

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

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

2296-е заседание 14.03.2007 г.

Председатель — В.П.Земляной

Демонстрации

1. В.Н.Полысалов, Д.А.Гранов, Ф.К.Жеребцов, С.Я.Цурупа, И.О.Руткин, В.В.Осовских, В.В.Боровик, Н.В.Олещук, Е.В.Розенгауз (отдел интервенционной радиологии и оперативной хирургии ФГУ ЦНИРРИ Росздрава). **Трансплантация как способ успешного лечения тотального поликистоза печени.**

Больная Я. наблюдалась в ЦНИРРИ с 28.10.1996 г. При поступлении предъявляла жалобы на недомогание, боли в правом подреберье. Больна с 1994 г., когда при УЗИ выявлен поликистоз печени. Проводилось пункционное лечение с эвакуацией в 1995 г. 700 мл и в 1996 г. 500 мл жидкости. Каждый раз после пункции пациентка отмечала уменьшение болей, которые затем вновь усиливались. При обследовании диагноз поликистоза подтвержден. По данным УЗИ и КТ печени, поражено более 80% паренхимы. 12.11.1996 г. выполнена операция: лапароскопия, лапаротомия, фенестрация кист правой доли печени. Послеоперационное течение гладкое. Выписана в удовлетворительном состоянии на 15-й день после операции. В течение 1997–1998 гг. трижды госпитализировалась в связи с увеличением кист и нарастанием болевого синдрома для пункционного лечения. Отмечалось медленное ухудшение самочувствия больной. Пациентка включена в лист ожидания для трансплантации печени. 14.06.1998 г. была выполнена ортотопическая трансплантация печени. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана в удовлетворительном состоянии на 30-й день после операции. В течение 7 лет больная наблюдается в ЦНИРРИ, состояние оценивается как удовлетворительное, получает поддерживающее лечение. Отклонений биохимических показателей от нормы не получено.

Ответы на вопросы. Больную беспокоит тяжесть в правом подреберье, но самочувствие улучшилось, она прибавила в массе тела. Традиционная терапия могла привести к смерти в течение 9–10 мес. Сейчас периодически проводятся курсы лечения цитомегаловирусной инфекции.

Прения

Д.А.Гранов. Это первая операция трансплантации печени из более 20 операций, произведенных к настоящему времени. После этой операции здоровым назвать человека нельзя. Он должен всю жизнь быть под наблюдением врачей и получать соответствующее лечение. Характерны цитомегаловирусная и герпес-ассоциированная инфекции. У больной терапия

адекватна. В 10–15% наблюдений имелся рост фибромиомы матки, что потребовало у данной больной ее удаления. Лист ожидания сейчас включает 36 человек.

В.П.Земляной (председатель). Все операции выполняются в ЦНИРРИ. Здесь имеется поликистоз печени, а не поликистозная болезнь, когда кисты имеются и в других органах.

2. В.Н.Полысалов, Д.А.Гранов, Н.В.Олещук, Е.В.Розенгауз (отдел интервенционной радиологии и оперативной хирургии ФГУ ЦНИРРИ Росздрава). **Возможности катетерной склеротерапии при непаразитарных кистах печени.**

Пациентка Л., 1930 г. рождения, наблюдается в отделении рентгенологических методов диагностики и лечения с 18.05.2003 г. С помощью КТ и УЗИ в правой доле печени выявлена киста 9,5×12,5 см, с однородным гипозоногенным содержимым, тонкой оболочкой и четкой границей с окружающей тканью печени. 29.04.2003 г. выполнена операция: чрескожно-чреспеченочное УЗ-контролируемое дренирование кисты правой доли печени. Под местной анестезией Sol. Novocaini 1% — 20 мл, под УЗ-контролем в полость кисты проведен полиуретановый катетер формы «Pigtail» фирмы «Cook» 8F. Эвакуировано 700 мл светлой, прозрачной жидкости. Цитологическое исследование показало бесструктурные массы, единичные эритроциты. Элементов опухоли или эхинококка не выявлено. В полость кисты введено 100 мл 96% этанола, последний эвакуирован после 20-минутной экспозиции. В течение последующих 13 сут произведена катетерная склеротерапия с ежедневной эвакуацией содержимого кисты и промыванием её полости 96% этанолом. Отделяемое уменьшилось со 100 до 20 мл/сут. Катетер удален 12.05.2003 г. В удовлетворительном состоянии больная выписана под наблюдение в поликлинику по месту жительства. При обследовании через 6 мес, по данным УЗИ и КТ печени, кист не определяется. На месте кисты имеется втяжение на контуре печени. При наблюдении в динамике признаков рецидива кисты не отмечено.

Ответы на вопросы. Киста обнаружена случайно. Кроме спирта, используем формалин.

