидного строения, в трех других – участки железистой полипа толстой кишки с выраженной инфильтрацией стромы. Трансректальная биопсия 23.09.2014 г.: опухоль мезенхимального происхождения, необходимо дифференцировать между нейролеммой и GIST. Иммуногистохимическое (ИГХ) исследование: гастроинтестинальная стромальная опухоль (GIST) прямой кишки T3N0M0. Больная переведена в СПбГКОД для проведения лекарственной терапии с последующим хирургическим лечением. 23.10.2014 г. назначена таргетная терапия – Иматиниб в дозе 400 мг/сут. Лечение в течение 4 месяцев, наступила стабилизация процесса. Доза Иматиниба увеличена до 600 мг/сут., затем до 800 мг/сут. МРТ органов малого таза 30.09.2015 г.: мягкотканное образование 39×27×35 мм. Операция 11.11.2015 г.: лапароскопическая атипичная продольная полнослойная резекция прямой кишки, протективная трансверзостомия. Гистологическое исследование 12.11.2015 г.: третья стадия лечебного патоморфоза GIST, удаление в пределах здоровых тканей. 16.12.2015 г. – устранение колостомы. Пациентка в настоящее время закончила адьювантное лечение Иматинибом в дозе 800 мг/сут., ведет активный образ жизни, вернулась к труду.

Ответы на вопросы. Эффективность проведенной терапии доказывается нынешним качеством жизни больной. Лимфаденэктомию не делали.

Б. Н. Котив (председатель). Красивое наблюдение необычного ведения больной с прекрасным результатом.

2. Р. Э. Топузов, В. К. Балашов, М. А. Бобраков, Э. Г. Топузов, А. И. Кяккин, А. Н. Круглов, Д. Г. Берест (кафедра госпитальной хирургии им. В. А. Оппеля СЗГМУ им. И. И. Мечникова). **Гетеротопия поджелудочной железы в стенку желудка.**

Больной О., 26 лет, поступил в госпитальную хирургическую клинику им. В. А. Оппеля 03.10.2017 г. с жалобами на слабость, однократное потемнение стула. При ФГДС выявлено подслизистое образование диаметром 1,5 см по большой кривизне нижней трети желудка, поверхность его без дефектов. Гистологическое исследование: неизменная слизистая оболочка желудка с хроническим воспалением. Анамнез жизни,

физикальный осмотр, лабораторные данные – без патологических изменений. При эндоскопии определялась четкая полойная дифференциация слоев стенки желудка. По задней стенке средней трети желудка, в структуре третьего слоя, определяется образование овальной формы, неоднородной гипоехогенной структуры, размерами 23×18 мм, исходящее из мышечного слоя стенки желудка. Региональные лимфатические лимфоузлы не увеличены. Заключение: подслизистое образование желудка (GIST? Лейомиома?). КТ органов брюшной полости: по задней стенке нижней трети тела желудка определяется патологическое образование с ровным, четким контуром, гетерогенной структуры, размером 16×20 мм. Других патологических изменений не выявлено. Операция 06.10.2017 г. Под эндотрахеальным наркозом через пупок установлен троакал 10 мм по Верешу. Инсуффляция. В брюшной полости асцит, отдаленных метастазов, карциноматоза не обнаружено. Интраоперационная ФГДС: опухоль задней стенки желудка с переходом на малую кривизну. Под контролем ФГС определены границы резекции, отступая от опухоли не менее 1 см. Выполнена атипичная резекция стенки желудка, после чего со стороны слизистой оболочки под видеоэндоскопическим контролем наложены 5 эндоклипсы для профилактики кровотечения. Гастротомическое отверстие зашито непрерывным швом в продольном направлении. Патологоанатомическое заключение: «Макро: образование размером 3×3,5×2 см, в тонкой капсуле, разрезано интраоперационно, на разрезе серо-коричневое, слегка волокнистое, неоднородное. Микро: в подслизистой основе и мышечной оболочке желудка – множество очагов гетеротопии поджелудочной железы». Послеоперационное течение гладкое. Больной выписан на 4-е сутки.

Ответы на вопросы. От эндоскопической диссекции было решено воздержаться, так как было мнение о лимфоме.

Б. Н. Котив (председатель). Отлично показан результат гибридного вмешательства (лапаро- и видеоэндоскопия).

