

## ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

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

**2518-е заседание 28.11.2018 г., посвященное 100-летию Российского научного центра радиологии и хирургических технологий им. акад. А. М. Гранова.**

*Председатель* – Б. Н. Котив

Б. Н. Котив ознакомил собравшихся с историей и достижениями центра, одним из которых является выполнение более 200 трансплантаций печени.

Демонстрации и доклад представлены сотрудниками ФГБУ «РНЦРХТ им. акад. А. М. Гранова» МЗ РФ.

### ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *А. В. Павловский, С. А. Попов, А. А. Стаценко, В. Е. Моисеенко, И. Г. Карданова. Успешное хирургическое лечение острого массивного кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта, вызванного нерезектабельной аденокарциномой головки поджелудочной железы.*

**Цель** – показать возможности лечения больных неоперабельной аденокарциномой головки поджелудочной железы, осложненной механической желтухой, хроническим рецидивирующим холангитом, острым массивным внутрикишечным кровотечением.

Пациентка С., 63 лет, считает себя больной с октября 2016 г., когда отметила дискомфорт в эпигастрии с последующим появлением механической желтухи. При КТ брюшной полости обнаружено образование головки поджелудочной железы размерами 41×39 мм с инвазией общей и собственной печеночной артерий, сдавливающее двенадцатиперстную кишку. 15.12.2016 г. выполнено наружно-внутреннее холангиодренирование. В послеоперационном периоде развились холангит и абсцесс печени, дренированный 30.12.2016 г. Результат биопсии опухоли – аденокарцинома протока средней степени дифференцировки. Показатели онкомаркёров плазмы крови от 10.01.17 г.: СА19-9 – 4567 ЕД/мл, РЭА – 18 нг/мл. В январе 2017 г. выполнена внутриартериальная химиоэмболизация опухоли головки поджелудочной железы с регионарной и системной полихимиотерапией с последующим проведением конформной лучевой терапии (СОД=42 Гр) в период с 22.02.17 по 14.03.17 г. В мае 2017 г. проведено стентирование желчных протоков. Зафиксирован частичный ответ на проведенное противоопухолевое лечение. 16.05.2017 г. наблюдалось острое массивное кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта из распадающейся опухоли, прорастающей стенку верхней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки. Пациентка находилась в ОРИТ в дежурном хирургическом стационаре в крайне тяжелом состоянии. На фоне проведения интенсивной терапии состояние пациентки стабилизировалось, кровотечение остановилось, больная выписана на амбулаторное лечение. Больная вновь госпитализирована в ФГУ «РНЦРХТ им. акад. А. М. Гранова», где после предоперационной подготовки 24.05.17 г. выполнена лапаротомия, дистальная резекция желудка «на выключение». Технических сложностей не было.

В послеоперационном периоде отмечалось нагноение послеоперационной раны, нарушение репарации тканей. Пациентка выписана на 20-й день в удовлетворительном состоянии. В дальнейшем эпизодов кровотечения отмечено не было. В период с 28.06.2017 г. по 05.09.2018 г. выполнено 8 процедур внутриартериальной химиоэмболизации опухоли головки поджелудочной железы. Достигнута стабилизация онкологического заболевания. В связи с явлениями механической желтухи, рецидивирующим холангитом, 10.05.2018 г. повторно выполнено наружно-внутреннее холангиодренирование с положительным эффектом. Смена стента планируется через 6 месяцев. Уровень онкомаркёров снизился почти в 10 раз. Химиоэмболизация осложнилась абсцессами печени.

*Ответы на вопросы.* В настоящее время больная не отмечает ознобов, похудения, продолжает получать химиотерапию. Резекцию желудка в данных условиях считаем более эффективной, чем обходной анастомоз. Схемы химиотерапии стандартные.

### Прения

Н. Ю. Коханенко. Это одна из известных нам 30 подобных больных. Успех основывается на биологии опухоли, ее чувствительности к химиотерапии. Резекцию желудка можно было заменить анастомозом.

Б. Н. Котив (председатель). Опухоль иноперабельна в связи с прорастанием сосудов. Успех лечения достигнут в связи с возможностями клиники преодолеть не только технические, но и экономические трудности.

2. *Д. А. Гранов, В. В. Боровик, И. И. Тилеубергенов, И. О. Руткин, А. А. Поликарпов, Е. В. Розенгауз, А. Р. Шералиев. Успешное хирургическое лечение пациентки с гигантской многоузловой гепатоцеллюлярной аденомой.*

**Цель** – показать возможности комбинированной диагностики и хирургического лечения пациентки с гигантской аденомой печени в условиях специализированного стационара.

Пациентка А., 24 лет, осенью 2017 г. обратилась в поликлинику по месту жительства по поводу болевого синдрома в верхних отделах живота с распространением в правое подреберье. При обследовании по данным УЗИ и МСКТ (07.12.2017 г.): печень увеличена, в S II/III образование 110×70×97 мм, в S V/VIII – 57×92×102 мм, в S VI/VII – 110×80×120 мм. Предположительно, в S V/VI/VII – гемангиома, в S II/III – гепатоцеллюлярная аденома, S VIII – киста. 10.01.2018 г. выполнена биопсия печени. Заключение: очаговый фиброз, возможно, фиброзная ангиома. По результатам обследования пациентка была направлена в ФГБУ «РНЦРХТ им. акад. А. М. Гранова». При поступлении: общее состояние относительно удовлетворительное. При пальпации: печень несколько увеличена, выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Данные клинического и биохимического анализов крови и коагулограммы – без существенных изменений. 25.01.2018 г. выполнены верхняя