Доклад

В.Н.Полысалов, Д.А.Гранов, П.Г.Таразов, Н.В.Олещук, Е.В.Розенгауз, Н.Н.Верясова, К.В.Прозоровский (отдел интервенционной радиологии и оперативной хирургии ФГУ ЦНИРРИ Росздрава). **Опыт лечения непаразитарных кист печени с применением малоинвазивных УЗИ-контролируемых методик.**

В хирургической практике УЗИ в режиме реального времени имеет большое значение, так как при высокой

информативности позволяет получить скан органа непосредственно в момент исследования. Благодаря этому можно не только поставить диагноз, но и производить хирургические манипуляции под УЗИ-контролем. В докладе представлен опыт лечения непаразитарных кист печени (НКП) за период с 1987 по 2003 г. За это время в клинике ЦНИРРИ обследованы 110 пациентов с кистозными поражениями печени различного генеза. НКП были диагностированы у 87, эхинококковые — у 19, кистозные формы опухолей печени — у 4 больных. Не получали специального лечения и находились под наблюдением 18 пациентов. У остальных 69 больных использованы различные методы лечения, которые включали малоинвазивные (чрескожная пункция и катетеризация) и оперативные (открытые операции на печени различного характера). В докладе изложены различные способы лечения НКП, применяемые в ЦНИРРИ с акцентом на преимущественное использование малоинвазивных методов, показаны особенности их применения. Приводятся результаты, достигнутые при лечении НКП различными способами. Пункции выполнены у 22 больных. При этом склеротерапию удалось провести у 19. Полное исчезновение кист достигнуто у 8 (42,1%) больных, уменьшение размеров кист — у 9 (47,1%); в одном случае при поликистозе отмечено уменьшение болей, лечение оказалось неэффективным в одном наблюдении. Катетеризация была осуществлена у 22 больных. У 19 пациентов успешно проведена катетерная склеротерапия. Полное исчезновение кист достигнуто у 8 (42,2%) больных, уменьшение размеров — у 10 (52,6%). У одного пациента при поликистозе отмечено уменьшение болей. Открытые операции произведены в 25 наблюдениях. Полное исчезновение кист достигнуто у 17 (68%), уменьшение размеров — у 8 (32%) больных.

Доброкачественный характер НКП позволяет воздержаться от излишнего радикализма и использовать малоинвазивные методы (чрескожная пункция и катетеризация) в их лечении. К открытым операциям следует прибегать лишь по строгим показаниям: подозрение на паразитарный характер или малигнизацию кисты, сдавление сосудистых структур, быстрый рост и большие размеры образования (более 10–12 см).

Ответы на вопросы. При паразитарных кистах предпочитаем оперативное лечение, хотя пункционная терапия не всегда противопоказана. Кисты диаметром менее 5 см стараемся только наблюдать. Показания к операции: быстрый рост, подозрение на малигнизацию. При паразитарных кистах вместо этанола применяем формалин. Связь кисты с внутривенными протоками обнаружена у одной больной. Выполнена левосторонняя гемигепатэктомия. Максимальное количество эпизодов повторного лечения — 3. Нагноения кист во время лечения не отмечали. Малигнизация отмечена в одном наблюдении, при этом изменился характер содержимого.

А.А.Протасов. Опыт клиники общей хирургии СПбГМУ им. И.П.Павлова насчитывает несколько сотен больных. Мы согласны со всеми положениями докладчиков. Пункционное лечение начинаем не с 5, а с 3 см. Катетерную методику не применяли, пунктировали 3–5 раз. Если содержимым являлась желчь, то применяли контрастные исследования. Катетер — проводник инфекции. Опухолей после пункций не обнаруживали. Оперировать больных не приходилось ни разу.

Д.А.Гранов. Каждая киста требует индивидуального подхода. Большинство больных лечат специалисты по УЗИ, что сопровождается более частыми осложнениями: нагноениями эхинококковых кист, кровотечением. В основном должно применяться малоинвазивное лечение. Главное — чтобы киста перестала расти. Длительное лечение не исключает малигнизации.

В.П.Земляной (председатель). Число больных с кистами сначала стало резко увеличиваться вследствие улучшения диагностики. Сейчас их стало меньше. Население санировано. Малигнизация, разрыв кисты, кровотечение — чрезвычайно редки. Граница для лечения — 5 см (без значительной динамики).

Поступил в редакцию 26.03.2007 г.

2297-е заседание 14.03.2007 г.

Председатель — Д.А.Гранов

Демонстрации

1. Б.Б.Шафировский, А.Р.Козак, И.П.Савинов, П.К.Яблонский (кафедры хирургии №2 СПбГМА им. И.И.Мечникова и госпитальной хирургии СПбГУ, ГУЗ СПбГМПБ №2; ГУЗ больница №31). **Успешный опыт фотодинамической терапии в комбинированном лечении неоперабельного рака трахеи и крупных бронхов.**

Представлены результаты комбинированного лечения множественного неоперабельного рака трахеи и крупных бронхов у больной 76 лет. В 1997 г. больной была выполнена правосторонняя пневмонэктомия по поводу злокачественного карциноида. При поступлении в клинику в июне 2005 г. были выявлены рецидив карциноидной опухоли в культе правого главного бронха и метастатический плоскоклеточный рак на шпоре левого верхнедолевого бронха. Произведена лазерная фотодеструкция большей части опухоли, закрывающей просвет верхнедолевого бронха. Эффективно воздействовать на разрастание ткани в просвете нижнедолевого бронха не удалось. Состояние больной продолжало постепенно ухудшаться. В июне 2006 г. произведена фотодинамическая терапия опухолей культи правого главного бронха и нижнедолевого бронха левого легкого. Через 1 мес после воздействия отмечалась выраженная редукция патологической ткани. В настоящее время, через 1 год и 8 мес после начала лечения, опухолевая ткань в культе правого главного бронха не определяется. Просветы бронхиальных разветвлений бронхов верхней и нижней доли левого легкого свободны, состояние больной остается удовлетворительным. Полученные результаты позволяют говорить об успешном использовании фотодинамической терапии в комбинированном лечении неоперабельных опухолей трахеи и крупных бронхов.

