

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Председатель Правления — Н.А.Майстренко,
ответственный секретарь — В.С.Довганюк, референт — Ю.В.Плотников

2321-е заседание 08.10.2008 г.

Председатель — Н.А.Майстренко

ДЕМОНСТРАЦИЯ

К.В.Павелец, А.К.Ушкац, А.П.Климченков, О.Г.Вавилова, К.В.Медведев, М.А.Бернштейн (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова СПбГПМА, Мариинская больница, ФГУСЗОМЦ Росздрава). **Радикальное оперативное лечение рака головки поджелудочной железы у больной старческого возраста.**

Больная А., 80 лет, переведена из больницы № 30 в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы 28.12.2006 г. с диагнозом «Механическая желтуха». При УЗИ выявлено расширение внутри- и внепеченочных желчевыводящих протоков (долевые до 11 мм, общий печеночный проток 13 мм), увеличенный в размерах желчный пузырь без конкрементов, сдавление общего желчного протока в панкреатическом отделе образованием головки поджелудочной железы диаметром 20 мм. Проток поджелудочной железы диаметром 12 мм. Данных за отдаленные метастазы не получено. При ФГДС: хронический гастродуоденит, большой дуоденальный сосочек без особенностей, желчь в двенадцатиперстную кишку не поступает. Общий билирубин при поступлении 280 мкмоль/л, прямой 180 мкмоль/л. Сопутствующие заболевания: ИБС. Атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз (острый инфаркт миокарда неизвестной давности на ЭКГ). Атеросклероз аорты и коронарных сосудов. Гипертоническая болезнь II стадии. Варикозная болезнь вен нижних конечностей II степени.

30.12.2006 г. больной произведена холецистостомия. 11.01.2007 г. пациентка выписана. Общий билирубин 100 мкмоль/л, прямой 54 мкмоль/л.

22.01.2007 г. больная поступила в ФГУСЗОМЦ Росздрава в плановом порядке для оперативного лечения (общий билирубин на момент поступления 51 мкмоль/л). 25.01.2007 г. произведена панкреатодуоденальная резекция (ПДР) с сохранением желчного пузыря и пилорического жома. При гистологическом исследовании выявлена умеренно дифференцированная аденокарцинома головки поджелудочной железы, в лимфатических узлах опухолевого роста не обнаружено. Окончательный диагноз: «Рак головки поджелудочной железы Т3N0M0. Механическая желтуха». Послеоперационный период протекал гладко. Больная выписана на 14-е сутки после операции. Обследование больной производилось через 6, 12 и 16 мес после выписки. При УЗИ и КТ данных за рецидив и прогрессирование опухоли не получено, значения онкомаркеров составили: РЭА — 1,4 нг/мл;

СА-19-9 — 5 Е/мл. Пациентка активно жалоб не предъявляет, обслуживает себя сама, болей в животе не отмечает.

Ответы на вопросы. Масса тела после операции практически не меняется. До операции наблюдалась врачами около 1,5 мес. Сомнений в дооперационном диагнозе не было. Тонкоигольную биопсию не делали. Размер опухоли 2 см точно соответствовал дооперационному, определенному с помощью УЗИ. Внутривенная фотодинамическая терапия, два сеанса которой провели больной после операции, повышает иммунитет. Желчный пузырь, использованный для холецистостомии, сохранен.

Прения

В.С.Качурин. Объем операции, выполненный больной 80 лет, уникален. Самочувствие больной сейчас хорошее.

Н.А.Майстренко (председатель). Подобный опыт невелик. Хирурги оказались на высоте и решились на такую операцию, правильно определив возможности больной. Опухоль была небольших размеров, но сроки выживания после радикальных и симптоматических операций различаются незначительно. Несколько улучшает результаты химиотерапия. До операции диагноз должен быть подтвержден морфологическим исследованием. Решение о выборе операции у такой больной должно основываться на принципах доказательной медицины. Если удалена папилла, то должен быть удален и желчный пузырь.

ДОКЛАД

Н.Ю.Коханенко, Н.Н.Артемова, К.В.Павелец, Н.В.Ананьев, М.А.Бернштейн (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова СПбГПМА). **Проблемы дифференциальной диагностики рака головки поджелудочной железы и хронического псевдотуморозного панкреатита.**

Наиболее сложной и нерешенной до настоящего времени проблемой является дифференциальная диагностика рака головки поджелудочной железы (ПЖ) и хронического панкреатита при локализации патологического процесса в головке ПЖ.

За последние 20 лет под нашим наблюдением находились 304 больных, у которых, по данным УЗИ и КТ, имелось увеличение головки ПЖ более 3,5 см и очаговые изменения в ней. Диагностика основывалась на данных анамнеза, объективных данных, лабораторных исследований, включающих определение уровня опухолевых маркеров СА 19-9 и СЕА, ФГДС, УЗИ, КТ, магнитно-резонансную холангиопанкреатографию, тонкоигольную аспирационную биопсию под контролем УЗИ и эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию.

Был проведен сравнительный анализ частоты основных клинических симптомов, лабораторных, инструментальных, гистологических и интраоперационных признаков у 173 больных с резектабельным раком головки I–III стадии и 131 — с хроническим псевдотуморозным панкреатитом. В докладе приведены данные этого анализа и освещены трудности дифференциальной диагностики рака головки ПЖ и хронического панкреатита.

Ответы на вопросы. Диагностическая точность УЗИ, КТ — 75–80%. При сомнительном диагнозе имеется до 40% ложноположительных заключений. В препаратах после 64 панкреатодуоденальных резекций (ПДР), где диагноз до операции был сомнителен, рак был обнаружен у 37. Наблюдать больных, повторно исследовать в течение нескольких месяцев, нецелесообразно. Если хотя бы одно исследование говорит о раке, то надо оперировать. Использование всех методов позволяет довести точность диагноза до 95%. Тем не менее, у 14 больных на операции не нашли никаких изменений. Дооперационных тонкоигольных биопсий мы сделали около 100. При сомнениях в диагнозе во время операции это делаем обязательно. Самое тяжелое осложнение операции — деструктивный панкреатит культи ПЖ. Летальность 3–7%, были годы, когда не было ни одного умершего.

Прения

Л.В.Поташов. Доклад исходит от команды хирургов, многие годы занимающихся этой проблемой. Н.Н.Артемова — это современный В.Ф.Войно-Ясенецкий женского пола. Рак и хронический панкреатит — совершенно разные заболевания, а панкреатодуоденальная резекция — эталон возможностей хирурга. Увлечаться этой операцией нельзя. Помощь морфологов нам нужна до операции.

В.С.Баринков. Доклад носит оттенок сомнений. Несовпадение диагнозов возможно при туберкулезном перихоледохеальном лимфоадените.

П.К.Яблонский. В докладе не удалось увидеть больных. Описаны только симптомы и синдромы. Хирург — дорогой специалист. Особенно дороги исследования. Но за дорогой аппаратурой не всегда находятся квалифицированные специалисты.

С.Е.Митин. Самая лучшая операция для хирурга — та, которую он не сделал. Нельзя считать достаточным количеством специалистов. Их надо выращивать.

А.К.Ушкац. Больные с хроническим панкреатитом портят статистику из-за своего пристрастия к алкоголю. Стоимость исследований чрезвычайно высока, а ПДР стоит 100–150 тыс. руб.

Н.Ю.Коханенко. Несмотря на наш опыт, проблема остается. При сомнениях лучше делать ПДР, но специалистом, делающим эти операции по 10–15 в год с летальностью не выше 5%.

Н.А.Майстренко (председатель). Нельзя считать, что тема доклада раскрыта. Вопросы поставлены, но решение не найдено. Есть 5 критериев оценки диагноза. Позиция авторов: диагноз неясен — делай ПДР, в современных условиях активно обсуждается. Не нужны все исследования. Необходим алгоритм исследований, позволяющий ответить на два вопроса: 1) показана ли операция; 2) какую операцию надо делать. Вряд ли стоит уравнивать высокотехнологичную и дорогостоящую помощь.

Поступил в редакцию 07.11.2008 г.

2322-е заседание 22.10.2008 г.

Председатель — П.К.Яблонский

ДЕМОНСТРАЦИЯ

И.В.Мосин, В.А.Герасин, А.А.Горохов, А.Т.Иванов, Р.Р.Рамазанов, А.В.Деревянко, В.Ф.Мусс (кафедра госпитальной хирургии №1 СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова; РНЦРХТ). **Протяженная резекция трахеи в радикальном лечении аденокистозного рака.**

Радикальное лечение аденокистозного рака трахеи является одним из наиболее сложных разделов торакальной хирургии. Удаление опухоли в пределах здоровых тканей обычно требует применения протяженной резекции трахеи с высоким риском послеоперационных осложнений.