мезентерикография, целиакография, селективная ангиография. Заключение: «Практически весь орган занимает конгломерат из множественных образований с патологической артериальной сетью (эмбриональная саркома, фиброзно-пластинчатая форма гепатоцеллюлярной карциномы, аденома с некрозом?)». 26.01.2018 г. – диагностическая лапароскопия, ревизия органов брюшной полости, мультифокальная тонкоигольная трепано-биопсия новообразования печени. Результат лапароскопии: S III и S VIII печени не вовлечены в опухолевый процесс. Предварительное заключение морфологического исследования: «Фокальная нодулярная гиперплазия печени? Аденома печени? Очевидных данных за малигнизацию не получено». По данным МСКТ: субтотальное поражение печени опухолевой тканью. Тест с индоцианом зеленым: ICG-PDR = 12%/min. Несмотря на значительный объем поражения печени опухолевым процессом (по данным МСКТ и диагностической ангиографии), с учетом результатов диагностической лапароскопии, молодого возраста пациентки и доброкачественного характера опухоли, было принято решение о проведении оперативного вмешательства. 01.02.2018 г. выполнена операция в объеме расширенной правосторонней гемигепатэктомии (I, V–VIII сегменты). Послеоперационный период протекал без осложнений. Морфологическое исследование операционного материала – многоузловая аденома печени. При контрольной МСКТ, через 6 месяцев, данных за рецидив не получено. Почти сразу после еды появляются позывы на стул.

*Ответы на вопросы.* Гормональных препаратов не принимала, беременностей не было. От появления жалоб до операции прошло 6 месяцев. До операции желательно делать МРТ, морфологическое и иммуногистохимическое исследование. Кровоизлияний в опухоли не было. Опыт предоперационной эмболизации доброкачественных опухолей невелик: 3 наблюдения за 20 лет. Больная выписана на 19-е сутки после операции, продолжает обучение в институте.

Б. Н. Котив (председатель). Безопасный объем резекции печени – 40 %. Здесь были вовлечены ворота печени. Тем не менее опыт хирургов позволил выполнить операцию и добиться успеха.

## ДОКЛАД

*Д. А. Гранов, Д. Н. Майстренко, В. В. Боровик, А. А. Поликарпов. Онкологические аспекты трансплантации печени: опыт РНЦРХТ.*

**Цель работы** – показать отдаленные результаты лечения больных со злокачественными новообразованиями (ЗНО), перенесших ортотопическую трансплантацию печени (ОТП). **Материал и методы.** С 1998 г. в ФГБУ «РНЦРХТ» выполнены 207 ОТП у 194 пациентов, из них по поводу ЗНО печени – у 17 (8 %). Внутрипеченочная холангиокарцинома отмечена у 2 больных, глиосная – у 1, гемангиоэндотелиома – у 1, фиброламеллярная форма рака – у 1, гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) на фоне цирроза – в 12 наблюдениях соответственно. При постановке больных в лист ожидания 8 больных из 13 реципиентов с диагностированной до операции ГЦК не соответствовали Миланским критериям. В этих случаях выполняли неoadьювантную химиоэмболизацию печени (ХЭПА). Число процедур составило от 1 до 5. 4 больным лечение дополнили радиочастотной абляцией (РЧА) опухоли, а в 1 наблюдении – лапароскопической резекцией печени. Больному с гемангиоэндотелиомой проведены 3 курса таргетной терапии препаратом Вотриент. ОТП выполнена на фоне стабилизации заболевания. Пациент с глиосной холангиокарциномой получил до пересадки 2 курса регионарной химиотерапии и 3 сеанса фотодинамического внутрипротокового воздействия на опухоль. Сроки нахождения в листе ожидания составили от 2 до 26 месяцев. У 9 больных гепатоцеллюлярная карцинома выявлена после

планового исследования удаленной печени. Внепеченочные ЗНО после трансплантации отмечены в 10 наблюдениях. **Результаты.** В настоящее время живы 17 пациентов в сроки от 2 до 125 месяцев. Из 17 больных с диагностированными до пересадки ЗНО печени живы 10 реципиентов; 3 пациентов умерли от рецидива ГЦК, возникшего от 2 до 19 месяцев, остальные – от сепсиса (n=3) и острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК, n=1). Из 9 реципиентов со случайно выявленными ГЦК живы 7 в сроки от 4 до 115 месяцев; причиной смерти 2 больных стали сепсис и рецидив через 2 недели и 8 месяцев после ОТП соответственно. Внепеченочные ЗНО развились у 10 из 194 реципиентов в сроки от 4 до 177 месяцев после пересадки печени. Бета-клеточная лимфома отмечена в 3 наблюдениях через 4, 37 и 60 месяцев после ОТП. Отказ 1 пациента от лечения привел к смерти через 3 месяца после постановки диагноза; у 2 больных на фоне проведенной химиотерапии отмечена стойкая ремиссия. Через 55, 79 и 177 месяцев после ОТП прооперированы реципиенты с развившимся раком тела матки, меланомой кожи и почки. Признаков рецидива заболевания в течение 5 лет не отмечено. Рак желудка, шейки матки привел к смерти 2 реципиентов через 3 и 17 месяцев соответственно. Нейроэндокринный рак двенадцатиперстной кишки, отказ от лечения стали причиной смерти 1 пациентки через 2 месяца от момента постановки диагноза (7 месяцев после ОТП). У больного раком корня языка, развившимся через 5 месяцев после пересадки и на фоне стойкой ремиссии после химиолучевого лечения, причиной смерти послужило ОНМК.

## 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. Адювантную химиотерапию считаем обязательной. ФДТ перспективна и обещает улучшить результаты.