Ответы на вопросы. Термин «комбинированное лечение» использован в связи с применением различных методов лечения. Можно пользоваться терминами «сочетанное, многоплановое лечение». Это метастатический первично-множественный рак. Химиотерапию не применяли. Стоимость 100 мг фотомодулятора фотолон — 6 тыс. руб. Использование лазера — дороже. Фотодинамическую терапию можно повторять неоднократно. Смещение трахеи сохранилось в связи со смещением ее и фиксацией фиброзными тканями. Оценить опухоль по TNM трудно, это разные опухоли.

Прения

С.Е.Митин. Успех достигнут благодаря лазеротерапии. Фотодинамическая терапия — ее вариант.

И.П.Савинов. Метод предложен в основном для ранних форм рака. Для лечения приоритетны рак трахеобронхиального дерева, пищевода, внутривенных протоков, кожи, мочеполовой системы, женских половых органов. Применялся низкоинтенсивный лазер. Методики еще нельзя назвать отработанными. Продолжается работа с инженерами.

Б.И.Мирошников. Уникальная демонстрация. Результат не сочетается с TNM. Здесь имела место своеобразная опухоль со своей программой развития. Карциноид — операция — рецидив в главном бронхе — опять карциноид — пневмонэктомия — опять карциноид. Но теперь развилась другая опухоль. В лечении больной проявлены высокий профессиональный уровень, последовательность, методичность.

Д.А.Гранов (председатель). Мы стали свидетелями уникальной демонстрации комбинированной локальной терапии. Фотофизические методики открывают новые перспективы в лечении.

2. С.М.Лазарев, Н.П.Кораблёва, А.С.Иванов, А.А.Пичуров, Г.Ю.Феденко (кафедра хирургических болезней МПФ с курсом малоинвазивной хирургии, эндоскопии и лазерных медицинских технологий ФПК СПбГМА им. И.И.Мечникова). **Успешное лечение посттравматической артериовенозной фистулы левого предплечья у молодого пациента.**

Больной С., 26 лет, поступил в клинику хирургических болезней МПФ СПбГМА им. И.И.Мечникова с жалобами на увеличение в размерах подкожных вен левого предплечья, тяжесть и чувство распирания в левой верхней конечности, возникающие при физической нагрузке. За 5 лет до поступления в клинику во время ремонта получил травму левого предплечья металлическим осколком молотка. Возникшее наружное массивное кровотечение было остановлено наложением давящей повязки. Инородное тело не удалялось. После снятия повязки больной отмечал обширную гематому предплечья и плеча. Через год после травмы обратил внимание на постепенное расширение подкожных вен предплечья, затем шум по ходу вен предплечья. Позднее появились указанные выше жалобы. При осмотре внутренней поверхности средней трети левого предплечья обнаруживался рубец длиной 2 мм, ниже которого, в проекции v. cephalica, имелся крупный конгломерат варикозно-изменённых вен, над которым определяется систолическое дрожание. При аускультации шум проводится по ходу v. cephalica до верхней трети левого плеча. Во время ультразвукового исследования выявлена артериовенозная фистула протяжённостью 5 мм с артериализацией системы плечевого вены. При ЭХОКГ отмечено умеренное расширение правых отделов сердца без признаков лёгочной гипертензии. На рентгенограмме предплечья обнаружено инородное тело металлической плотности, располагающееся в мягких тканях. 30.05.2006 г. под местной анестезией выполнена операция: устранение артериовенозной фистулы. Косопоперечным доступом, выше конгломерата вен, выделены лучевая артерия и лучевые вены, одна из которых соединена соустьем протяжённостью 5 мм с артерией. После пережатия артерии выше и ниже соустья конгломерат венозных узлов спался, дрожание над ним не определяется. Соустье устранено без сужения просвета сосудов. Удалено металлическое инородное тело размером 4,0×1,5×2,0 мм из мягких тканей предплечья в проекции соустья. Послеоперационный период протекал гладко. Шум по ходу v. cephalica не выслушивается. Больной выписан на 7-е сутки после операции.

Ответы на вопросы. Признаков сердечной недостаточности в настоящее время нет. К врачам больной обратился потому, что не мог удержать в больной руке груз.

Прения

В.С.Баринов. Выбранная тактика соответствует стандартам сосудистой хирургии. Мы докладывали о лечении 66 больных с травматическими аневризмами огнестрельного

происхождения. Кроме нарушений гемодинамики, возможны инфицирование, вторичные кровотечения. Дискуссионным вопросом является перевязка только артерии. Здесь достаточно было лигирования в отличие от поражения магистральных сосудов. Для диагноза необходимо услышать шум над образованием, произвести УЗИ, учитывать гемодинамические нарушения.

Д.А.Гранов (председатель). Лучевая артерия используется для коронарного шунтирования. По рукопожатию сейчас сила в руке у больного большая. Для лечения избран простой и четкий метод.