ДОКЛАД

Э. Г. Топузов, Е. А. Ерохина, О. Н. Кислицина (кафедра госпитальной хирургии им. В. А. Оппеля ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»). **Оптимизация системы диагностики и коррекции послеоперационных внутрибрюшных осложнений в хирургии толстой кишки.**

Изучены результаты лечения 1575 больных, оперированных по поводу рака толстой кишки в клиниках и клинических базах СЗГМУ им. И. И. Мечникова с 1999 по 2015 г. Из них послеоперационные внутрибрюшные осложнения (ПВБО) диагностированы у 162 (10,2 %). Наиболее частым и грозным ПВБО явилась несостоятельность швов анастомоза (38,9 %). Первые клинические признаки этого ВБО чаще проявлялись на 3–5-е сутки послеоперационного периода. Больше 65,2 % благоприятных исходов наблюдалось, если повторная операция выполнялась в 1-е сутки с момента верификации осложнения. На 3-и сутки и позже результаты ухудшались, выживаемость составила только 15,5 %. Операции, включающие в себя укрепление анастомоза дополнительными швами, либо выведение его в виде пристеночной колостомы, а также разобщение или резекция межкишечного соустья и выведение концов кишки в виде колостомы оказались малоэффективными. При первых признаках несостоятельности толстокишечного анастомоза избежать развития распространенного перитонита, снизить летальность позволило полное отключение кишки (без разобщения анастомоза). Лучшие результаты получены при операциях с формированием *anus praeternaturalis* в объеме мини-лапаротомии или лапароскопии в 1-е сутки ПВБО. Летальных исходов в этой группе (n=36) не было.

Б. Н. Котив (председатель) отметил высокую ценность доклада и большой вклад юбиляра в хирургию и онкологию России.

Поступил в редакцию 15.12.2018 г.

2517-е заседание 14.11.2018 г.

Председатель – А. Л. Акопов

ДЕМОНСТРАЦИИ

А. Л. Акопов, Е. С. Тарабрин, С. Д. Горбунов, А. А. Ильин, И. В. Комаров, Н. В. Казаков, Ю. С. Полушин, С. М. Черный, А. А. Хряпа, М. Г. Ковалев, Е. Г. Вартанова, С. Ю. Дворецкий, А. В. Зинченко, М. М. Илькович, А. К. Фридлянд, А. Н. Резник, А. Н. Ананьев, А. Е. Скворцов, И. В. Логинов, С. Ф. Багненко (ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И. П. Павлова»; ГБУ МЗ Москвы «НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского»).
Билатеральная трансплантация легких у больной гистиоцитозом Х.

Пациентка П., 1972 г. р., наблюдается пульмонологами с 2016 г., когда появились жалобы на одышку. В 2017 г. установлен диагноз: «Гистиоцитоз Х с поражением легких, прогрессирующее течение, дыхательная недостаточность (ДН) 3 степени». В течение осени 2017 г., несмотря на проводимое лечение, наблюдалось быстрое прогрессирование заболевания. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) – 51 %, диффузионная способность – 21 % от должного, тест с ходьбой за 6 мин – 80 м, систолическое давление в легочной артерии – 55 мм рт. ст. С декабря одышка приобрела инвалидизирующий характер, начата постоянная кислородотерапия на дому. В связи с отсутствием перспектив консервативного лечения больная включена в лист ожидания трансплантации легких. 25 февраля 2018 г. произведена билатеральная трансплантация легких от донора 38 лет с установленным диагнозом смерти головного мозга в результате геморрагического инсульта. Длительность искусственной вентиляции легких донора составила 40 ч. Продолжительность эксплантации – около 3 ч. Длительность операции у реципиента – 9 ч. Экстракорпоральная оксигенация и искусственное кровообращение не использовали. Экстубирована на 1-е сутки, вертикализирована на 3-и сутки, велоэргометрия начата с 8-х суток послеоперационного периода. Осложнений в ближайшем послеоперационном периоде не отмечалось. На момент выписки из стационара (через 30 суток после трансплантации) и при контрольном обследовании в июне 2018 г. газовый состав крови реципиента не отличается от нормы, самочувствие удовлетворительное, жалоб на одышку нет. Рассмотрены вопросы подготовки университетского стационара к внедрению трансплантации легких в клиническую практику, сделан акцент на наиболее сложных организационных вопросах.

Ответы на вопросы. В прошлом о подобных операциях сообщали А. Г. Чучалин, Ж. Ф. Масард, П. К. Яблонский. Больные жили не более месяца. Кроме легких, у донора произведен забор печени и двух почек (4 реципиента). Вся операция длилась 8 ч. Вспомогательное кровообращение не использовалось. Больная чувствует себя хорошо, ухаживает за детьми, собирается заняться физкультурой. По улице ходит без маски (в аудитории – в маске). Кашель редок, мокрота прозрачная. Прибавила в массе. Иммуносовместимость донора и реципиента определялась по группе крови. Подготовка персонала проводилась стажировкой в Германии, Франции, Москве. Антибиотики и противовирусные препараты больная принимает постоянно, с учетом микрофлоры кишечника. В мире произведено около 4 тысяч трансплантаций легкого (до 30 в отдельных центрах), в Москве – около 70, в Краснодаре – 5. Легкое практически денервировано. Планировалась работа двух АИК, но они не потребовались.