Б. Н. Котив (председатель). Результаты хорошие. Хотя и требуется ждать 20 мин после удаления препарата, увидеть элементы оставшейся опухоли полезно. Мы всем больным проводим адьювантную химиотерапию. Здесь новизна несомненна.

*Поступил в редакцию 26.11.2018 г.*

## 2519-е заседание 12.12.2018 г.

*Председатель* – А. Л. Акопов

## ДЕМОНСТРАЦИИ

1. П. К. Яблонский, А. О. Аветисян, И. С. Серезвин, И. В. Васильев, Е. А. Давыденкова, Г. Г. Кудряшов, В. Ф. Ли, Т. А. Новицкая, О. П. Соколова, И. А. Табанакова, А. В. Чаусов (ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии», ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»). **Успешное хирургическое лечение фиброзно-кавернозного туберкулеза левого легкого, осложненного пиопневмотораксом.**

**Цель** – показать возможность успешного этапного хирургического лечения большого фиброзно-кавернозного туберкулеза легких, осложненным пиопневмотораксом, с лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза (МБТ).

Пациент К., 30 лет. Основной диагноз: «Фиброзно-кавернозный туберкулез левого легкого (разрушенное левое легкое). МБТ (+). Широкая лекарственная устойчивость (ШЛУ)». Осложнение: пиопневмоторакс слева. Фиксированный коллапс левого легкого. Хроническая туберкулезная левосторонняя эмпиема плевры, МБТ (+).

Больной имел контакт с отцом, умершим от туберкулеза в 2003 г. Туберкулез легких был выявлен в местах лишения свободы в 2006 г. Получал лечение по I режиму в течение 1 года. В дальнейшем самостоятельно прервал лечение, у фтизиатра не наблюдался. В октябре 2016 г. наступил рецидив туберкулеза с субтотальным поражением левого легкого. При бактериологическом исследовании мокроты выявлены МБТ с ШЛУ. Было начато лечение по индивидуальному режиму. В апреле 2017 г. у больного возник левосторонний пиопневмоторакс. Произведено дренирование левой плевральной полости. По дренажу наблюдался сброс воздуха, выделялся гной. В дальнейшем развился фиксированный коллапс левого легкого. 19.09.2017 г. больной госпитализирован на 3-е хирургическое отделение СПб НИИФ в состоянии средней степени тяжести. Имелся выраженный интоксикационный синдром, кахексия. По дренажу продолжались сброс воздуха и массивное поступление гнойного отделяемого. 11.10.2017 г. выполнен первый этап хирургического лечения – трансстеральная окклюзия левого главного бронха. После завершения первой операции выполнена видеоторакоскопическая ревизия, дебридинг, санация и дренирование левой плевральной полости. В послеоперационном периоде проводилась закрытая санация левой плевральной полости с положительным эффектом. Стернотомная рана зажила первичным натяжением. 13.02.2018 г. выполнен второй этап хирургического лечения – левосторонняя плевронеомэктомия в условиях эмпиемы плевры. В послеоперационном периоде проводилась закрытая санация левой плевральной полости. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением. На 28-е сутки п/о-периода дренаж был удален. Пациент был выписан в удовлетворительном состоянии на 53-е сутки после второй операции. Всего больной пробыл в стационаре 199 койко-дней. Через 6 месяцев после выписки больной продолжает получать противотуберкулезную терапию амбулаторно. На контрольных рентгенограммах стабильная картина. Пациент стойко абациллирован.

*Ответы на вопросы.* В настоящее время одышки почти нет. Аппетит хороший. Специальность – станочник по металлу. В больницах провел 19 месяцев. Лечение бесплатное. Эмпиемный мешок удаляем полностью. Для манипуляций выбирали непораженную область грудной клетки над средостением. Кровоток в левом легком составлял 3 %. Левую легочную артерию не перевязывали.

#### Прения

В. Г. Пищик. Этих больных могут лечить не все хирурги. Больной провел в стационаре 199 дней. Левая легочная артерия короткая, для мобилизации препарата ее можно было перевязать. Существуют трансстеральные методики эндоскопического шва культи бронха.

А. Л. Акопов (председатель). Представлена операция высокого класса сложности, разработанная в СССР. Легочную артерию можно было перевязать. Успех лечения достигнут в связи с возможностями клиники преодолеть не только технические, но и экономические трудности.

2. К. В. Павелец, М. К. Павелец, С. А. Калужный, С. В. Кунгуров, Е. В. Левченко (ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»; 6 ХО СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница»; НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова). **Хирургическое лечение метастаза нейроэндокринного рака верхнедолевого бронха правого легкого в головку поджелудочной железы.**

**Цель** – обсудить тактику лечения пациентки с нейроэндокринной опухолью верхнедолевого бронха правого легкого с метастатическим поражением головки поджелудочной железы.