Доклад

С.М.Лазарев, Н.П.Кораблёва, К.В.Фетисов (кафедра хирургических болезней МПФ с курсом малоинвазивной хирургии, эндоскопии и лазерных медицинских технологий СПбГМА им. И.И.Мечникова). **Варианты возмещения кровопотери при обширных хирургических вмешательствах в плановой хирургии.**

Возмещение операционной кровопотери остается актуальной проблемой в хирургии. Постоянная угроза иммунных и инфекционных осложнений при переливании компонентов донорской крови, высокая стоимость крови, отказ пациентов от гемотрансфузии, резкое уменьшение количества и изменение социального статуса доноров заставляют хирургов искать альтернативы применению донорской крови. Становится необходимым разрабатывать способы профилактики операционной кровопотери и методы более эффективного лечения ее последствий. Альтернативой использованию донорской крови являются различные варианты аутогемотрансфузии. В докладе приводится анализ результатов лечения 506 больных от 16 до 80 лет, которым были выполнены различные хирургические вмешательства по поводу заболеваний органов грудной и брюшной полости, магистральных артерий конечностей. Возмещение операционной кровопотери этим пациентам проводилось с максимальным сохранением крови больного. Для этого были применены различные приемы кровесбережения. У 364 из 506 пациентов использованы трансфузиологические приемы кровесбережения, а у 131 — хирургические. Трансфузиологические приемы включали предоперационный, интраоперационный и двухэтапный забор крови; интраоперационный забор крови и использование эпокрина; интраоперационный забор крови и реинфузию; двухэтапный забор крови и использование эпокрина. Хирургические приемы включали определенную последовательность перевязки сосудов корня легкого, уменьшение кровоточивости при формировании сосудистых анастомозов. Контроль содержания гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов, гематокрита и показателей коагулограммы (протромбиновый индекс, АЧТВ, фибриноген) во всех группах осуществлялся до забора крови, перед возвратом крови после окончания основного этапа операции, после окончания операции, на 1-, 5-, 10-е сутки послеоперационного периода. Результаты подтвердили эффективность использованных методов кровесбережения, как альтернативы переливанию донорской крови при прогнозируемой кровопотере больше 15% ОЦК при обширных оперативных вмешательствах в плановой хирургии. Оптимальным из них является интраоперационный забор аутокрови и использование эпокрина в комплексе с препаратами железа и гипербарической оксигенацией.

Ответы на вопросы. Интраоперационный забор крови осуществлялся до начала операции. Точка максимальной анемии является стрессовой. Искусственные переносчики

кислорода (перфторан) использовались редко. Для условного больного 60 лет, готовящегося к пневмонэктомии с предполагаемой кровопотерей 800–900 мл, можно планировать интраоперационную эксфузию 400 мл. На следующие сутки анемия усугубляется и вводятся препараты железа, эпокрин. От обычных гемотрансфузий не отказывались. Cell-Saver применяем недавно. Кровопотеря менее 15% ОЦК не требует возмещения (резекция желудка, пищевода, иногда даже панкреатодуоденальная резекция). Для гемодилюции применяли мафусол, растворы Рингера, глюкозы, средне- и низкомолекулярные декстраны (полиглюкин, реополиглюкин). Селл-сейвер позволяет вернуть до 70% крови.

Прения

О.Н.Скрябин. Предложил создать в Санкт-Петербурге центр «бескровной» хирургии. Донорская кровь небезопасна. Необходимость переливания искусственных переносчиков кислорода (перфторан), заменителей гемоглобина (геленпол) обходится очень дорого. 1 л перфторана стоит 16 тыс. руб. В США — 128 центров «бескровной» хирургии.

Д.А.Гранов (председатель). Тема доклада актуальна и заслуживает обсуждения за круглым столом. Необходимость гемотрансфузий возрастает. Увеличивается количество онкологических больных, расширяется объем операций. Все это требует новых подходов к лечению кровопотери.

Поступил в редакцию 01.06.2007 г.

2298-е заседание 11.04.2007 г.

Председатель — Н.Ю.Коханенко

Демонстрации

1. М.Х.Фридман, К.В.Федосенко, Н.Я.Анисимова, А.Х.Ахмедов (СПб ГУЗ Городской клинический онкологический диспансер). Удаление гигантской забрюшинной опухоли у больной старческого возраста.

В декабре 2006 г. в отделение колопроктологии была госпитализирована пациентка Г., 82 лет. Она жаловалась на чувство дискомфорта в животе, увеличение его в объеме за последние 1,5 года, сердцебиение. За последние 0,5 года больная похудела на 5 кг. Пациентка перед поступлением в диспансер находилась на обследовании в госпитале ВОВ, где при КТ брюшной полости была выявлена гигантская липома околопочечной клетчатки справа, гигантское кистозно-солидное образование в мезо- и гипогастрии. Для дальнейшего обследования и лечения пациентка была направлена в отделение колопроктологии ГКОД. При обследовании на КТ брюшной полости печень, желудок и петли кишечника смещены влево. В мезо- и гипогастрии определяется овальное образование 8×15×27 см, с четкими бугристыми контурами, кистозно-солидной структуры. Образование прилежит к печени и передней брюшной стенке, нижний полюс его находится на уровне края вертлужных впадин. Определяется липома околопочечной жировой клетчатки справа 9,5×10,0×30,0 см, прилежащая к кистозно-солидному образованию; протяженность липомы — от диафрагмы до нижнего полюса образования. Правые надпочечники и почка на её фоне не определяются, однако на уровне Th_{X-XI} в паравerteбральном отделе липомы определяется овальное образование 53×78×76 см, мягкотканной плотности, неоднородной структуры, за счёт чередования слоев мягкотканной и жировой плотности, по форме напоминающее почку. При УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства обнаружено,