Больная К., 31 год, 31.03.2006 г. переведена в клинику госпитальной хирургии из клиники госпитальной терапии с жалобами на одышку, затрудненное дыхание, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты. Больной себя считает 5 лет. Болезнь началась с появления постепенно усиливающейся одышки. Отмечала периодическое кровохарканье, приступы удушья. Лечилась амбулаторно по поводу бронхиальной астмы. 27.02.2006 г. после очередного приступа удушья госпитализирована в клинику госпитальной терапии, где впервые выполнена бронхоскопия и выявлена опухоль средней трети трахеи. Состояние средней тяжести, имеется стридорозное дыхание — 20 в 1 мин. В легких единичные сухие хрипы. Бронхофиброскопия — в средней трети трахеи крупнобугристое образование, резко суживающее просвет. Биопсия — аденокистозный рак. КТ — в средней трети трахеи определяется мягкотканное образование 2,6×1,5×2,5 см, щелевидное суживающее просвет трахеи до 4 мм. Воспалительная инфильтрация в средней и нижней долях правого легкого. Проведена предоперационная подготовка, включающая антибактериальную терапию. Согласно рентгеновским данным, инфильтрация в правом легком значительно уменьшилась. 12.04.2006 г. операция — субтотальная циркулярная резекция трахеи шейно-грудным доступом с полной стернотомией. Опухоль трахеи 3,0×4,0 см удалена в пределах здоровых тканей путем резекции трахеи на протяжении 8 см и анастомозом «конец в конец». Фиксация головы в согнутом положении с помощью гипсовой повязки. Послеоперационный период без осложнений. 17.05.2006 г. больная выписана на амбулаторное лечение. Через 1 мес. получила курс профилактического лучевого лечения. Через 2 года жалоб не предъявляет, при бронхофиброскопии межтрахеальный анастомоз представляется ровным, широким, слизистая оболочка трахеи без изменений.

Ответы на вопросы. Болезнь началась с одышки, сначала при ходьбе, затем даже при разговоре. Длительность болезни 5 лет. Свиста, хрипов в груди больная не отмечала. При неэффективности лечения врачи-пульмонологи увеличивали дозы препаратов. Больная переведена в тяжелом состоянии, в полусидячем положении, с кровохарканьем. За опухоль провести трубку не представлялось возможным. Реканализацию не проводили намеренно, опасаясь кровотечения. Специальным приемом операции был метод низведения гортани по Эдо-Фишману. Боковую стенку трахеи мобилизовали без выделения задней стенки. Высокочастотную вентиляцию в последнее время не применяем. Интраоперационно гистологическое исследование не проводили, так как известно, что отступление от опухоли на 1,5–2 см практически не сопровождается рецидивами. Лимфодиссекцию не выполняли. Обязательна иммобилизация специальной гипсовой повязкой в течение 3 нед. Сейчас бифуркация трахеи у больной находится на уровне яремной вырезки. Лучевую

терапию провели намеренно. В результате лучевой терапии отмечен лучевой эзофагит.

Прения

Б.Б.Шафировский. Операция исключает будущие пересадки трахеи, они будут не нужны.

А.Р.Козак. Морфологическое интраоперационное исследование обязательно. Аденокистозный рак относительно благоприятен. 5 лет живут 53% больных. Лучевая терапия при радикальных операциях не нужна, так как она исключает ее применение при возможных рецидивах.

В.Ф.Мус. Применение послеоперационной лучевой терапии всегда дискуссионно, особенно при аденокистозном раке. Примененные дозы не радикальны. Через 10 мес можно провести новый курс. Есть данные, что лучевая терапия противовоспалительными дозами после пластических операций уменьшает рубцевание. Вопрос заключается в глубине поражения.

П.К.Яблонский (председатель). Здесь особенно проявилось значение организации. Сначала больная наблюдалась пульмонологами. Это оказалось ошибкой. Аденокистозный рак более благоприятен, долго растет, реже дает метастазы, но это рак. Здесь дорога цена каждого сантиметра. Мобилизация гортани и трахеи возможна лишь до уровня дуги аорты. Обычно бывают дефекты: хирурги только оперируют. Но здесь добавили лучевую терапию. Это специализированная помощь, она оказана учениками Ю.Н.Левашева.

ДОКЛАД

В.С.Баринов, П.В.Семенченко (отделение хирургии туберкулеза лимфатической системы ФГУ СПбНИИФ Росмедтехнологий). **Тактика хирургического лечения туберкулеза периферических лимфатических узлов.**

Традиционная тактика комплексного, в том числе и оперативного лечения туберкулеза периферических лимфатических узлов (ТПЛУ), основана на морфологических исследованиях более чем 20-летней давности. В поражённых туберкулёзной инфекцией лимфатических узлах ко 2-му месяцу развиваются казеозные изменения с формированием выраженной капсулы, препятствующей адекватной химиотерапии. Это приводит к формированию холодных абсцессов и свищей, а также способствует хроническому течению специфического процесса. До настоящего времени отдельные авторы считают показаниями к операции только абсцедирующую и свищевую стадии процесса.

В докладе представлен анализ непосредственных и отдалённых результатов лечения 118 больных с ТПЛУ, оперированных в отделении хирургии туберкулеза лимфатической системы СПбНИИФ в 1998–2004 гг.

Пациенты распределены по 3 группам. 1-я группа — 59 больных с ТПЛУ, у которых в ходе обследования не выявлено других локализаций туберкулёзного процесса. 2-я группа — 30 больных с ТПЛУ в сочетании с неактивным туберкулёзом органов дыхания. 3-я группа — 29 пациентов, у которых ТПЛУ протекал на фоне активного туберкулеза органов дыхания (ТОД).

Показанием к оперативному вмешательству являлась неэффективность проводимой химиотерапии в течение 1 мес у больных с активным ТОД. Кроме того, показанием были признаки деструкции (гипоэхогенность, эхоплотные включения) в поражённых периферических лимфатических узлах, выявленные с помощью ультразвукового исследования (если не было клинических признаков деструкции).

Тактика оперативного лечения определялась стадией ТПЛУ и особенностями специфического поражения органов

дыхания. При I и II стадиях ТПЛУ проводили лимфаденэктомию (ЛАЭ) — 97 операций. Пациенты были разделены на подгруппы, в которых операцию осуществляли либо в соответствии с традиционными («отсроченная ЛАЭ»), либо с разработанными нами («ранняя ЛАЭ») тактическими подходами. В III стадии ТПЛУ абсцессотомия с некрэктомией (17 операций) независимо от того, были ли признаки сопутствующих специфических поражений и активны ли они, выполняли на 1-й неделе стационарного лечения.

Фистулонекрэктомия при IV (свищевой) стадии ТПЛУ проводили через 4–6 нед (7 операций) после начала противотуберкулёзной химиотерапии и местного лечения.

Ближайшие результаты лечения ТПЛУ (1–2 мес после операции) изучены у 117 (99%), отдалённые (через 10–12 мес после операции) — у 102 (86%) пациентов.

Использование хирургического пособия на ранних сроках выявления привело к уменьшению сроков лечения, частоты рецидивов ТПЛУ и увеличению клинического излечения на 8–13% в сравнении с оперативным пособием, выполняемым на 2-м месяце заболевания и позже.

Ответы на вопросы. Средний возраст больных — 50 лет. Практически все они были трудоспособны. При ТОД пожилых людей больше. Изолированная внелегочная локализация была у 18%. Отеков не наблюдали. У всех больных диагноз был поставлен до операции, гистологический или бактериологический. Все оперированы. Ко 2-му месяцу заболевания химиопрепараты не поступают внутрь узла из-за образования капсулы. Удаляли пальпаторно увеличенные лимфатические узлы. Поражения чаще односторонние, подмышечная и шейная локализация. При абсцедирующих формах сначала производили дренирование. Как правило, специфическая картина в узле сохранялась. Сочетания с другими заболеваниями, при которых обычно поражаются лимфатические узлы, не было. Диагноз лимфомы, лимфогранулематоза ставился на этапе консультирования. Капсула формируется к концу 2-го месяца. После операции обязательно проведение лечения в течение 6–8 мес. Туберкулёзные язвы наблюдали только после пункционных биопсий.

Прения

В.Г.Пищик. Туберкулез — системное заболевание. Биопсия достаточна для диагноза.

А.О.Аветисян. Туберкулез в основном лечат медикаментозно. Туберкулез лимфатических узлов — гематогенное поражение. Большое значение имеет анамнез. Без предварительной терапии можно выполнять только биопсии. Информативны серологические реакции. Пункционная биопсия достаточна. Лечение должно проводиться в течение не менее 2 мес. У нелеченных больных чаще бывают осложнения.

В.С.Баринов. Для диагноза обязательны гистологическое и бактериологическое исследования. Оба метода требуют участия хирурга. Нужно дифференцировать с большим числом заболеваний (около 30). Около 40% больных поступают из общей сети. Этих больных перед направлением к нам оперируют до 10 раз и только после этого проводят гистологическое исследование. Еще 30 лет назад был сформулирован постулат — проводить только консервативную терапию. Но после ранних операций результаты оказались лучше. Обычно поражается передняя группа узлов по ходу кивательной мышцы (60%). Характерны асимметричность поражения, образование конгломератов. Все 4 формы не отмечены. Дети болеют по-другому.

П.К.Яблонский (председатель). Доклад не является экспертным. Представлен анализ клинического материала, который привел к рекомендациям, не укладывающимся в

руководства. Желательно было показать слайды. 7% свищевых форм — это много.

Поступил в редакцию 07.11.2008 г.

2323-е заседание 12.11.2008 г.