Прения

Б. Н. Котив. Получен инновационный результат для Санкт-Петербурга, хотя это не первая трансплантация легкого. Работа начата еще в ВМА им. С. М. Кирова с трансплантации сердца. Требуется высокая организация. Должна быть поставлена служба определения смерти головного мозга. Главным специалистом по трансплантации органов является Г. В. Николаев. Знамя поднято Ю. Н. Левашевым, сейчас оно развевается вновь. Самым сложным является первый пациент. Вся терапия должна быть минимизирована в течение года. Отдаленный результат зависит от степени развития гипериммуносупрессии.

А. Л. Акопов (председатель). Работа должна быть координированной. Прошло 9 месяцев, но второй операции пока не было. Труден подбор доноров.

2. *А. В. Елькин, Т. В. Трунина, Я. И. Васильев, Ю. В. Кириллов, Н. Г. Марова* (кафедры фтизиопульмонологии и торакальной хирургии, анестезиологии и реаниматологии им. В. Л. Ваневского ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова», Больница им. Петра Великого).
Этапное лечение стеноза грудного отдела трахеи у пациентки с высоким хирургическим риском.

При продленной ИВЛ, трахеостомии, несоблюдении правил ухода за интубационными и трахеостомическими трубками частота рубцового стеноза трахеи (РСТ) достигает 25 %. Пациентка Е., 41 года, доставлена с явлениями дыхательной недостаточности (ДН) 3-й степени на фоне декомпенсированного рубцового посттрахеостомического протяженного рубцового стеноза грудного отдела трахеи 20.09.2017 г. Ранее пациентка лечилась в больницах города по поводу гипергликемической комы, левосторонней пневмонии, осложненной эмпиемой плевры и сепсисом, проводилась продленная ИВЛ, трахеостомия, бужирование просвета трахеи интубационными трубками возрастающего диаметра. 20.09.2017 г. произведена комбинированная бронхоскопия, бужирование трахеи с электрорассечением зоны стеноза (максимальное сужение – 3–4 мм, протяженность стеноза – 4 см). После курса санаций трахеобронхиального дерева, коррекции сопутствующих заболеваний и дообследования выполнено стентирование трахеи силиконовым самофиксирующимся стентом типа Dumon (№ 13) с перекрытием зоны стеноза 11.10.2017 г. В послеоперационном периоде отмечено удовлетворительное стояние стента. Пациентка выписана на амбулаторное лечение. 02.11.2017 г., в связи с признаками нарастающей ДН, больная госпитализирована повторно. При ФБС выявлены гнойный эндобронхит и трахеит, развитие грануляций у нижнего края стента с сужением просвета до 7–8 мм. 03.11.2017 г. стент удален, произведена аргоноплазменная коагуляция (АПК) грануляций с рассечением стеноза нижнегрудного отдела трахеи. В соответствии с результатами посева проводилась антибактериальная, ингаляционная терапия, коррекция гликемии (продолжительный инсулин – 40–44 ЕД, короткий инсулин – от 12 до 24 ЕД) и АД. Учитывая гнойно-фибринозное воспаление в трахеобронхиальном дереве (ТБД), обтурацию стента грануляциями, решено воздержаться от повторного рестентирования и готовить пациентку к циркулярной резекции трахеи. Несмотря на проводимое лечение, признаки гнойно-фибринозного воспаления трахеи имели медленный регресс, сохранялись пики гипергликемии. 21.12.2017 г. больная вновь госпитализирована в связи с нарастанием ДН и признаками субкомпенсированного стеноза грудного отдела трахеи (просвет – 8–9 мм, протяженность – 4 см, фибринозное воспаление). 22.12.2017 г. выполнена комбинированная бронхоскопия, электрорассечение зоны стеноза. 25.01.2018 г., после предоперационной подготовки, выполнена циркулярная резекция грудного отдела трахеи с формированием межтрахеального анастомоза. Через 3 месяца

после операции в зоне анастомоза обнаружены отек и грануляционная ткань протяженностью 1,5 см, просвет – 10 мм. 08.05.2018 г. при ФБС выявлены признаки послеоперационного компенсированного стеноза грудного отдела трахеи без нарушения дыхания.