что весь объем живота занимает патологическое образование, смещающее внутренние органы влево. Патологическое образование состоит из 3 компонентов: жирового (справа), опускающегося в таз; солидного — занимающего более 1/2 объема; солидного (в малом тазу) — по ходу подвздошных сосудов. При внутривенной экскреторной урографии обнаружено аномальное расположение правой почки слева, пиелэктазия правой почки, неполное удвоение левой почки. При поступлении масса тела больной составляла 54,5 кг. 10.01.2007 г. выполнена операция: удаление забрюшинной опухоли, резекция правого надпочечника. На операции какого-либо выпота не было, практически всю брюшную полость занимала гигантская опухоль (60×50×50 см, массой около 10 кг). Опухоль распространялась от диафрагмы до малого таза (уровень вертлужной впадины), оттесняла печень, желудок и кишечник влево. Правая почка располагалась над левой. Весь кишечник размещался в левом боковом канале. Опухоль имела мягкотканый, кистозный и солидный компонент. Выполнена резекция правого надпочечника. Декапсулированный участок верхнего полюса правой почки и частично её паренхимы ушиты с использованием свободного мышечно-апоневротического лоскута из передней брюшной стенки. Освобождена нижняя полая вена. Правая почка возвращена на место своего анатомического расположения, равно как и кишечник с желудком. К правой почке подведен дренаж, фиксирован к коже через лумботомическое отверстие. Дренаж из правого бокового канала выведен через отдельное отверстие в правой подвздошной области. Дренаж из малого таза выведен в левой подвздошной области. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 14-е сутки. Масса тела пациентки на момент выписки составляла 44,5 кг (на 10 кг меньше массы тела пациентки при поступлении). Гистологическое исследование удаленного препарата: злокачественная саркоматозная опухоль с элементами различной дифференцировки: фиброзной, сосудистой, костной, хрящевой; фрагмент надпочечника с прорастанием опухоли. Окончательный диагноз: злокачественная саркома забрюшинного пространства III стадия, pT2BN0M0 (фиброангиоондростеосаркома различной степени дифференцировки). Особенностью наблюдения явились возраст пациентки; гигантские размеры опухоли, вызвавшие нарушение синтопии и скелетотопии внутренних органов без выраженного нарушения функций последних; а также полиморфность новообразования, проявляющаяся элементами различной дифференцировки.

Ответы на вопросы. Масса опухоли 10 кг 300 г. Почку не фиксировали. Химиотерапию не планировали, противопоказанием являлся старческий возраст больной. В обычную схему терапии стромальных опухолей входит гливек.

Прения

Д.А.Гранов. Мезенхимальные опухоли не обладают инвазивным ростом, что было у этой больной. Эти опухоли не чувствительны к современной химиотерапии, склонны к рецидивам. Операция играет в лечении ведущую роль.

Б.И.Мирошников. Проблема забрюшинных опухолей давно не обсуждалась в обществе. Чем старше возраст больных, тем благополучнее страна. Нужно активнее лечить этих больных. В 1984 г. мы наблюдали больную с опухолью печени, она наблюдалась в ЦНИРРИ, оперирована, обнаружен нерезектабельный рак печени, операция закончилась лапаротомией. При повторной операции на фоне увеличения живота больная вновь оперирована, и опухоль удалось удалить. К сожалению, у нее развилось кровотечение, и она умерла.

Сейчас ставится вопрос о прекращении операций по поводу рака в неонкологических лечебных учреждениях, потому что там не проводится химио- или лучевая терапия. Этим самым хотят прекратить прогресс хирургии опухолей. Именно хирургическое лечение — основное. Не надо забывать, что именно хирурги разрабатывали хирургию рака желудка, пищевода, легкого.

Н.Ю.Коханенко (председатель). Демонстрация великолепна. T2 формулируется при размере опухоли больше 5 см. Забрюшинные опухоли занимают 0,03–0,3% от всех онкологических заболеваний. Более 800 наблюдений имеет Институт им. Н.Н.Блохина. Только за 7 лет накоплены 142 наблюдения. Забрюшинным опухолям свойственно отодвигать органы и рецидивировать. Не надо преуменьшать роль химио- и лучевой терапии. Гемзар, кселода эффективны при раке поджелудочной железы, хотя полного исчезновения опухолей не происходило. Хирургию опухолей в общехирургических отделениях прекращать нельзя.

2. В.П.Земляной, С.Л.Непомнящая, А.К.Рыбкин, Н.С.Бельчикова, Ш.Кенджаев (кафедра хирургических болезней Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования.). **Хронический рецидивирующий панкреатит, вызванный аневризмой селезеночной артерии.**