Больная Г., 42 лет, 11.12.2017 г. поступила в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы в плановом порядке для проведения хирургического лечения. В 2016 г. пациентка перенесла комбинированную бронхоангиопластическую верхнюю билобэктомию справа по поводу рака верхнедолевого бронха правого легкого T2N1M0. При гистологическом исследовании верифицирована нейроэндокринная опухоль верхней доли правого легкого (5 митозов с очагами некроза в 10 полях зрения большого увеличения, метастаз в одном парабронхиальном лимфатическом узле). Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациентка прошла 4 курса ПХТ, ДЛТ СОД 40 Гр. При контрольном обследовании через 12 месяцев выявлено образование в головке поджелудочной железы (при гистологическом исследовании – очаги нейроэндокринной опухоли, сходной с атипичным карциномом легкого). 15.12.2017 г. при ревизии в проекции головки поджелудочной железы выявлено образование 30×30 мм. Отдаленные метастазы отсутствовали, в связи с чем выполнена пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция, лимфодиссекция в объеме D2, внутривенная фотодинамическая терапия с облучением зоны удаленной опухоли и лимфодиссекции. Гистологически верифицирована нейроэндокринная опухоль головки поджелудочной железы с неопределенным потенциалом злокачественности. Послеоперационный период протекал без особенностей. Выписана на 14-е сутки послеоперационного периода в стабильном состоянии. При контрольном обследовании через 6 месяцев больная жалоб не предъявляет, явлений диспепсии нет. При инструментальном обследовании признаков местного рецидива и прогрессирования неопластического процесса не выявлено.

*Ответы на вопросы.* До операции метастазов в поджелудочную железу не было. Между операциями прошло 15 месяцев. Одышки почти нет. Уход за больной осуществляли два сына и муж. Препараты пересматривались в различных учреждениях. По ИГХ – в поджелудочной железе метастаз опухоли легкого. Ki67 – 5 %. Поступила после химиолучевой терапии. Таргетной терапии к этой опухоли нет. Метастаз или первичномножественная метакронная опухоль – не ясно. Карциноидный синдром не наблюдался.

#### Прения

В. Г. Пищик. Операция сложная, требовалась бронхопластическая резекция. Исследованы не все узлы. Стадирование неточно. Смуцает низкий Ki67. Больная получала лечение, но опухоль росла. Может быть, это была первичномножественная опухоль. При нейроэндокринных опухолях иногда помогают Сандостатин или Октреотид.

С. М. Ергян. Сандостатин не является таргетным препаратом, нейроэндокринного синдрома не было.

П. Н. Ромашенко. При нейроэндокринных опухолях иммуногистотипирование обязательно. При них злокачественный потенциал низкий. В химиотерапии больная не нуждалась. Связь этих опухолей могла установить сцинтиграфия. В связи с отсутствием нейроэндокринного синдрома больной показано лишь наблюдение.

И. А. Шендерова. Неoadьювантная терапия сейчас не может быть оценена. Низкий Ki67 указывает на благоприятный прогноз. Но опухоль поджелудочной железы возникла после успешной операции. Диагноз основывался на результатах морфологического исследования, поэтому была назначена химиотерапия.

А. Л. Акопов (председатель). Считаю, что продемонстрирован успешный результат преимущественно хирургического лечения, по моему мнению, разных опухолей.

**ДОКЛАД**

*С. Г. Баландов, Д. И. Василевский, А. М. Игнашов, К. А. Анисимова* (ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»). **Хирургическое лечение больных с синдромом компрессии чревного ствола в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.**

Сочетание синдрома компрессии чревного ствола и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни описано в литературе, однако частота сочетания, его семиотика и тактика лечения изучены недостаточно.

С 2011 по 2015 г. в ПСПбГМУ обследовались и лечились 169 больных с синдромом компрессии чревного ствола. Из них клинические признаки желудочно-пищеводного заброса выявлены у 84 (49,7 %) больных. Семиотика сочетания синдрома компрессии чревного ствола и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни оказалась полиморфной и атипичной. Наиболее частыми и значимыми клиническими признаками комбинации данных заболеваний явились одновременно боль в верхних отделах живота (у 100 % пациентов) и изжога (у 97,6 % больных), на основании чего предложен алгоритм диагностики сочетания синдрома компрессии чревного ствола и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, позволивший установить правильный диагноз всем больным. В качестве скрининговых методов диагностики данной комбинации заболеваний использовали ультразвуковое дуплексное сканирование чревного ствола и эзофагогастроскопию. Важнейшими уточняющими методами являлись МСКТ висцеральных сосудов с контрастированием и импеданс-рН-метрия пищевода. В ходе обследования установлено, что у пациентов с неэффективной терапией проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни степень стеноза чревного ствола составила в среднем 70,1 %, что достоверно выше средних показателей стеноза (55,4 %) у пациентов с эффективной терапией проявлений желудочно-пищеводного заброса. На основании полученных данных предложен алгоритм хирургического лечения больных с сочетанием данных заболеваний, учитывающий степень редукции кровотока в чревном стволе и резистентность проявлений желудочно-пищеводного заброса к консервативной терапии. Больным с сочетанием синдрома компрессии чревного ствола, степенью стеноза больше 60 % и резистентной к медикаментозной терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни предлагались одновременно декомпрессия чревного ствола и антирефлюксное вмешательство. Декомпрессия чревного ствола произведена на всем 169 пациентам. Операция дополнена фундопликацией «short flap» по R. Nissen у 55 из 84 больных с проявлениями желудочно-пищеводного заброса. Полный регресс клинической симптоматики проявлений комбинации болезней и восстановление гемодинамических показателей чревного ствола в отдаленном периоде при такой стратегии лечения отмечены у 85,9 % больных.

*Ответы на вопросы.* Методика операции не нарушает моторику пищевода. Лапароскопические операции выполнялись, но они нередко сопровождались кровотечением (до 20 %). Сейчас проблема изучается. Ангиография выполнялась при необходимости операций на сосудах. Гемодинамически значимые нарушения кровотока наблюдались у 60 % больных. Больные с выраженным атеросклерозом сосудов и онкобольные из исследования исключались.

**Прения**

К. В. Павелец. Связь между этими заболеваниями есть. Если помогает медикаментозная терапия, то делается только денудация чревного ствола, если нет – обе операции. При гипомоторике операции Дора и Ниссена будут неэффективными.