Председатель — В.П.Земляной

ДЕМОНСТРАЦИЯ

С.Б.Шейко, В.В.Стукалов, Ф.Х.Азимов, А.А.Феклюнин (кафедра факультетской хирургии им. С.П.Федорова Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова). **Устранение повреждения общего желчного протока длительным временным стентированием у больной с острым холециститом.**

Больная В., 55 лет, поступила в клинику по скорой помощи с жалобами на боли в правой подреберной области, повышение температуры тела, озноб, желтуху, потемнение мочи. При обследовании в клинике был диагностирован острый холецистит, холедохолитиаз, холангит, механическая желтуха. Через 14 ч после поступления 14.01.2004 г. выполнены операция холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование общего желчного протока Т-образным дренажем. На следующие сутки после вмешательства выявлено повреждение общего желчного протока типа В (по Амстердамской классификации, 1996 г.). В связи с этим произведена релапаротомия, замена Т-образного дренажа общего желчного протока. Дальнейшее послеоперационное течение без особенностей. После удаления Т-образного дренажа был установлен временный пластиковый стент. Длительность стентирования составила 6 мес. Отдаленные результаты лечения через 4 года расценены как хорошие.

Ответы на вопросы. По дренажу после операции выделялось до 600 мл желчи. Повреждение, по-видимому, было вызвано металлическим бужом при проверке проходимости большого дуоденального сосочка. Ширина гепатикохоледох 8 мм, дефекта 4 мм, при его шве было возможно развитие сужения протока. Дефект протока располагался на задней стенке супрадуоденального отдела гепатикохоледох, верхнюю границу по отношению к культе пузырного протока установить не удалось. Первый дренаж протока не закрывал дефект протока. Повторно установленный Т-образный дренаж имел большую длину дистальной поперечной ветви, которая полностью закрывала дефект. Срок дренирования основан на исследованиях о рубцевании протоков, выполненных на кафедре. Два тонких пластиковых стента держали по одному месяцу по направлению к печени и двенадцатиперстной кишке, затем меняли эндоскопически через дренаж. После удаления Т-образного дренажа свищ закрылся в течение 2 нед.

Прения

Б.И.Мирошников. Сейчас основное вмешательство — лапароскопическая холецистэктомия. Через 3–4 дня больная уходит домой. Здесь — сравнительно молодая женщина просыпается в ОРИТ, с длительно существующим дренажем. Технология восстановления протока почему-то основана на дренировании, а не на шве. Стеноз развивается от дренирования. Показаниями к дренированию являются недостаточная степень прецизионности при формировании шва, большое расстояние между анастомозируемыми участками, шов неоднородных тканей (проток — кишка), натяжение. Первичный прецизионный шов считаю лучшим вариантом.

А.Л.Андреев. Повреждений протоков стало больше. Длительное стентирование считаю оправданным. При узком общем желчном протоке камни можно удалять через пузырный проток. Надо было сразу сделать эндоскопическую папиллотомию. В нашем наблюдении произведены шов протока и дренирование по Cattell (в двенадцатиперстную кишку). Через 6 мес рядом с дренажем эндоскопически поставлен второй стент. Через 1 год удалены оба стента. Через 3 года отмечен хороший результат.

А.Д.Слободжанкин. Вариантов дренирования много, например, неплох дренаж по А.В.Вишневскому.

В.П.Земляной (председатель). При ранении желчного протока без дефекта между концами нужен первичный прецизионный шов. Но при дефекте между концами желательно шов добавить тонкой трубкой, заменяющей функцию каркасного дренирования без расчета на рубцевание. Длительность дренирования обусловлена сроками возможного рубцевания. Здесь показан хороший результат.

ДОКЛАД

Н.А.Майстренко, С.Б.Шейко, Ал.А.Курыгин, А.С.Прядко, Ф.Х.Азимов, А.А.Феклюнин (кафедра факультетской хирургии им. С.П.Федорова Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Ленинградская областная клиническая больница). **Современные подходы в диагностике и лечении острого холецистита.**

Представлен комплексный анализ диагностики и лечения 602 больных с острым холециститом как одной из наиболее частых форм экстренной хирургической патологии. Многоплановыми исследованиями с использованием современных клинических, инструментальных, патофизиологических и патоморфологических методик подтверждена актуальность проблемы, определяемая высоким удельным весом заболевания и несвоевременной госпитализацией пациентов.

Выделены группы больных с целью индивидуализации хирургической тактики, определены методические особенности лечения отдельных форм острого холецистита и его осложнений.

Представляется целесообразным учет результатов проведенной работы с целью оптимизации диагностических и лечебных подходов, с необходимостью их использования в практическом здравоохранении, во имя повышения качества медицинского обслуживания населения Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

Ответы на вопросы. Результаты срочных и отсроченных операций различны. При отсроченных операциях результаты хуже. Если острый холецистит регрессировал, то больного оперируют по поводу желчнокаменной болезни, хронического холецистита. При деструктивном холецистите и сроках заболевания более 6 сут, ASA более 6 рекомендуем пункционную холецистостомию. Больных с острым холециститом и наружным желчным свищом не было. Тромбоз пузырной артерии можно найти на всех удаленных препаратах, но это не доказывает, что это основная причина. Показание к эндоскопической папиллотомии при остром холецистите — IV степень ASA, вклиненный камень, стриктура папиллы. Таких больных было мало, но результаты хорошие. 13% больных лечились консервативно, при неструктивных формах и при отказе от операции. Интраоперационная холангиография при остром холецистите производилась при подозрении на камни протока, расширенном протоке, желтухе в анамнезе, неопределенных данных УЗИ. Операция Прибрама не выполнялась ни разу.

Прения

А.Л.Андреев. Точки зрения слишком разнообразны. Эндоскопическая папиллотомия при остром холецистите в

ряде руководств считается противопоказанной. Интраоперационная холангиография нужна всегда. Последнюю открытую холецистэктомию мы делали 2 года назад. Операция Прибрама спасительна у больных с циррозом печени, у получающих антикоагулянты. Не нужно забывать холецистостомию.

Л.В.Поташов. Хирурги сейчас озабочены мыслями о деньгах: оплатят ли лечение страховые компании, требующие сокращать койко-день при любых обстоятельствах. Это нередко приводит к ошибкам и опасно вследствие недостаточного исследования больных.

В.П.Земляной (председатель). Обсуждалась вечно актуальная проблема, стоящая перед хирургами более 100 лет. Сейчас метод выбора при остром холецистите — лапароскопическая холецистэктомия. Операция Прибрама возможна и полезна при прошивании остающейся ткани желчного пузыря.

Поступил в редакцию 25.02.2009 г.

2324-е заседание 26.11.2008 г.,

посвященное 115-летию со дня рождения

Петра Андреевича Куприянова — выдающегося хирурга и ученого современности, создателя научной школы отечественных кардиохирургов

Председатель — Н.А.Майстренко

Повестка дня подготовлена сотрудниками 1-й кафедры хирургии усовершенствования врачей Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург.

Юбилей Петра Андреевича Куприянова — замечательного хирурга и человека, выдающегося ученого и руководителя — является знаменательным событием в истории отечественной хирургии. Петр Андреевич Куприянов — основатель крупнейшей школы отечественных хирургов, анестезиологов и реаниматологов. Петр Андреевич Куприянов — академик и вице-президент Академии медицинских наук СССР, заслуженный деятель науки, Герой Социалистического Труда, лауреат Ленинской премии, генерал-лейтенант медицинской службы, Почетный председатель Хирургического общества Пирогова и Всесоюзного общества хирургов и многих зарубежных обществ. Имя П.А.Куприянова навсегда останется в истории хирургии и будет являться примером благородного служения своей Отчизне.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

Г.Г.Хубулава, Н.Н.Шихвердиев, С.П.Марченко. **Бескаркасное биопротезирование аортального клапана в сочетании с аорто- и маммарно-коронарным шунтированием.**

Представлен для демонстрации пациент И., 64 года. Диагноз — изолированный кальциноз, критический стеноз аортального клапана (АК) (площадь отверстия 0,7 см²). ИБС. Стенокардия III ФК. Постинфарктный кардиосклероз. ГБ IIБ ст. НК IIА стадии. III ФК по NYHA. Больной предъявлял жалобы на стенокардитические боли, одышку при минимальной нагрузке и синкопальные состояния. Поставленный диагноз, данные обследования явились показанием к оперативному лечению. Пациент оперирован 15.12.2006 г. Выполнено протезирование аортального клапана бескаркасным биологическим протезом в сочетании с аорто- и маммарно-коронарным шунтированием. Оценены непосредственные и отдаленные результаты через 1,5 года после операции.

ДОКЛАД

Г.Г.Хубулава, Н.Н.Шихвердиев, С.П.Марченко. **Хирургия клапанов сердца в начале XXI в.**

Хирургическое лечение приобретенных пороков клапанов является одним из самых ярких достижений в медицине XX в. Изучение истории развития хирургического лечения пороков клапанов сердца свидетельствует о том, что данный раздел является одним из наиболее динамично развивающихся в кардиохирургии в плане постоянного совершенствования применяющихся реконструктивных технологий. За последние годы по мере расширения возможностей кардиохирургии, совершенствования материально-технической базы здравоохранения, лечение клапанных пороков сердца протерпело существенные изменения. Совершенствование методов обследования способствовало более полному пониманию тонких механизмов работы клапанного аппарата сердца. Это во многом обусловило расширение спектра реконструктивных хирургических вмешательств и показаний к их выполнению. В докладе освещены самые современные направления в клапанозамещающей и клапансохраняющей кардиохирургии: своевременная диагностика, правильно выбранная тактика и рациональная техника.

Н.А.Майстренко (председатель). В докладе и демонстрации представлены достижения относительно короткого времени. Петр Андреевич Куприянов избрал судьбу хирурга, а человек, который следует своей судьбе, получает все.

Поступил в редакцию 25.02.2009 г.

2325-е заседание 10.12.2008 г.