Больная В., 1966 г.р., поступила в клинику СПбМАПО 06.02.2006 г. Она жаловалась на постоянные, тупые, опоясывающие боли в эпигастриальной области, тошноту, снижение массы тела за последние несколько месяцев, общую слабость. Впервые в 2001 г. при плановом УЗИ обнаружена киста хвоста поджелудочной железы 15 мм в диаметре. 12.11.2005 г. пациентка была госпитализирована в связи с острым болевым синдромом в верхнем этаже брюшной полости, коллаптоидным состоянием. Установлен диагноз хронического рецидивирующего панкреатита, нагноившейся кисты хвоста поджелудочной железы. Проведен курс терапии с положительной динамикой. В январе 2006 г. с прогрессирующим болевым синдромом больная госпитализирована в клинику СПбМАПО. При обследовании (УЗИ, МСКТ брюшной полости с внутривенным контрастированием) выявлена тромбированная мешотчатая аневризма селезеночной артерии, признаки панкреатита. 13.02.2006 г. выполнена резекция тела и хвоста поджелудочной железы с патологическим образованием, спленэктомия. Продолжительность операции 3 ч 20 мин. Объем кровопотери 1000 мл, перелито 250 мл СЗП и 740 мл эритроцитарной массы. При гистологическом исследовании удаленного препарата выявлена мешотчатая аневризма стенки артерии с явлениями воспаления в стенке, выполненная тромботическими массами. В послеоперационном периоде пациентка получала инфузионную, антибактериальную, антисекреторную терапию, парентеральное питание в объеме 3000 мл/сут. Энтеральное питание начато с 5-х суток после операции. С 7-х суток после операции состояние расценивалось как удовлетворительное. Анализ крови от 27.02.2006 г.: Hb 113 г/л, эр. 4,05; л. 6,3; п. 7%. Контрольное УЗИ от 27.02.2006 г.: печень не увеличена, структура однородная. Воротная вена 11 мм. Общий желчный проток до 3 мм. Желчный пузырь грушевидной формы, стенки равномерной толщины, 66х29 мм. Поджелудочная железа 26х26 мм, хвост отсутствует. Селезенка удалена. При ЦДК выявлен усиленный кровоток вокруг железы. 07.03.2006 г. пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение по месту жительства. При контрольном осмотре через 4 мес после операции состояние пациентки удовлетворительное. Жалоб не предъявляет.

Ответы на вопросы. Киста поджелудочной железы выявлена во время беременности на фоне изжоги, увеличения живота. Боли были в спине. Максимальный уровень сахара 5,8–5,9 ммоль/л. Диету соблюдает. Спорт не занималась, травм не было. Эмболизацию не проводили. Выстилка кисты была сосудистой, не панкреатической. Протоки поджелудочной железы не были изменены.

Прения

Б.Н.Котив. Правильный диагноз исключил обычную тактику цистоеюноанастомоза. Эффект эмболизации при этом размере аневризмы дискуссионен.

Н.Ю.Коханенко (председатель). Аневризмы пульсируют. После пункции получают кровь. Если диагноз поставлен до операции — лучше провести хотя бы попытку эмболизации. Это бы уменьшило объем операции. Большой повезло. После дистальной резекции поджелудочной железы сахарный диабет развивается в 70%.

Доклад

Н.А.Майстренко, С.Ф.Басос, В.В.Хижа (кафедра факультетской хирургии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова). **Профилактика и лечение послеоперационных осложнений у больных с нейроэндокринными опухолями поджелудочной железы.**

Опыт обследования и лечения 168 больных с нейроэндокринными опухолями поджелудочной железы, находившихся в клинике факультетской хирургии им. С.П.Федорова с 1954 по 2007 г., позволил проанализировать причины возникновения до-, интра- и послеоперационных осложнений на разных этапах оказания медицинской помощи, разработать и внедрить в клиническую практику программный подход их профилактики и лечения. Среди наших пациентов органический гиперинсулинизм был диагностирован у 111, гастринома — у 43, карциноид — у 8, глюкагонома — у 2, вилома — у 2 и гормонально-неактивная опухоль — у 2 пациентов. Сформулированный нами программный подход основан на комплексном воздействии на все возможные звенья патогенеза интра- и послеоперационных осложнений. Он включает в себя раннее выявление заболевания до развития необратимых изменений; определение локализации патологического очага для минимизации объема операции. Необходима индивидуальная предоперационная подготовка с использованием средств, уменьшающих продукцию специфических гормонов. Снижение травматичности операции достигалось с помощью эндовидеохирургических технологий, современных методов диссекции и коагуляции тканей; профилактику и лечение послеоперационного панкреатита. Большое значение в профилактике интра- и послеоперационных осложнений уделялось использованию сандостатина и его аналогов для подавления функции поджелудочной железы и применению современных физических аппаратов диссекции и коагуляции ткани железы. Применение этих методов, а также до-, интра- и послеоперационное назначение средств, тормозящих секреторную функцию поджелудочной железы, современная антибактериальная терапия позволили сократить частоту послеоперационного панкреатита в 2 раза. Таким образом, программный подход позволил значительно улучшить результаты хирургического лечения пациентов с нейроэндокринными опухолями поджелудочной железы, снизить риск развития послеоперационных осложнений.

Ответы на вопросы. Преимущественно надо делать энуклеацию. В год выполняются 6–7 операций. Здесь нет

таких критериев злокачественности, как инвазия, метастазы. Злокачественных опухолей было 12%. При них показана резекция поджелудочной железы. После 42 дистальных резекций поджелудочной железы умерли 6 человек. Селезенку стремимся сохранять, но около 10 спленэктомий пришлось сделать. За последние пять лет спленэктомий не было. При синдроме Золлингера—Эллисона с неуточненной локализацией делают слепую резекцию органа-мишени. Именно они чаще всего сопровождаются осложнениями. Есть методика определения локализации опухолей по уровню глюкозы в венозной крови исследуемого органа. Она применяется в Москве. Это методика резерва. Травматичным считаем любое вмешательство на поджелудочной железе. Интраоперационное УЗИ уменьшает необходимость грубой пальпации. В лечении панкреатических свищей основа — дренирование на фоне применения сандостатина.