Д. И. Василевский. Выполнялась не чистая операция Ниссена, а флоппи (short). Лапароскопические вмешательства разрабатываем.

А. Л. Аюпов (председатель). Декомпрессия чревного ствола – сосудистая операция. Даже изолированная фундопликация может помочь уменьшить болевой синдром.

*Поступил в редакцию 25.12.2018 г.*

**2520-е заседание 26.12.2018 г.**

*Председатель – А. Е. Демко*

**ДЕМОНСТРАЦИИ**

1. *К. В. Павелец, А. К. Ушкац, А. Н. Савин, М. К. Павелец, С. А. Каложный, С. В. Кунгуров* (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»; 6 х/о СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Успешное лечение пациента с посттравматической релаксацией диафрагмы.**

**Цель** – представить наблюдение успешного лечения пациента с посттравматической релаксацией диафрагмы, обсудить хирургическую тактику. Больной К., 67 лет, поступил в Мариинскую больницу 10.05.2017 г. в экстренном порядке с клиникой носового кровотечения. Под местной анестезией выполнена электрокоагуляция кровоточащего сосуда зоны Киссельбаха слева, кровотечение купировано. После дорожно-транспортного происшествия в 2002 г. пациент отмечал жалобы на периодически возникающие приступы удушья, изжогу. При обследовании выявлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Тень сердца при рентгеновском исследовании перекрыта органами брюшной полости. 11.05.2017 г. выполнена торакотомия в 8 межреберье слева. Выявлено высокое стояние левого купола диафрагмы (до 3 межреберья по парастеральной линии). Мышечная часть диафрагмы представлена истонченной рубцовой тканью, сухожильная часть не изменена. Нижняя доля левого легкого частично сдавлена, ателектазирована. Выполнена пластика купола диафрагмы двухрядным швом с наддиафрагмальной фиксацией сетчатого протеза. Послеоперационный период протекал без особенностей. Больной выписан на 13-е сутки послеоперационного периода в стабильном состоянии. Обследован спустя 12 месяцев после оперативного вмешательства. Жалоб не предъявляет, явлений диспепсии нет. При инструментальном обследовании патологических изменений не выявлено.

*Ответы на вопросы.* Операций на груди ранее не было. Доступ был удобен для мобилизации диафрагмы при выраженном спаечном процессе. После операции одышка возникает лишь при значительной физической нагрузке. Спирометрические показатели – в пределах нормы.

**Прения**

П. К. Яблонский. Диагноз сложен, лапароскопия облегчает диагностику. Мы наблюдали релаксацию диафрагмы при инфильтрации блуждающего нерва. Диагностика облегчается при разной высоте подъема куполов диафрагмы во время дыхания. Лапаротомия была не нужна. Остается неясным механизм гастроинтестинальной симптоматики. Пластика сеткой оправдана.

В. И. Кулагин. Релаксация диафрагмы у взрослых – крайняя редкость. Это заболевание детей. Основная жалоба больных – дыхательная недостаточность. В 2006 г. профессор А. Ю. Разумовский представил 40 операций у детей. Он выполнял пликацию диафрагмы торакоскопическим доступом, с хорошим результатом.

А. Е. Демко (председатель). Результат наблюдения хорош, но мы все чаще стараемся применять малоинвазивные доступы.

2. А. Е. Демко, С. А. Шляпников, Г. И. Синенченко, В. И. Кулагин, И. М. Батыришин, В. М. Луфт, В. Е. Савелло, В. С. Афончиков, А. М. Антонова, Г. А. Пичугина, Д. С. Склизов, А. В. Лапцкикий, М. И. Сафоев, Ю. С. Остроумова, Н. Р. Насер (ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»). **Успешное лечение пациента с осложненной язвой двенадцатиперстной кишки.**

**Цель** – показать трудности лечения осложненной язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК). Пациент П., 37 лет, был переведен в НИИ СП им. И. И. Джанелидзе из иногороднего стационара в крайне тяжелом состоянии, с клиникой тяжелого абдоминального сепсиса. Больной первично оперирован 20.08.2017 г. по поводу перфоративной язвы ДПК. Выполнена пилоропластика по Микуличу. На 8-е сутки течение послеоперационного периода осложнилось несостоятельностью швов пилоропластики. 28.08.2017 г. релапаротомия, в ходе которой произведена резекция пилорического отдела желудка, сформированы дуодено- и лапаростома. 30.08 и 01.09.2017 г. выполнены этапные санирующие операции: холецистостомия и устранение несостоятельности швов культи желудка. 03.09.2017 г. пациенту сформирован задний позадиободочный гастроэнтероанастомоз по Ру. 04.09.2017 г. пациент переведен в НИИ СП им. И. И. Джанелидзе. После предоперационной подготовки 05.09.2017 г. выполнена релапаротомия, в ходе которой выявлен некроз нисходящей ветви ДПК и поперечноободочной кишки с перфорацией, разлитой фибринозной перитонит, тяжелый абдоминальный сепсис. Объем операции: правосторонняя гемиколэктомия, концевая илеостомия, резекция ДПК и ушивание ее нижнегоризонтальной ветви, установка активного двухпросветного дренажа к большому дуоденальному сосочку (БДС), формирование вакуум-ассистированной лапаростоми. 07.09.2017 г. – санирующая операция, смена системы NPWT. 09.09.2017 – релапаротомия, явления перитонита и органной дисфункции купированы – заведен зонд для питания за Ру-анастомоз и устранена лапаростома наложением кожных швов. В послеоперационном периоде осуществлялся сбор желчи и сока поджелудочной железы из свища БДС и холецистостоми с последующей реинфузией в зонд. На 20-е сутки сформировался наружный панкреатобилиарный свищ. Отделяемое по холецистостоме прекратилось. В течение следующего месяца отделяемое по свищу стало прогрессивно уменьшаться. При фистулографии диагностирован внутривенный билиарнопанкреатодуоденальный свищ. Рана зажила, пациент выписан на амбулаторное лечение. Через 3 месяца, в декабре, у пациента развилась спаечная тонкокишечная непроходимость, разрушение внутреннего билиарнопанкреатодуоденального свища и перитонит с септическим шоком. Ситуация потребовала двух санирующих операций и повторного формирования наружного панкреатобилиарного свища. Течение заболевания осложнилось перфорацией пептической язвы ГЭА с последующим формированием наружного свища этой зоны. 06.03.2017 г. создан папиллоэюноанастомоз по Ру и реконструирован гастроэнтероанастомоз. Холецистостома удалена. Рана зажила первичным натяжением. 16.07.2018 г. создан илеотрансверзоанастомоз. Послеоперационный период прошел гладко. Пациент выписан на амбулаторное лечение.