Председатель — П.К.Яблонский

ДЕМОНСТРАЦИЯ

А.П.Войтенко, С.М.Курбангалеев (Городской гелкологический центр, Елизаветинская больница, кафедра хирургических болезней стоматологического факультета Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова). **Опыт успешного применения компрессионной эластичной цинк-желатиновой повязки.**

Больному С., 52 лет, тренеру олимпийской команды по легкой атлетике, 20.11.1978 г. по поводу травмы левого коленного сустава выполнена операция артротомия, удаление обоих менисков, пластика передней крестовидной связки лавсановым протезом. В послеоперационном периоде развилась серия осложнений, потребовавших надмыщелковой остеотомии, артротомии, приведшие к формированию неоартроза по линии остеотомии бедра, варусно-ротационной деформации с анкилозом коленного сустава, остеомиелиту и прогрессирующей флегмоне бедра. Решался вопрос об экстренной ампутации бедра по жизненным показаниям. Применение цинк-желатиновой повязки по методу С.М.Курбангалеева и А.П.Войтенко позволило устранить гнойно-воспалительный процесс бедра и создало условия для успешной костно-пластической операции, выполненной в Городском центре стабильно-функционального остеосинтеза под руководством В.П.Хомутова. Достигнуто функциональное и анатомическое восстановление конечности. На рентгенограммах левой бедренной кости в двух проекциях от 21.02.2008 г. — состояние после оперативного вмешательства на левом коленном суставе. Металлические винты в средней и нижней трети диафиза бедренной кости. Зона склероза костной ткани в надмыщелковой зоне бедра. Фиброзный анкилоз коленного сустава. По данным объективного клинко-рентгенологического обследования

дования удалось добиться излечения остеомиелита бедренной кости, что подтверждается длительным (более 12 лет) периодом стойкой ремиссии. Больной не представлен.

Ответы на вопросы. Показанием к ампутации являлось септическое состояние больного. Заживлению остеомиелита способствовала «влажная камера», создаваемая повязкой, но полностью механизм не ясен. Рентгенограмм, сделанных после дренирования флегмоны бедра до наложения повязки, не представлено. Никакой лекарственной терапии, кроме цинк-желатиновой повязки, больной не получал.

Прения

А.А.Протасов. Автор прекрасно лечил цинк-желатиновой повязкой трофические язвы варикозного происхождения. Механизм этого действия, в общем, понятен. Но это не панацея. Артериальную недостаточность им лечить нельзя. Окклюзия свища при остеомиелите недопустима. Под повязкой заживают только гранулирующие раны. Скорее всего, произошло самоизлечение.

А.В.Сабельников. Цинк-желатиновая повязка в нашей стране применяется с 1940 г. Она устраняет хроническую венозную недостаточность, улучшает гемодинамику, но на бедре — это только лонгета! Представленное наблюдение — казуистика! Вначале надо ликвидировать очаг остеомиелита. Для компрессии вен лучше использовать современный трикотаж, но это дороже, чем цинк-желатиновая повязка.

Н.А.Бубнова. Повязку надо применять по показаниям. Здесь представлено исключение, которому нельзя учить молодых врачей.

П.К.Яблонский (председатель). Метод используется до сих пор и приносит пользу. Но в данном наблюдении нельзя утверждать, что помогла именно цинк-желатиновая повязка.

ДОКЛАД

Д.Ю.Семенов, Л.В.Поташов, Т.Д.Фигурина, М.Е.Борискова, П.Л.Панкова, В.Н.Сечкарева, Н.С.Фещенко (кафедра общей хирургии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова). **Современные проблемы диагностики и хирургического лечения высокодифференцированного рака щитовидной железы.**

Дифференциальная диагностика узловых образований щитовидной железы (ЩЖ) является актуальной проблемой современной тиреологии, что, прежде всего, связано с необходимостью исключить рак щитовидной железы. Постановка диагноза представляет значительные сложности на всех этапах обследования и лечения. Так, на дооперационном этапе основным методом диагностики рака ЩЖ является тонкоигльная аспирационная биопсия (ТАБ) с цитологическим исследованием. Проведенное исследование показало, что ТАБ в диагностике фолликулярных опухолей обладает низкой специфичностью. В этих условиях оперативное вмешательство выполняется с диагностической целью (45% больных). Поиск новых методов дооперационной диагностики высокодифференцированного рака щитовидной железы (ВДРЩЖ) является актуальной проблемой. В работе показаны возможности иммуноцитохимических (ИЦХ) исследований биомаркеров рака, таких как галектин-3, HBME-1, FAS-Rc в дооперационной диагностике рака ЩЖ, а также определение экспрессии тиреоглобулина в дооперационной диагностике регионарных метастазов РЩЖ. В работе предложено внедрить в интраоперационную дифференциальную диагностику узловых образований щитовидной железы метод срочного цитологического исследования. Срочное цитологическое исследование позволяет на интраоперационном этапе улучшить диагностику рака щитовидной железы и его регионарных метастазов. Совместное использование

во время операции срочных цитологического и гистологического методов диагностики позволяет выбрать оптимальный объем хирургического лечения. Сложности верификации диагноза зачастую остаются и на послеоперационном этапе, а именно, при плановом гистологическом исследовании. Определение экспрессии молекулярных маркеров помогает при сложностях в дифференциальной диагностике рака ЩЖ. На основании анализа данных литературы и результатов собственных исследований, авторами выработан алгоритм диагностики и лечения ВДРЩЖ, позволяющий улучшить результаты лечения больных раком ЩЖ.

Ответы на вопросы. Уровень экспрессии галектина-3 более 10 характерен для рака по данным литературы. По нашим данным, преобладали значения около 30. Сочетание токсического зоба и рака отмечено у 10 больных. Больных отбирали по хронологическому принципу — за последние 3–4 года. Экстренное гистологическое исследование удаленных лимфатических узлов не производилось. Повторные операции выполнялись через 2–3 мес, так как мы ожидали стихания воспаления и получения результатов гистохимического исследования (не менее 1 мес). Заключение давал только один исследователь. При метастазах в парашитовидные железы лучевая терапия не применялась. Рекомендации основаны на новых протоколах лечения рака ЩЖ. Но до сих пор нет единого отношения к центральной диссекции. Если в лимфатических узлах находят ткань щитовидной железы, то это метастаз.

Прения

А.Ф.Романчишен. Материал маловат для глобальных выводов. В диагностике помогает УЗИ. ТАБ не позволяет диагностировать коллоидный зоб, так как цитолог видит коллоид, а не клетки. Перешеек ЩЖ не относится к долям. Повторные операции — плохой показатель.

Н.А.Майстренко. Необходим анализ отдаленных результатов. Дозаказательная база мала.

Б.И.Мирошников. Следует отметить высокое качество доклада.

Л.В.Поташов. Следует отметить также личные качества докладчика. Это состоявшийся хирург.

П.К.Яблонский (председатель). Доклад узко специализирован. Это еще раз говорит о том, что эти больные должны находиться в специализированных отделениях.

Поступил в редакцию 25.02.2009 г.

2326-е заседание 24.12.2008 г.

Председатель — Н.Ю.Коханенко

Повестка дня подготовлена сотрудниками Международной клиники «МЕДЕМ», Санкт-Петербург.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

А.Л.Андреев, А.В.Глобин, А.В.Проценко, И.В.Портнягин. **Лапароскопическая хирургия левосторонней посттравматического диафрагмальной грыжи, осложненной ущемлением и толстокишечной непроходимостью.**

1. Больной Х., 40 лет, до поступления в клинику предъявлял жалобы на периодические боли в эпигастрии с иррадиацией в спину, которые объясняли гастритом и купировали противоязвенной и спазмолитической терапией. В 1995 г. он перенес автоаварию с переломом VIII–X ребер слева и левосторонним гемотораксом, выполнено дренирование плевральной полости слева. 28.03.2007 г., после физической нагрузки, появились аналогичные боли, на 3-и сутки

присоединились признаки толстокишечной непроходимости. По данным рентгеновских исследований и компьютерной томографии брюшной и грудной полостей, диагностирована посттравматическая левосторонняя диафрагмальная грыжа, осложненная ущемлением и непроходимостью толстой кишки. 31.03.2007 г. выполнена операция: лапароскопическое устранение толстокишечной непроходимости, резекция большого сальника, устранение левосторонней посттравматической диафрагмальной грыжи. Дефект диафрагмы ушит двухрядным швом. Дренажи из плевральной и брюшной полостей удалены на 1-е сутки послеоперационного периода. Активный образ жизни — на 3-и сутки после операции. При наблюдении за пациентом более 1 года отмечается хороший результат лечения.

2. Больной В., 46 лет, поступил в клинику 21.04.2008 г. с жалобами на периодические схваткообразные боли в эпигастриальной области, сопровождающиеся задержкой стула и вздутием живота, которые разрешались после приема касторового масла и спазмолитиков. В декабре 2007 г. было проникающее ранение левой половины грудной клетки с ранением левого желудочка сердца и множественными ранениями левого легкого, острой тампонадой сердца, гемопневмотораксом слева, колото-резаной раной поясничной области слева, шоком II–III степени, посттравматическим перикардитом. Были выполнены торакотомия слева, резекция нижней доли левого легкого, перикардотомия, диагностическая лапароскопия. При обследовании диагностирована посттравматическая левосторонняя диафрагмальная грыжа. Предложена операция, от которой пациент отказался, выписался по собственному желанию. 06.05.2008 г. появились схваткообразные боли в животе, тошнота, рвота съеденной пищей, задержка стула и газов. 07.05.2008 г. повторно госпитализирован в клинику. По данным обследования установлена ущемленная посттравматическая диафрагмальная грыжа слева, острая толстокишечная непроходимость. Операция 08.05.2008 г. — лапароскопическое устранение толстокишечной непроходимости и левосторонней посттравматической диафрагмальной грыжи. На следующий день удалены дренажи из плевральной и брюшной полостей. 11.05.2008 г. пациент выписан из стационара. При наблюдении за пациентом в течение 1 мес отмечается хороший результат лечения.