Прения

Б.И.Мирошников. Эйфория от применения сандостатина проходит. Он помогает в начале развития панкреатита, но не в послеоперационном периоде. С 1994 г. летальных исходов не было. Это связано не столько с сандостатином, сколько с накоплением опыта оперативных вмешательств. Травматичность относится только к обезболиванию. Трудностей для хирурга нет. Есть сложность операции, заставляющая хирурга применить какие-то другие приемы. У профессионала длительность операции почти всегда одинакова.

Н.А.Майстренко. Надо знать особенности этих опухолей. Их количество несопоставимо с панкреатитом и раком. Поэтому опыт накопить трудно. Сандостатин сыграл свою роль. Результаты налицо. Послеоперационный панкреатит был после 18% операций, но его тяжесть была намного меньше.

Н.Ю.Коханенко (председатель). Доложенный опыт один из самых больших — 163 больных. Летальных исходов за последние годы не было. Надо говорить о профилактике панкреатита. Мягкая, рыхлая железа опасна для операций. Сандостатин не произвел революцию, но он эффективен. При определенных условиях мы иногда сначала формируем панкреатикостомию, а позднее — анастомоз. Октреотид не хуже сандостатина. Мы сделали 49 операций, из них только 10 энуклеаций, но достаточно часто находили малигнизацию. Инсулиномы часто бывают злокачественными.

Поступил в редакцию 01.06.2006 г.

2299-е заседание 25.04.2007 г., посвященное 75-летию со дня рождения проф. А.М.Гранова

Председатели — А.М.Гранов, Н.А.Майстренко

Демонстрации

1. А.В.Павловский, Д.А.Гранов, П.Г.Таразов, В.Н.Полысалов, Н.А.Смирнова (кафедра хирургической гепатологии СПбГМУ им. И.П.Павлова, ФГУ ЦНИРРИ Росздрава). **Излечение больного с местно-распространенным раком поджелудочной железы.**

Больной А., 50 лет, поступил в ЦНИРРИ 05.04.1999 г. с диагнозом «Рак головки поджелудочной железы (T4NXM0)». С начала 1999 г. отмечал слабость, похудение, затем появилась рвота пищей, съеденной накануне. При обследовании

(УЗИ, КТ, ФГДС, рентгеновское исследование желудка) обнаружена опухоль головки поджелудочной железы размером 8×5×4 см, расположенная вдоль нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки, прорастающая ее медиальную стенку и нарушающая пассаж. Выполнена позитронно-эмиссионная томография с ¹⁸F-ФДГ (ПЭТ) в режиме «все тело». Исследование показало злокачественное образование в головке поджелудочной железы без отдаленных метастазов. Селективная целиако- и верхняя мезентерикография 15.04.1999 г. не выявила опухолевой инвазии артерий и воротной вены. Через гастродуоденальную артерию произведена химиоинфузия 1000 мг гемцитабина. 06.05.1999 г. сформирован впередиободочный гастроэнтероанастомоз с межкишечным анастомозом. В послеоперационном периоде наступила постепенная стабилизация состояния. Рана зажила первичным натяжением. 02.06.1999 г. произведена повторная лапаротомия. При ревизии асцита канцероматоза не обнаружено. Опухоль головки поджелудочной железы распространяется от выходного отдела желудка вдоль нисходящей части двенадцатиперстной кишки, нижним краем прорастает брыжейку толстой кишки. Выполнены холецистэктомия, гастропанкреатодуоденальная резекция с иссечением части брыжейки поперечной ободочной кишки. Реконструктивный этап операции произведен с образованием панкреатико, гепатико- и гастроэнтероанастомозов. Гистологическое исследование удаленного препарата: ацинарный рак поджелудочной железы с врастанием в мышечный слой желудка и двенадцатиперстной кишки. Лимфатические узлы без опухолевых элементов. Послеоперационное течение гладкое. 29.06.1999 г. возобновлена внутриаартериальная химиоинфузия в чревный ствол (гемцитабин 1000 мг+липидол 5,0 мл). В общей сложности пациент получил 6 курсов (1 раз в месяц) внутриаартериального введения гемзара и лучевую терапию 38 Гр. С октября 2000 г. противоопухолевое лечение не проводилось. Работал по специальности. Ежегодно проходил амбулаторное обследование. 27.04.2004 г. больному произведена спленэктомия в связи со спонтанным разрывом селезенки и формированием ограниченной гематомы левого поддиафрагмального пространства. При морфологическом исследовании удаленной селезенки и тканей, составляющих гематому, опухолевых элементов не обнаружено. В 2006 г. инвалидность снята. При очередном обследовании в клинике ЦНИРРИ в марте 2007 г. данных за рецидив опухоли не выявлено. Продолжает работать в транспортном предприятии в должности инженера.

Ответы на вопросы. В анамнезе у больного гепатит и язвенная болезнь. До операции чувствовал себя больным около 5 лет. Гистологическое подтверждение диагноза рака перед панкреатодуоденальной резекцией обязательным не считаем. Если хирургическое вмешательство не предполагается, производим чрескожную трепан-биопсию. После химиотерапии размеры опухоли не изменились, явного некроза опухоли не было. Метастазов в регионарных узлах морфологи не обнаружили. Сейчас больной принимает только мезим.