**Ответы на вопросы.** Язвенный анамнез – 15 лет. Лечился самостоятельно. Первая операция произведена через 10–12 ч после перфорации. Наблюдался огромный дефект ДПК. Ваготомия не делалась. Гастроэнтероанастомоз задний, позадиободочный. Тромбозов не наблюдалось. Правая половина ободочной кишки удалена в связи с некрозом поперечной. В настоящее время стул 3–4 раза в сутки. Больной похудел на 30 кг.

## Прения

К. В. Павелец. Первая операция была выполнена с техническими ошибками, пилоропластика было недостаточно, ваготомия не сделана. Повторные операции технически безупречны.

Б. Н. Котив. Наша кафедра обладает опытом более 1,5 тысячи стволовых ваготомий. Результаты были неплохими, но на смену пришла селективная ваготомия. Сейчас эти операции ушли, остались зашивание перфоративного отверстия и резекция желудка.

Н. Ю. Коханенко. Благодаря развитию эндоскопии, стали выполняться уникальные операции. Ваготомия ушла, потому что появились эффективные противоязвенные препараты.

А. К. Ушкац. Только настойчивость и упорство хирургов помогли спасти больного. Получается, что чем меньше опыт хирурга, тем лучше результат.

А. Е. Демко (председатель). В каждой клинике накоплен свой опыт вмешательств. Немаловажную роль в излечении больного сыграла нутриционная поддержка. Здесь было бы достаточно ограничиться зашиванием перфоративного отверстия.

## ДОКЛАД

А. А. Захаренко, И. В. Шлык, О. А. Тен, М. А. Беляев, А. А. Трушин, В. А. Рыбальченко, Ш. Р. Джамилев (отдел абдоминальной онкологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ). **Периоперационные изменения кишечного микробиоценоза у больных раком толстой кишки.**

Несмотря на усовершенствование хирургической тактики и техники, достижения анестезиологии и реаниматологии, появление современных антибактериальных препаратов, частота послеоперационных осложнений и летальность у больных раком толстой кишки остаются достаточно высокими. Доказано, что большую роль в развитии послеоперационных осложнений играет состояние микрофлоры толстой кишки.

Проведено проспективное сравнительное исследование. У 163 больных раком толстой кишки pT1-4N1-2M0G1-3 (контрольная группа) с помощью метода полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени изучена микрофлора толстой кишки в периоперационном периоде. Из исследования исключены пациенты с отдаленными метастазами и предшествующей химиолучевой терапией. Все больные прооперированы. Всем пациентам проводили стандартную антибиотикопрофилактику. Проведен многофакторный статистический анализ. Проанализированы показатели, связанные с риском прогрессирования дисбиоза толстой кишки в послеоперационном периоде. Предложен лечебно-диагностический алгоритм (ЛДА), апробированный на 48 пациентах основной группы. Эффективность ЛДА оценивали по динамике количественного и качественного состава микрофлоры, уровню послеоперационных осложнений и качеству жизни больных.

В предоперационном периоде у всех больных был выявлен дисбиоз толстой кишки, у большинства из них (90,2 %) наблюдались нарушения 1–2-й степени. На 10-е сутки послеоперационного периода у 96 % больных степень дисбиоза прогрессировала, 3-я и 4-я степени нарушения кишечной микрофлоры отмечены у 50,3 % пациентов. При статистической обработке данных наиболее важными неблагоприятными прогностически значимыми факторами риска развития кишечного дисбиоза в послеоперационном периоде признаны прием слабительных средств, наличие опухолевого стеноза, антибактериальная терапия в предоперационном периоде, локализация опухоли в правых отделах толстой кишки, исходный уровень толстокишечного дисбактериоза. Разработана логистическая

регрессионная модель оценки риска прогрессирования дисбиоза толстой кишки в послеоперационном периоде, которая обладает чувствительностью 90,55 %, специфичностью 91,67 % и диагностической точностью 91,00 %. Предложенный ЛДА, основанный на предоперационной диагностике и коррекции нарушений кишечного микробиоценоза, позволил снизить уровень послеоперационных осложнений и повысить качество жизни больных.

Полученная модель подтверждает значимость использованных в ней показателей и позволяет оценить риск прогрессирования дисбиоза толстой кишки в послеоперационном периоде у пациентов с колоректальным раком. Оценка риска прогрессирования дисбиоза толстой кишки позволяет провести коррекцию нарушений толстокишечной микрофлоры в предоперационном периоде с целью профилактики послеоперационных осложнений и улучшения качества жизни пациентов.