Ответы на вопросы. У первого больного на рентгенограммах и флюорограммах грудной клетки высокого стояния диафрагмы не отмечалось, затруднений дыхания не было. У второго больного ранений было два — нож с длиной лезвия 17 см. Направление ранения было сбоку снизу вверх. Во время первой операции разрыв диафрагмы не был обнаружен. Клиника нарушения проходимости была выражена нечетко (рвоты, вздутия живота не было, был стул), поэтому производились специальные исследования. Помогло в диагностике рентгеновское исследование. В необходимости операции больного приходилось убеждать, потому что перед операцией он стал себя чувствовать лучше, мог ходить. Странгуляционная борозда была. Для шва лучше применять нерассасывающийся материал. Дренаж плевральной полости был установлен до шва диафрагмы, после снижения давления газа в брюшной полости.

ДОКЛАД

А.Л.Андреев, А.В.Глобин, А.В.Проценко. Первый опыт лапароскопической хирургии осложненных посттравматических и параэзофагеальных диафрагмальных грыж.

Лапароскопические антирефлюксные операции в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и скользящей

грыжи пищеводного отверстия диафрагмы прочно заняли свое место в повседневной хирургической практике. Однако возможности эндовидеохирургии при осложненных посттравматических и параэзофагеальных диафрагмальных грыжах до настоящего времени остаются дискуссионными. В данном сообщении на основании опыта выполнения лапароскопических вмешательств у 4 больных с параэзофагеальной грыжей и у 3 пациентов с посттравматической левосторонней грыжей диафрагмы обсуждаются возможности эндовидеохирургии у этой группы больных, особенно при осложненных формах заболевания. У двух человек параэзофагеальная грыжа осложнилась сдавлением пищевода и дисфагией, у одного — перекрутом культи желудка и полной дисфагией (ранее больной перенес резекцию желудка по Бильрот-I). У двух больных с посттравматической левосторонней диафрагмальной грыжей развились ущемление и толстокишечная непроходимость. Следует отметить, что лапароскопические операции по поводу посттравматической диафрагмальной грыжи выполнялись через 5 мес, 2 и 11 лет после получения больными травмы грудной клетки. У всех больных операцию начинали лапароскопическим доступом, однако у больного с параэзофагеальной грыжей и перекрутом культи желудка перешли на открытую операцию. С помощью лапароскопической или традиционной хирургической техники 5 пациентам была выполнена фундопликация по Nissen, в сочетании с задней крурорафией. У 2 больных произведено лапароскопическое устранение толстокишечной непроходимости, резекция большого сальника, устранение левосторонней посттравматической диафрагмальной грыжи. В двух наблюдениях лапароскопические антирефлюксные вмешательства выполнялись симультанно с холецистэктомией. При развитии левостороннего пневмоторакса во время лапароскопического вмешательства у 3 больных уменьшали давление в брюшной полости до 7 мм рт.ст., операции завершали тем же доступом, но дополнительно дренировали плевральную полость. В раннем послеоперационном периоде у 1 больного развилась дисфагия (вследствие гиперфункции манжетки), которую купировали баллонными кардиодилатациями. Отдаленные результаты лечения изучены в сроки от 1 года до 4 лет после операции. Хорошие результаты констатированы у всех пациентов. Мы полагаем, что необходимо четко определять показания и выбирать больных для хирургического лечения диафрагмальных грыж. При проведении операции лапароскопическим методом целесообразно соблюдать принципы, выработанные в традиционной хирургии. Лапароскопические антирефлюксные операции — высокоэффективные малотравматичные вмешательства, которые у больных с параэзофагеальной диафрагмальной грыжей сопровождаются хорошими результатами лечения. Наш первый опыт показывает, что даже при осложненных параэзофагеальных и посттравматических грыжах возможно применение лапароскопической техники.

Ответы на вопросы. Сетку не использовали, так как натяжения при наложении швов не создавалось. Сетку надо перитонизировать. При операциях на органах брюшной полости в анамнезе доступ выбирали чисто интуитивно или пользовались УЗИ-картированием. Автор пока не является сторонником выполнения лапароскопическим методом резекции желудка, панкреатодуоденальной резекции, гастрэктомии. Показаний к конверсии или торакотомии пока не выработано. Заднюю крурорафию делали викрилом. При параэзофагеальных грыжах кардия остается на месте (в отличие от скользящих). Пересекать желудочно-селезеночную связку надо в пределах необходимого для фундопликации, избегая травмы селезенки.

Прения

А.Ф.Романчишен. Медицинская промышленность сделала возможной лапароскопию, лапароскопия расширила возможности хирургов. Удивительно, что хирурги Мариинской больницы пропустили травму диафрагмы. Но возможен и двухэтапный разрыв диафрагмы. Никогда нельзя смотреть рентгенограмму легких в одной проекции. Флюорография тоже делается в одной проекции.

В.И.Кулагин. В Санкт-Петербурге наиболее глубоко занимался диафрагмальными грыжами М.П.Гвоздев. Все операции выполнялись трансабдоминально. Посттравматические грыжи не тождественны параэзофагеальным. До операции посттравматические грыжи не диагностируют. Чаще всего отмечается некроз, ущемление, перфорация толстой кишки. М.П.Гвоздев рекомендовал выделять грыжи скользящие, параэзофагеальные и смешанные. При параэзофагеальных грыжах достаточно зашить грыжевые ворота. Мобилизовать кардию не нужно. Результаты операций в модификации А.Ф.Черноусова лучше, чем Ниссена.

В.Г.Пищик. Посттравматические грыжи диафрагмы и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы отличаются. Купол диафрагмы не всегда виден на КТ. Посттравматическая релаксация диафрагмы выглядит точно так же, как грыжа. Дефекты мышечной части диафрагмы не всегда видны при передней торакотомии. Они обнаруживаются тогда, когда через них выходят органы. Лапароскопические операции не всегда возможны. Бывают грыжи правого купола диафрагмы. Операции вряд ли показаны при некрозе, перфорации ущемленного органа, перитоните.

П.К.Яблонский. Сообщения — анонс будущей конференции по лечению этого состояния. При этих травмах наблюдается цепь врачебных ошибок и осложнений. Важны респираторные жалобы. Диафрагма присасывает органы брюшной полости. Здесь нас убедили в оптимальности абдоминального доступа. Управляемое дыхание позволяет выдержать любое внутрибрюшное давление.

Н.Ю.Коханенко (председатель). Подобного рода демонстрации и доклады пока редки на обществе. В Мариинской больнице за 5 лет лапаротомическим доступом оперировали 2 больных — с посттравматической и параэзофагеальной ущемленной грыжей. Зарубежный опыт лапароскопических операций небольшой. Первая операция — 1998 г. К 2001 г. было 11 сообщений, к 2005 г. — 17, из них 4 конверсии. Операции возможны без эндопротезов. А.Л.Андреев — выдающийся хирург-лапароскопист. Эти операции будут делать не каждый хирург. Не надо стесняться конверсии. Важно, что диагнозы были поставлены до операции.

Поступил в редакцию 25.02.2009 г.

2327-е заседание 14.01.2009 г.

Председатель — Н.А.Майстренко

Повестка дня подготовлена сотрудниками кафедры торакальной хирургии с курсом хирургической пульмонологии ГОУ ДПО СПбМАПО.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

1. В.А.Тарасов, А.С.Богданович, А.Ю.Литвинов, Ю.К.Шаров, В.В.Ставровиецкий. Успешное хирургическое лечение рецидива распространенного рака сигмовидной кишки с канцероматозом брюшины.

Пациентка Г., 45 лет, поступила в клинику торакальной хирургии 08.10.2007 г. в связи с рецидивом рака сигмовидной кишки, множественными метастазами в органы брюшной полости и малого таза, с левосторонним гидронефрозом. В марте 2006 г. у нее была выполнена резекция сигмовидной кишки по поводу опухоли, осложненной кровотечением. Несмотря на полихимиотерапию, в 2006 и 2007 г. была повторно оперирована по поводу рецидива рака сигмовидной кишки с метастазами в печень и малый таз, а также послеоперационной спаечной непроходимости. В отделении торакальной хирургии 09.10.2007 г. была выполнена нефростомия слева, 17.10.2007 г. — лапаротомия, удаление множественных метастатических узлов с резекцией подвздошной кишки, ректосигмоидного отдела толстой кишки, левого мочеточника, мочевого пузыря, экстирпация матки с придатками, удаление метастатических узлов малого таза, забрюшинная лимфаденэктомия, уретерокутанеостомия слева, колостомия. 22.10.2007 г. выполнена операция — релапаротомия, ревизия брюшной полости, химиогипертермическая перфузия брюшной полости (ММС 20 мг, 44 °С, 90 мин). После операции больная получала иммунохимиотерапию. На КТ через 6 мес патологических изменений не выявлено. 31.03.2008 г. выполнена программная операция — лапаротомия, ревизия брюшной полости, левосторонняя нефрэктомия, химиогипертермическая перфузия (ММС 20 мг, 44 °С, 90 мин). При интраоперационной ревизии признаков рецидива опухоли не выявлено. После выписки получала иммунотерапию. В настоящее время признаков рецидива опухоли и карциноматоза у больной нет, ее состояние удовлетворительное. Больная не представлена.