Ответы на вопросы. Кашель еще есть, с примесью крови, температура тела нормальная, сахар крови 4,5–5 (получает инсулин). После установки последнего стента прошла неделя. Вероятная длительность нахождения стента – 12 месяцев, скорее всего, 6 месяцев. Успех вмешательства определяет лечение сопутствующих заболеваний, сахарного диабета (СД). Стеноз развился после трахеостомии. Профилактика развития грануляций – медикаментозная и гидродинамическая терапия. Длина отдела трахеи с суженным участком – около 85 мм. Длина стента – 6 см, зоны рубцового стеноза – 2 см. В подобных наблюдениях авторы рекомендуют оперативное лечение.

Прения

А. В. Елькин. Операция «штучная». Активное воспаление, стриктурирование, СД, метаболический синдром склоняли бы к стентированию и АПК. В чем-то помогло укутывание зоны анастомоза жировым лоскутом. Повторная операция пока не рассматривается.

А. Л. Акопов (председатель). Наблюдение незавершенное. С самого начала можно было установить стент без трахеостомы. Причина рестенозов – протяженная резекция трахеи.

ДОКЛАД

К. В. Павелец, Ю. Д. Костина, Д. С. Русанов, П. С. Федорова, Г. Н. Флоровский, С. А. Калюжный (кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И. П. Павлова», СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Оценка эффективности интраоперационной фотодинамической терапии у больных раком головки поджелудочной железы.**

Продолжительность жизни после радикальных операций по поводу рака головки поджелудочной железы остается крайне низкой. От адъювантной химио- и лучевой терапии порой приходится воздерживаться ввиду тяжести состояния больного, обусловленной интоксикацией, кахексией, декомпенсацией сопутствующих заболеваний. Это заставляет искать новые пути в лечении.

Цель работы: сравнить отдаленные результаты хирургического лечения больных раком головки поджелудочной железы с применением интраоперационной фотодинамической терапии (ФДТ) и без использования данной методики.

В 6-м хирургическом отделении Мариинской больницы за период 2011–2016 гг. пролечены 144 больных раком головки

поджелудочной железы. Из них 96, в возрасте от 33 до 84 лет (средний возраст – $(62,1 \pm 2,2)$ года), подверглись хирургическому лечению (пилоруссохраняющая ПДР с расширенной лимфодиссекцией) и интраоперационной ФДТ. Согласно классификации TNM больные распределились следующим образом: T2N0 – 7 (8,3 %), T2N1 – 5 (5,2 %), T3N0 – 42 (43,8 %), T3N1 – 41 (42,7 %). Предлежание опухоли к воротной и верхней брыжеечной венам и печеночной артерии выявлено у 19 человек. В связи с этим пациентам выполнены комбинированные оперативные вмешательства: 17 (17,7 %) больных перенесли краевую резекцию воротной вены, 2 (2,1 %) пациента – резекцию печеночной артерии. Контрольную группу составили 48 пациентов, которым выполнена радикальная операция без применения ФДТ. Для проведения ФДТ внутривенно вводился фотосенсибилизатор Радахлорин в дозе 1,5 мг/кг с последующей экспозицией 180–240 мин. Далее интраоперационно после удаления препарата и лимфодиссекции выполнялось лазерное облучение зоны лимфатических коллекторов аппаратом Фара (длина волны – (661 ± 2) нм) в течение 20 мин.

При сравнении отдаленных результатов данной группы больных с контрольной отмечен рост показателей выживаемости: 6 месяцев – 92 % (по сравнению с 85 % в контрольной группе); 12 месяцев – 60 % (32 % в контрольной), 24 месяца – 31 % (15 % в контрольной группе). Таким образом, ФДТ позволила значительно увеличить показатели выживаемости у больных раком данной локализации.

ФДТ является безопасным, эффективным компонентом в хирургическом лечении рака головки поджелудочной железы. Использование интраоперационной ФДТ увеличивает продолжительность жизни больных раком головки поджелудочной железы.

Ответы на вопросы. Финансирование – по ОМС, препараты больной покупает сам. Период накопления Радахлорина – 2 ч. ФДТ проводилась до и после удаления препарата. Различия отдаленных результатов достоверно. Адъювантную химиотерапию больные не получали. Глубина воздействия – до 1 см.

Прения

К. В. Павелец. Сейчас повторно облучение не проводим. Воздействие ФДТ исследовалось на пораженных и непораженных лимфоузлах. Резекции – все R0.

Д. В. Гладышев. Отдаленная выживаемость еще недостаточна. Адъювантную химиотерапию считаем обязательной. ФДТ перспективна и обещает улучшить результаты.

А. Л. Акопов (председатель). Результаты хорошие. Хотя и требуется ждать 20 мин после удаления препарата, увидеть элементы оставшейся опухоли полезно. Мы всем больным проводим адъювантную химиотерапию. Здесь новизна несомненна.

Поступил в редакцию 15.11.2018 г.