*Ответы на вопросы.* Мотивами исследования являлись возможности развития кластридиальной инфекции, псевдомембранозного колита. Более 150 штаммов бактерий требуют разных подходов. Факторы риска указаны в докладе. Кластридиальная инфекция требует применения Кларитромицина и Метронидазола, пробиотиков. Что возникает раньше – рак или нарушения биоценоза, – остается неясным. Перед плановой операцией достаточно бесшлаковой диеты. При острой кишечной непроходимости биоценоз нарушен всегда. При раке все больные требуют антибиотико-профилактику.

#### Прения

М. Д. Ханевич. Доклад интересен. Подготовка толстой кишки обязательна, хотя бы очистка. Илеостома при хорошо подготовленной кишке не нужна.

Б. Н. Котив. Понимание и учет соотношения микробиоты и различных факторов риска важны. К сожалению, ПЦР пока остается уделом научных коллективов. Превентивные стомы следует формировать лишь в условиях сомнительного кровоснабжения. Исследования необходимо продолжать.

А. Е. Демко (председатель). Работа перспективна, тема требует дальнейших исследований.

*Поступил в редакцию 10.01.2019 г.*

### 2521-е заседание 9.01.2019 г.

*Председатель – Г. И. Гафтон*

#### ДЕМОНСТРАЦИИ

1. К. В. Павелец, К. В. Медведев, Э. Р. Набиева (ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»; СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Хирургическое лечение больной с гигантской тубулярно-папиллярной аденомой желудка.**

Больная Н., 62 лет, поступила 14.05.2018 г. в плановом порядке в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы с диагнозом «Опухоль тела желудка. Желчнокаменная болезнь. Хронический холецистит». Пациентка считает себя больной за 8 месяцев до поступления, когда стала отмечать общую слабость, периодические тянущие боли в эпигастральной области, потерю аппетита, чувство переполнения желудка после приема пищи, снижение массы тела на 10 кг за 8 месяцев. При обследовании (УЗИ брюшной полости, МРТ брюшной полости с внутривенным контрастным усилением) выявлено образование желудка с признаками инфильтративного роста, инвазии тела поджелудочной железы и главного панкреатического протока, билиарной гипертензии. С учетом МРТ-картины, нельзя было

исключить опухоль тела поджелудочной железы. В желчном пузыре определялись множественные конкременты до 4 мм. При ФГДС выявлена деформация пищевода-желудочного перехода. Анатомические ориентиры желудка резко нарушены. Нельзя исключить опухоль, исходящую из задней стенки желудка. Просвет двенадцатиперстной кишки (ДПК) занимает образование на  $\frac{3}{4}$  окружности (биопсия). Гистологическое исследование: фрагменты тубулярно-папиллярной аденомы без атипии. Операция 16.05.2018 г. Желчный пузырь содержит множественные конкременты, желудок резко деформирован за счет внутриорганных образований на ножке размерами 8×6 см, инвагинированного в ДПК до начальных отделов тощей кишки. Произведены гастротомия, иссечение опухоли желудка, холецистэктомия. Послеоперационный период протекал без осложнений. Через 5 суток при рентгеноскопии желудка нарушения эвакуации из желудка в ДПК и за связку Трейца не обнаружено. Затеков контрастного вещества нет. Выписана на 11-е сутки. Гистологическое исследование: тубулярно-папиллярная аденома желудка, иссечена в пределах здоровых тканей. При обследовании через 6 месяцев данных за рецидив опухоли желудка не получено.

*Ответы на вопросы.* Больная обследовалась в поликлинике. В другом учреждении до операции получала химиотерапию. Билиарная гипертензия была обусловлена инвагинацией образования в ДПК. Инвазии в поджелудочную железу не было. В настоящее время данных за распространение процесса нет.

#### Прения

Г. И. Гафтон (председатель). Результат наблюдения хорош, непонятна цель химиотерапии.

2. К. В. Павелец, А. К. Ушкац, А. А. Кожевников, М. К. Павелец, С. А. Калюжный, С. В. Кунгуров (ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»; СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница», ФГУ СПКК «НМХЦ им. Н. И. Пирогова»). **Мультидисциплинарный подход в лечении гемобилии как осложнения перкутанного вмешательства на желчных протоках у пациента с механической желтухой опухолевого генеза.**

Больной З., 64 лет, поступил в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы 24.10.2017 г. в экстренном порядке с клиникой механической желтухи, обусловленной опухолью терминального отдела холедоха. В качестве первого этапа хирургического лечения пациенту выполнено наружное чрескожное чреспеченочное дренирование под УЗ- и Rg-контролем. В послеоперационном периоде отмечалась умеренная гемобилия, которая купировалась консервативно. Выписан в удовлетворительном состоянии на 9-е сутки. Через 4 дня, 07.11.2017 г., госпитализирован в связи с рецидивом гемобилии. 09.11.2017 г. интраоперационно диагностирована опухоль головки поджелудочной железы 25×20 мм, в просвете холедоха – сгусток крови. Признаков продолжающегося кровотечения из долевых протоков не выявлено, в связи с чем выполнена пилоруссохраняющая панкреатодуоденальная резекция, лимфодиссекция в объеме D2, внутривенная фотодинамическая терапия с облучением зоны лимфодиссекции. При гистологическом исследовании верифицирована умеренно дифференцированная протоковая карцинома поджелудочной железы. Окончательный диагноз: «Рак головки поджелудочной железы T2N0M0». 22.11.2017 г. у пациента отмечены признаки желудочно-кишечного кровотечения. От проведения эндоскопического исследования решено воздержаться. 24.11.2017 г. – рецидив кровотечения, выполнена селективная ангиография печеночных сосудов, при которой паравазации контрастного вещества не выявлено. Заподозрено кровотечение из печеночных вен, в связи с чем выполнена катетеризация правой