Ответы на вопросы. После первой операции химиотерапию не получала. Больная работает по специальности, колостома и урокутанеостомы существуют. Ведущий метод лечения — хирургический. Рецидивы наступали через 8–9 мес. Перенесла 5 курсов полихимиотерапии. Существенно, что химиогипертермическая перфузия выполняется с лимфодиссекцией. Онкомаркеры не определялись. Для иммунотерапии применялся неовир.

2. В.А.Тарасов, А.С.Богданович, А.Ю.Литвинов, Ю.К.Шаров, В.В.Ставровиецкий. Хирургическое лечение нейроэндокринной опухоли яичников с помощью этапных мультиорганных резекций и химиогипертермической перфузии брюшной полости.

Пациентка И., 50 лет, поступила в клинику в марте 2004 г. по поводу множественных рецидивных опухолей брюшной полости и малого таза. В 1984 г. перенесла экстирпацию матки с придатками по поводу нейроэндокринной опухоли яичника. В 1994 г. выполнено удаление рецидива опухоли в малом тазу. После поступления в клинику торакальной хирургии в марте 2004 г. выполнено удаление множественных опухолей брюшной полости и малого таза, краевая резекция желудка, оментэктомия, правосторонняя гемиколэктомия, резекция 60 см подвздошной кишки, резекция сигмовидной кишки с формированием противоестественного заднего прохода, химиогипертермическая перфузия (t° 44 °С, митомицин С 30 мг, 90 мин). При контрольной КТ живота и малого таза в мае 2006 г. выявлены признаки рецидива заболевания: опухолевые массы в малом тазу с прорастанием стенки мочевого пузыря, культы прямой кишки, правосторонний гидронефроз. 24.05.2006 г. была выполнена операция — удаление массивной опухоли малого таза, экстирпация мочевого пузыря, резекция влагалища, культы прямой кишки, резекция мочеточников, двусторонняя

уретерокутанеостомия, химиогипертермическая перфузия брюшной полости ($t^{\circ} 44^{\circ}\text{C}$, митомицин С 30 мг, 90 мин). При гистологическом исследовании операционного материала диагностирован гранулезоклеточный рак. В последующем больная получала иммунотерапию. 06.09.2007 г. выполнена операция — дренирование абсцесса передней брюшной стенки и брюшной полости в левой боковой области живота. В январе 2008 г. больной выполнена лапаротомия, удаление одиночного метастаза диафрагмы, передней брюшной стенки. При ревизии карциноматоза брюшины не было выявлено. В настоящее время состояние больной удовлетворительное, работает по специальности. При контрольной КТ груди и живота признаков рецидива заболевания нет. Планируется реконструктивная операция на желудочно-кишечном тракте.

Ответы на вопросы. Контрольные осмотры осуществляются В.А.Тарасовым каждые 2–3 мес. После первой операции химиотерапию не проводили. Диагноз изменен с нейроэндокринной опухоли на гранулезоклеточный рак. Гистологически прорастание органов доказано.

Прения

В.В.Олейник. Онкогинекологи не оперируют по поводу метастазов и рецидивов. Больных оперируют хирурги. Как правило, истинного прорастания опухолей не наблюдается.

М.В.Гринев. Работа над проблемой начата 15 лет назад, в Институте скорой помощи. Это одно из направлений циторедуктивной хирургии. Следует различать операции радикальные, паллиативные, симптоматические и циторедуктивные. Каждая операция уникальная, нестандартная. Иммунотерапия рака у нас развита еще недостаточно. Лечение этих больных должно проводиться всю жизнь.

М.Д.Ханевич. Методологически подобные демонстрации не обоснованы. Таких больных должны наблюдать онкогинекологи. В лечении первой больной с колоректальным раком основа успеха — химиотерапия.

П.К.Яблонский. Полученные результаты уникальны. Классическая онкология имеет две проблемы. Первая — доказательные стандарты. Именно их хирурги должны соблюдать. Нельзя сказать, что полезнее — системная химиотерапия или химиогипертермическая перфузия брюшной полости. При анализе заболеваний 120 больных с метастазами в Санкт-Петербурге удалось доказать, что хирургическое лечение и химиотерапия сопровождаются лучшими результатами, чем только хирургическое лечение. В настоящее время в Институте онкологии им. проф. Н.Н.Петрова изучаются возможности регионарной химиотерапии. Пока убедительных доказательств о преимуществах системной или регионарной терапии не получено.

В.А.Тарасов. Для этих больных здравоохранение пока не нашло места, разве что в хосписах. Больному с запущенным перитонитом отказать в операции нельзя, а больному с IV стадией рака можно. Если рак — системное заболевание, то радикальных операций не бывает. Нет способов дезинтоксикации при так называемой раковой интоксикации. Мы напоминаем шахматистов, выучивших только дебют.

Н.А.Майстренко (председатель). Результаты замечательны, а победителей не судят. Мы разделяем боль и эмоции проф. В.А.Тарасова. Но надо разделять популизм и профессионализм. Повторные циторедуктивные вмешательства нужны больным. Возникают много вопросов, но они должны решаться в рамках системного и доказательного подхода.

Поступил в редакцию 25.02.2009 г.

2328-е заседание 28.01.2009 г.,

посвященное 80-летию известного отечественного хирурга, почетного члена Хирургического общества Пирогова, академика Петровской академии наук и искусств, доктора медицинских наук профессора Михаила Васильевича Гринёва

Председатель — Н.А.Майстренко

Повестка дня подготовлена сотрудниками Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи им. И.И.Джанелидзе.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

К.М.Крылов, И.В.Шлык, Г.И.Синенченко, А.Е.Демко, Ю.В.Аникин, Д.А.Козулин, К.А.Шатовкин, Е.Е.Биктимиров. **Лечение пострадавшего с тяжелой термической травмой, осложненной сепсисом и кровотечением из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки.**

Пострадавший Ш., 27 лет, 21.09.2008 г. поступил в реанимацию отдела термических поражений с диагнозом «Контактный ожог головы, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей на площади 40% (17%) IIIа, IIIб, IV степени, шок III». После выведения из шока и стабилизации состояния 23.09.2008 г. выполнены окаймляющие некрэтомии на площади 11% поверхности тела с последующей ксено- и аутодермопластикой. Несмотря на проводимое интенсивное лечение, включающее в себя инфузионно-трансфузионную, антикоагулянтную, антибактериальную, нутриционную и респираторную терапию, а также использование активной хирургической тактики в отношении обширных глубоких ожогов, состояние больного ухудшилось в связи с развитием сепсиса. Учитывая тяжесть состояния, начата иммунозаместительная терапия (пентаглобин, 5 мл/кг). 01.10.2008 г. развилось кровотечение из острой язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. Гемостаз осуществлен обкалыванием раствором 0,01% адреналина. Медикаментозная гемостатическая терапия включала в себя использование ингибиторов протонной помпы (лосек 80 мг/сут), ингибиторов протеолиза (гордокс 1 000 000/сут), трансфузию свежесзамороженной плазмы. Несмотря на проводимую консервативную терапию, развились рецидивы желудочно-кишечного кровотечения 02.10.2008 г. в 10.00 (гемостаз инъектированием и коагуляцией) и в 15.00. В связи с неэффективностью лечебной эндоскопии выполнена операция: лапаротомия, прошивание язвы двенадцатиперстной кишки, пилоропластика по Джадду, стволовая ваготомия. В послеоперационном периоде состояние больного оставалось тяжелым, что было обусловлено кровопотерей, двусторонней пневмонией. Продолжалась интенсивная терапия, включавшая в себя респираторную поддержку. В последующем на фоне стабилизации состояния были выполнены этапные некрэтомии и аутодермопластики. Кожный покров восстановлен полностью на 63-и сутки от момента травмы. Пациент переведен на ожоговое отделение на 71-е сутки, выписан на 91-е сутки.

ДОКЛАД

М.В.Гринёв. **Патогенез критических состояний в неотложной медицине.**

Клиническими моделями критических состояний в хирургической практике являются тяжелая механическая и ожоговая травма, генерализованная микробная или гистиогенная сосудистая инвазия (сепсис,

перитонит, панкреатит, некротизирующий фасциит), в трансплантологии — ишемически-реперфузионные повреждения, в терапевтической практике — инфаркт миокарда, в токсикологической — отравление ядами, токсинами. Определяющим манифестирующим признаком является шоковый синдром с развитием полиорганной недостаточности. Анализу подвержены собственные клинические наблюдения пациентов с перитонеальным септическим шоком (n=145), некоторые экспериментальные данные, подтверждающие характерный патоморфоз микроциркуляторного русла, и такие же патогистологические данные, полученные в клинике у больных с некротизирующим фасциитом (n=50). Основа же критериальной оценки о единстве патогенеза критических состояний базируется на научной методологии «эмпирического обобщения» по В.И.Вернадскому с учетом осмысления патогенеза каждой в отдельности клинической модели на опыте института в течение более чем 20-летнего периода в сопоставлении с данными литературы. Вывод гласит: патогенез критических состояний является универсальным процессом при различных по этиологии экстремальных клинических состояниях, сформировавшимся в процессе эволюции живой системы в качестве защитного ответа на внешнюю (травма, ожоги) или внутреннюю (эндоэксотоксины микробного и гистогенного происхождения) агрессию на основе межклеточных цитокиновых взаимоотношений. Морфологическим локусом клинической манифестации критического состояния является микроциркуляторное русло органов и тканей с характерными признаками тканевой гипоперфузии на основе ишемически-реперфузионных повреждений эндотелиоцитов.