ярменной вены. Выявлен выход контраста из ветвей правой печеночной вены – выполнена эмболизация сосуда (эмбосферы, 2,0 мл), оставлен интродьюсер 6F. 25.11.2017 г. – рецидив кровотечения. При селективной ангиографии печеночной вены признаков кровотечения нет. Выполнена повторная аортография. Визуализировано сообщение ветви правой долевой печеночной артерии с желчным деревом – имплантирована эмболизационная спираль. Послеоперационный период протекал тяжело. Выписан в стабильном состоянии на 26-е сутки. Через 14 дней, по экстренным показаниям, вновь госпитализирован в стационар с клиникой желудочно-кишечного кровотечения. С учетом данных анамнеза, заподозрена реканализация ветвей правой печеночной артерии, что впоследствии было подтверждено ангиографически – выполнена повторная эмболизация правой печеночной артерии. Пациент обследован спустя 6 месяцев после оперативного вмешательства. Жалоб не предъявляет, не лихорадит, поправился на 6 кг. При инструментальном обследовании признаков прогрессирования основного заболевания не отмечено.

*Ответы на вопросы.* Возможно, что травма сосуда наступила после удаления дренажа. Признаков портальной гипертензии не было.

#### Прения

Г. И. Гафтон (председатель). Лечение адекватное, больной в химиотерапии не нуждается.

#### ДОКЛАД

*О. Б. Ткаченко, А. Н. Сидорова, М. В. Гринкевич, Ю. В. Петрик, А. М. Щербаков* (НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова). **Возможности эндоскопии при несостоятельности и стриктуре анастомозов.**

Наиболее грозными осложнениями в послеоперационном периоде при вмешательствах на органах желудочно-кишечного тракта являются несостоятельность анастомоза и его стриктура. Выполнен ретроспективный анализ данной группы осложнений у пациентов, получавших лечение в НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова с 2013 по 2018 г. У 30 пациентов выполнено эндоскопическое лечение несостоятельности анастомозов. Среди использованных методик выделено эндоскопическое клипирование, установка самораскрывающегося нитинолового стента, эндоскопическое вакуум-ассистированное лечение (E-VAC). Клипирование применено у 8 больных при ранней несостоятельности швов анастомоза (не позднее 1 суток послеоперационного периода), при отсутствии ишемических изменений в краях дефекта и отсутствии данных за инфицированную полость. У 5 больных применены гемостатические клипсы, у 3 – OTSC (Over The Scope Clip). Методика была эффективна у 3 (37,5 %) пациентов. Стентирование применено у 9 пациентов с несостоятельностью эзофагогастроана-

стомоза (ЭГА) (N=3), эзофагоэнтероанастомоза (ЭЭА) (N=6). Этот метод считался вариантом выбора в случае ЭЭА, а также при отсутствии отграниченной полости. Технический успех достигнут в 100 %, клинический – у 7 (77,7 %) пациентов. E-VAC-терапия применена у 19 пациентов при несостоятельности ЭЭА, ЭГА, шва килы желудка и низких межкишечных анастомозов, при наличии отграниченной, плохо дренируемой полости. Клинический успех достигнут у 17 (89 %) пациентов. В группе с отсутствием клинического успеха (N=2; 11 %): у одного больного установка VAC-системы производилась в просвет органа (при ЭГА), у второго высевалась антибиотикорезистентная микрофлора, что, по нашему мнению, и явилось причиной неудачи. Группа пациентов со стриктурами анастомоза составила 75 человек. Показанием для лечения считались невозможность провести стандартный диагностический эндоскоп и клинические проявления нарушения пассажа. В литературе выделяют группы неблагоприятного прогноза (полная облитерация, лучевая терапия, протяженные стриктуры, с выраженной деформацией просвета, расположение в области фиксированных изгибов кишки, свищи в области анастомоза и его полная диссоциация), эндоскопическое лечение которых затруднено и малоэффективно. К этой группе отнесены 44 человека. Применялась комбинация методов: сочетание электроинцизии с дилатацией и инъектированием глюкокортикостероидных гормонов. При этом стойкая ремиссия в группе благоприятного прогноза достигнута в 100 %, в группе неблагоприятного – 95,5 %.

*Ответы на вопросы.* Стентирование при стриктурах практически не применяем. Различия результатов аппаратного и ручного шва пока не доказаны. При дренировании через полость установленная гемостатическая губка (супрасорб) должна полностью заполнять полость, вводиться параллельно эндоскопу. При низких анастомозах обязательно формирование илеостомии. При стриктурах обязательно гистологическое или МВИ-исследование. Глюкокортикоиды применяем.

#### Прения

Б. И. Мирошников. Частота осложнений в хирургии пищевода (несостоятельности, стриктуры) остается достаточно высокой. Доклад вызывает уважение и восхищение. 80–90 % успеха у 105 больных достигнуто за счет высокого профессионализма в понимании процесса. Клипирование показало недостаточную эффективность (3 из 7 больных). Удачно распределение больных в группы. Следует отличать лечение несостоятельности швов от лечения абсцессов и свищей.

О. Б. Ткаченко. Применение VAC-систем требует опыта.

Г. И. Гафтон (председатель). Возможности эндоскопии в лечении стриктур и несостоятельности швов анастомозов представлены наглядно.

*Поступил в редакцию 17.01.2019 г.*