Н.А.Майстренко (председатель). Юбилей еще раз доказал, что без знания патофизиологии хирургия невозможна. Это выступление нельзя назвать лебединой песней. Ждем от М.В.Гринёва и других замечательных докладов.

Поступил в редакцию 25.02.2009 г.

2329-е заседание 11.02.2009 г.

Председатель — Н.А.Майстренко

ДОКЛАДЫ

1. Н.А.Майстренко. *Отчет о работе правления Хирургического общества Пирогова за 2007–2009 гг.*

«Цель общества — сделать общество доступным всякому врачу, даже самых отдаленных уголков России» (из выступления А.Л.Эбермана на открытии Русского хирургического общества Пирогова, 1881 г.).

Задачи общества: 1) воспитание хирургов в лучших традициях русской медицины, расширение и углубление их специальных знаний в области хирургии, т.е. образовательная функция; 2) научная разработка вопросов теории и практики в области хирургии на позициях доказательной медицины и внедрение в клинику новейших достижений медицинской науки; 3) пропаганда достижений отечественной и зарубежной медицинской науки и передового опыта в различных областях хирургии; 4) оказание научно-методической помощи органам здравоохранения в организации специализированной хирургической помощи населению.

Состав Хирургического общества Пирогова:

• члены общества — 237; вступили в общество за отчетный период — 21.

Научная тематика представленных материалов (демонстрации — 64, доклады — 64): торакальная хирургия — 5/2; абдоминальная хирургия — 19/11; сердечно-сосудистая

хирургия — 6/2; онкология — 22/9; хирургия органов эндокринной системы — 5/4; хирургическая инфекция — 5/2; прочее — 2/9.

Лучшие доклады:

1. Б.И.Мирошников, К.М.Лебединский, Г.Н.Горбунов, А.П.Иванов. Эзофагопластика в нестандартных ситуациях: анализ 130 наблюдений.

2. П.К.Яблонский, Е.А.Шлойдо, А.В.Нефедов, Е.В.Павлушков, Т.А.Федорова, П.В.Аниськова, Е.В.Мурая. Венозный тромбоз эмболизм в многопрофильном стационаре: фатальная неизбежность или прогнозируемая опасность.

3. И.М.Самохвалов, А.А.Завражнов, В.Ф.Лебедев, В.И.Бадалов, В.В.Северин, К.П.Головки. Актуальные проблемы современной военно-полевой хирургии.

Лучшие демонстрации:

1. А.А.Завражнов, А.В.Гончаров, В.Н.Ганин, С.В.Гаврилов, П.П.Ляшечко, С.Л.Недомолкин, М.А.Васильев, А.С.Самойлов. Лечение пострадавшего с тяжелой сочетанной травмой живота, таза, конечностей с применением тактики «запрограммированного многоэтапного хирургического лечения» (damage control).

2. В.С.Дедушкин, Н.А.Карасёва, А.В.Нохрин, А.В.Чеботарь, В.М.Попков, А.Д.Халиков, И.Ю.Басария. Ближайший результат комбинированной пластики обширного дефекта грудной клетки после радикальной операции по поводу фибросаркомы грудины.

3. И.В.Мосин, В.А.Герасин, А.А.Горохов, А.Т.Иванов, Р.Р.Рамазанов, А.В.Деревянко, В.Ф.Мусс. Протяженная резекция трахеи в радикальном лечении аденокистозного рака.

Научно-практические учреждения города, наиболее активно участвующие в работе общества: ФГУ РНЦ «Росмедтехнологий»; СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова; СПбГПМА; Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова; медицинский факультет СПбГУ; СПбГУЗ «Городская Покровская больница»; СПбМАПО.

Проблемы: 1) мало дискуссий и дискуссионных постановок вопросов; 2) не все доклады посвящены фундаментальным проблемам хирургии; 3) мало докладов, содержащих основные положения планируемых к защите диссертационных исследований; 4) отсутствие докладов, посвященных истории хирургии; 5) недостаточное количество материалов, а в ряде случаев и низкий содержательный уровень, необходимый для комплектования повесток общества; 6) неудовлетворительная посещаемость заседаний общества, малая активность пополнения его рядов и неуплата членских взносов.

Взносы — первооснова жизни общества.

За отчетный период собрано взносов — 10 770 руб.; затраты на обеспечение работы общества — 147 547 руб.

Предлагаемый вариант нового состава Правления: З.И.Баскакова, А.М.Беляев, С.В.Васильев, Н.И.Глушков, С.М.Лазарев, А.П.Михайлов, Ю.В.Плотников, А.Ф.Романчишин, М.Д.Ханевич, П.К.Яблонский.

2. С.М.Лазарев. *Отчёт о работе редколлегии журнала «Вестник хирургии им. И.И.Грекова» за 2007–2008 гг.*

За отчетный период 2007–2008 гг. издательство «Эскулап» регулярно выпускало 6 номеров в год по 128 стр. В 2007 г. в редакцию поступили 280 статей, 12 протоколов заседаний Хирургического общества Пирогова, 10 протоколов заседания Научно-практического общества анестезиологов и реаниматологов Санкт-Петербурга. Принято к печати и опубликовано

285 работ. Из них 16 протоколов Хирургического общества Пирогова, 5 протоколов НПОАиР, 9 протоколов секции сердечно-сосудистых хирургов. Отказано — 65 статей. Число авторов — 672. В 2008 г. поступило в редакцию 252 статьи, 13 протоколов Хирургического общества Пирогова, 10 протоколов НПОАиР. Приняты к печати и опубликованы 229 работ. Среди них: 18 протоколов Хирургического общества Пирогова, 9 работ общества анестезиологов. Отказано — 34 статьи. Число авторов — 728.

В 2008 г. на Хирургическом обществе Пирогова в 2007 г. было демонстраций — 23, докладов — 20; в 2008 г. соответственно — 34 и 18. На Обществе анестезиологов и реаниматологов проведено в 2007 г. 2 демонстрации и 14 докладов, в 2008 г. соответственно — 8 и 22. В 2008 г. от секции сердечно-сосудистых хирургов не были поданы протоколы заседаний.

Тираж журнала в 2007 г. составлял от 1060 до 1180; в 2008 г. — 1050–1150 экземпляров.

Подписывались на журнал в России, странах СНГ, дальнем зарубежье (Германия, Австрия, Швеция). В Санкт-Петербурге подписались всего 23 человека. Цена журнала составляла для физических лиц — 190 руб. в 2007 г., 220 руб. — в 2008 г., для юридических — 280 руб. в 2007 г., 320 руб. — в 2008 г. Подписка во II половине 2008 г. повышена.

Условия для работы редакции полностью отсутствовали в последний год. Только в конце 2008 г. редакция обосновалась на Б.Сампсониевском пр. в небольшой комнате. Связано это с тем, что денег едва хватает на издание журнала, так как публикация статей бесплатная, а цены за аренду очень высокие. Спонсорской поддержки нет. Издание журнала держится только на энтузиазме редакции и редколлегии.

Необходимо отметить, что многие авторы хотят публиковаться в журнале, так как он, во-первых, входит в список журналов, рекомендуемых ВАКом для диссертантов, а во-вторых, имеет высокий рейтинг цитирования в России и за рубежом. Но, в то же время, многие авторы даже не подписываются на журнал, не помогают публиковать рекламу.

Несмотря на организационные трудности, журнал выходит в срок.

В 2007 г. в номерах журнала печатались статьи, посвященные юбилеям: 75-летию СПбНИИ скорой помощи им. Ю.Ю.Джанелидзе и 75-летию Института гематологии и трансфузиологии. В 2008 г. — юбилею Российского центра радиологии и хирургических технологий (ранее ЦНИРРИ).

В журнале представлены традиционно все разделы журнала и смежных дисциплин. Однако необходимо отметить, что за отчетный период отсутствовали статьи в разделах: «В помощь начинающему хирургу»; «Клиническая анестезиология и реаниматология»; «В институтах, клиниках»; «Проблемы медицинского образования». Имеется пожелание: публиковать лучшие доклады и демонстрации Хирургического общества Пирогова в журнале.

Все петербургские и российские хирурги привыкли, что, несмотря ни на что, журнал регулярно издаётся, но его издание теперь зависит только от хирургов — не будет подписки, рекламы, спонсорской поддержки — журнала не будет.

Прения

Л.В.Поташов. Работа правления проходила в тяжелых материальных условиях. Это доказывается малым числом подписчиков на журнал. Но общество не потеряло своего лица. Все больше становится молодых участников. Но низка посещаемость общества, заведующими кафедрами хирургии, которых в городе много. Журнал душит Интернетом. Но компьютер не может заменить живое общение.

Единогласно утвержден предложенный для голосования список нового состава правления.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

Б.И.Мирошников, Э.Л.Латария, А.В.Старенченко, Г.Г.Накопия, А.С.Ремизов, Н.В.Галкина, Е.А.Путилова (Городская Покровская и Дорожная клиническая больницы). **Трудности диагностики раннего рака большого дуоденального сосочка.**

1. Пациент К., 75 лет, болен в течение 3 лет: слабость, недомогание, отсутствие аппетита, снижение массы тела на 12 кг, интермиттирующая желтуха, лихорадка до 39,5 °С с ознобами и болями в правом подреберье. При УЗИ констатировано: желчный пузырь 110×44 мм, стенка 3 мм, конкрементов не содержит; общий желчный проток 13–18 мм. ФГДС: округлое плотное образование в большом дуоденальном сосочке (БДС) 3×2×2 см; слизистая оболочка над ним не изменена и умеренно подвижна (аденома?, киста?). Гистологическое исследование: хронический дуоденит. При чрескожной чреспеченочной холангиографии (ЧЧХГ) подтверждено расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков; на уровне БДС — округлое образование 2,0×2,0 см, с нечеткими бугристыми контурами, поступление контраста в двенадцатиперстную кишку (ДПК) замедленное (на 40-й минуте). При контрольной фистулографии терминальный отдел общего желчного протока слепо заканчивается с наличием в нем краевого дефекта наполнения. Диагноз — опухоль БДС. Операция 20.01.2004 г. — панкреатодуоденальная резекция (ПДР) с сохранением пилорического жома и желчного пузыря. Гистологическое исследование препарата — умеренно дифференцированная аденокарцинома БДС, прорастающая все слои стенки ДПК и общего желчного протока T2N0M0. Послеоперационное течение гладкое.

2. Больная К., 47 лет, поступила в больницу им. Боткина с болями в правом подреберье, лихорадкой до 39 °С с ознобами, иктеричностью склер. УЗИ — желчный пузырь 110×50 мм без конкрементов и признаков воспаления, общий желчный проток 11 мм, внутрипеченочные желчные протоки расширены, панкреатический проток 3 мм. Переведена в нашу клинику. Дуоденоскопия: продольная складка ДПК утолщена, с гиперразрастаниями, слизистая оболочка на участке 2,5×1,5 см разрыхлена, контактна, устье БДС широкое, через него выделяется густая темно-зеленая застойная желчь. Гистологическое исследование биоптата — папиллярная аденома БДС. МРТ: желчный пузырь 92×52 мм, стенки его не утолщены, желчь гомогенная, незначительное расширение внутрипеченочных желчных протоков, общий печеночный проток — 9 мм, общий желчный проток прослеживается до уровня БДС диаметром 13 мм. Поджелудочная железа не увеличена, проток поджелудочной железы расширен на всем протяжении до 4 мм. МР-холангиография — экзофитные образования и конкременты в проекции желчевыводящих путей не выявлены. Диагноз — опухоль БДС? Операция 03.04.2008 г. — лапаротомия, трансдуоденальная ревизия БДС. Срочное гистологическое исследование — рак БДС. Произведена ПДР. Окончательное гистологическое исследование: аденокарцинома БДС разной степени дифференцировки, распространяющаяся по слизистой оболочке ДПК (чем глубже инвазия, тем ниже дифференцировка), без инвазии в общий желчный проток и головку поджелудочной железы. T2N0M0. Послеоперационное течение гладкое.

3. Пациент М., 54 лет, поступил с жалобами на лихорадку до 38–39 °С, боли в верхних отделах живота. УЗИ брюшной полости: желчный пузырь 10×3,9 см, без конкрементов,

стенки его утолщены до 3 мм, общий желчный проток 12 мм, внутривенные желчные протоки не расширены; поджелудочная железа с нечеткими контурами, экзогенность повышена, структура однородная, проток поджелудочной железы 2,5 мм, объемные образования не определяются. ФГДС — гипертрофический гастрит. МРТ: гепатихоледох 11,5 мм, в терминальном отделе общего желчного протока округлое образование 7–10 мм, с инфильтрацией медиальной стенки. Ниже отмечается жидкостное образование до 25 мм в диаметре (дивертикул?). Проток поджелудочной железы 3,5 мм. Парапанкреатическая клетчатка не изменена. Лимфатические узлы не увеличены. Рентгеноскопия желудка: дивертикул залуковичной части ДПК 3,0×3,5 см. Эндоскопическая: желчный пузырь не увеличен, конкрементов не содержит, стенки его толщиной до 3,6 мм. Общий желчный проток 13,5 мм, в терминальном отделе тканевое образование 13,5 мм в диаметре. Поджелудочная железа: головка 28,7 мм, тело 17,0 мм, хвост 18,3 мм, контуры ее ровные, структура неоднородная, гипоехогенная, проток поджелудочной железы 5 мм. Диагноз — опухоль терминального отдела общего желчного протока или дуоденального сосочка? Операция 16.06.2006 г. — ПДР с сохранением пилорического жома и желчного пузыря. Послеоперационный период гладкий. Гистологическое исследование удаленного препарата — опухолевые клетки не выявлены.

Ответы на вопросы. 2 больных диету соблюдают, изредка принимают креон. У всех больных желчный пузырь и желудок сохранены. От папилэктомии отказались. После ПДР 5 лет живут до 70% оперированных больных. Основная диагноза — клиническая. Диагноз аденомы очень часто ошибочен. Она может трансформироваться в рак. Позитронно-эмиссионная томография информативна. Лимфодиссекция при ПДР недостаточно разработана, не всегда выполняется полное удаление лимфатических узлов вдоль верхней брыжечной и печеночной артерий. Были больные, у которых рак не подтвердился, но это не значит, что его не было.

Прения

А.Д.Слободжанкин. 9 лет назад в обществе демонстрировались 2 больные после папилэктомии. Обе живы и сейчас, но у одной больной рак не подтвержден.

Н.Ю.Коханенко. Несмотря на перенесенную операцию, представлены здоровые люди, с хорошим функциональным результатом. ПДР нужна, никто не обсуждает, нужна ли резекция желудка. Рак и аденома, рак и хронический панкреатит трудно различимы, гистологическое заключение может быть ошибочным. Клиника проявляется раньше, чем опухоль до 1 см, видна при специальных исследованиях.

М.Д.Ханевич. ПДР и резекция желудка по результатам несравнимы. Гистологическое подтверждение обязательно. Если его нет — надо повторить исследование в присутствии хирурга, проводить исследования во время операции. Не являются криминалом повторные вмешательства.

Д.Ю.Семенов. Б.В.Петровский говорил, что он будет подвергать судебному преследованию хирурга, который делает ПДР при хроническом панкреатите. Если диагноз ясен, обсуждать нечего. Холангит, желтуха — показания к операции. После мобилизации органов для гистологического исследования остановиться уже нельзя, надо продолжать операцию. Поддерживаю позицию авторов демонстрации.

С.М.Лазарев. Доклад делал маэстро — корифей отечественной хирургии в этой области, которого надо слушать и учиться, однако рядовым хирургам надо соблюдать стандарты лечения таких больных.

В.С.Качурин. Оставление желчного пузыря после папилосфинтеропластики не оправдано, но при ПДР это делать можно.

П.К.Яблонский. Ждать решения экстренной биопсии не всегда оправдано, опытный хирург должен продолжать операцию.

А.Л.Андреев. Эндоскопическое исследование должно быть профессиональным: это выбор оптики, приемов осмотра ДПК, применение релаксации, при сомнениях — биопсия несколько раз.

Н.А.Майстренко (председатель). В дискуссии выявились две крайние позиции. Сейчас время доказательной медицины. С одной стороны, нужна онкологическая настороженность. С другой стороны, без гистологического подтверждения рака ПДР не оправдана. Мало упоминаний об онкомаркерах.

ДОКЛАД

И.А.Нечай (медицинский факультет, кафедра хирургии СПбГУ, Городская Покровская больница). **Оценка запирающей функции после различных видов сфинктеросохраняющих операций по поводу рака прямой кишки.**

Сфинктеросохраняющие операции при раке прямой кишки, как известно, выполняют для обеспечения адекватного контроля над эвакуацией кишечного содержимого. Однако далеко не каждая сфинктеросохраняющая операция, несмотря на формальное сохранение сфинктерного аппарата, соответствует предъявляемым требованиям, т.е. не обеспечивает адекватный контроль над эвакуацией кишечного содержимого. В докладе представлен анализ состояния запирающей функции у 126 пациентов, перенесших сфинктеросохраняющие операции разных видов по поводу рака прямой кишки. Оценка функциональных результатов проводилась с помощью разработанной анкеты, а объективное состояние запирающего аппарата прямой кишки оценивалось с использованием компьютеризированного аппарата. Состояние запирающей функции после операции на прямой кишке во многом зависит от уровня её мобилизации и пересечения, а также от функционального состояния низведенного для анастомоза отдела ободочной кишки. Запирающая функция сфинктерного аппарата прямой кишки сложная и многокомпонентная. Она не зависит только лишь от состояния внутреннего и наружного анальных сфинктеров. В значительной мере на неё оказывают влияние функциональная целостность мышц тазового дна и другие факторы, о чем следует знать и помнить при выполнении низкой резекции прямой кишки.

Ответы на вопросы. Функция и радикальность вмешательства не всегда параллельны. Часть больных получали адъювантную терапию. Сроки адаптации больного — 12–18 мес. Для диагностики повреждений лонно-прямокишечной мышцы предложен специальный инструмент, позволяющий бережно отнестись к этой мышце и предотвратить нарушение запирающей функции.

Прения

В.С.Качурин. Представляется, что материал еще не очень большой и нужно накапливать данные.

Н.А.Майстренко (председатель). Качество жизни больного важно. Предоперационное облучение не может не влиять на функцию держания. Нужно продолжать исследования, изучать большее количество факторов.

Поступил в редакцию 25.02.2009 г.