2. Д.А.Гранов, В.Н.Полысалов, В.В.Боровик, А.В.Павловский (ФГУ ЦНИРРИ Росздрава). **Резекция печени по поводу гепатоцеллюлярной карциномы.**

Пациентка Д., 29 лет, жительница г. Новороссийска, поступила в ЦНИРРИ 09.03.2000 г. с диагнозом «Гемангиома правой доли печени». При поступлении больная жаловалась на боли в правом подреберье, тошноту, периодическое повышение температуры тела до субфебрильных цифр. По

данным сцинтиграфии с мечеными эритроцитами и УЗИ данных за гемангиому не получено. При УЗИ в правой доле печени выявлено новообразование размером 145×105 мм, с очагом некроза диаметром 60 мм. Асцита нет. В ЦНИРРИ 15.03.2000 г. выполнена целиако- и верхняя мезентериография, химиоэмболизация правой печеночной артерии (40 мг доксорубицина, 10 мл липиодола, 0,5 см³ гемостатической губки). Заключение: злокачественная опухоль печени (гепатоцеллюлярная карцинома или гепатобластома), соотношение опухоль: здоровая паренхима 2:1 или 3:1. Постэмболизационный период протекал без осложнений. 24.03.2000 г. выполнена повторная УЗИ-контролируемая биопсия новообразования печени. Гистологическое заключение — гепатоцеллюлярный рак. Госпитализация (повторная) в ЦНИРРИ 05.04.2000 г. Жалобы и анамнез прежние. 16.05.2000 г. — операция: расширенная правосторонняя гемигепатэктомия. Доступ по Starlz. При ревизии органов брюшной полости асцита, канцероматоза нет. В проекции VII–VIII сегментов, частично во II сегменте, имеется плотная опухоль, размером 17×15×15 см, с очагами паратуморальных кровоизлияний. Опухоль не выходит за пределы капсулы печени. Увеличенных лимфатических узлов в печеночно-двенадцатиперстной связке нет. Глиссонова триада к правой доле печени лигирована в воротах. В кавальных воротах выделена, лигирована и отсечена правая печеночная вена. При интраоперационном УЗИ установлено, что опухоль отдавливает левую ветвь воротной вены и левую печеночную вену; в связи с этим граница резекции частично затрагивала II–III сегменты печени. Выполнена расширенная правосторонняя гемигепатэктомия (сегменты IV–VIII, частично II–III) методом дигитоклазии и аппаратом «CUSA-200» с раздельной перевязкой сосудов и протоков. Гемостаз с помощью аргонплазменной коагуляции и двух пластин тахокомба. Послеоперационный диагноз: гепатоцеллюлярный рак T4N0M0. Кровопотеря — 5000,0 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений, длительность пребывания в ОРИТ 8 сут. Результат гистологического исследования — высокодифференцированный гепатоцеллюлярный рак. 29.06.2000 г. больная выписана домой в удовлетворительном состоянии. В 2005 г. закончила ординатуру по кардиологии. В 2006 г. родила здорового ребенка, находится в декретном отпуске. В клинике ЦНИРРИ при контрольном исследовании (МСКТ, УЗИ) признаков рецидива заболевания не выявлено.

Ответы на вопросы. Желтухи у больной не было.

ДОКЛАД

А.М.Гранов, Д.А.Гранов, Ф.К.Жеребцов, В.Н.Полысалов, Д.Н.Майстренко, В.В.Боровик, И.О.Руткин, А.Д.Белов, О.А.Герасимова, В.В.Осовских, С.П.Цурупа (отдел интервенционной радиологии и оперативной хирургии, ФГУ ЦНИРРИ Росздора). **Программа трансплантации печени в ЦНИРРИ.**

Трансплантация печени является единственным возможным способом сохранения жизни, медицинской и социальной реабилитации больных, страдающих хронической печеночной недостаточностью или инкурабельными поражениями печени. В Северо-Западном регионе РФ ЦНИРРИ является единственным медицинским учреждением, практически выполняющим программу трансплантации печени. В докладе представлены результаты реализации программы трансплантации печени в ЦНИРРИ за 1998–2007 гг. В институте создана отборочная комиссия по трансплантационной помощи, в которую входят специалисты различного профиля. За данный период в комиссию обратились 98 больных — потенциальных реципиентов печени. Пациенты имели следующие поражения печени: цирроз (гепатит С, гепатит В и их комбинация) — у 33, первичный билиарный цирроз — у 19, аутоиммунный гепатит — у 12, криптогенный цирроз печени — у 10, первичный склерозирующий холангит — у 9, синдром Бадда–Киари — у 7, прочие — у 8. В докладе приведены данные о смертности пациентов в предоперационном периоде. Средний срок пребывания «в листе ожидания» до операции составил (5,0±0,8) мес. Приведены данные о 31 трансплантации печени, из которых 2 операции произведены с использованием правой доли, заготовленной от живого родственного донора. В одном наблюдении выполнена ретрансплантация в раннем послеоперационном периоде. В докладе рассмотрены варианты выполнения трупной трансплантации печени. 5 операций произведены с резекцией нижней полой вены реципиента и использованием временного веновенозного шунта. 24 операции сделаны с сохранением нижней полой вены реципиента, с различными вариантами кава-кавального анастомоза. Освещен вопрос о возможности дооперационного планирования операции на основании результатов предоперационного исследования венозного русла реципиента — с резекцией или сохранением нижней полой вены реципиента. Приведены данные о результатах операций. Интраоперационная летальность — 3,2% (1), ранняя послеоперационная летальность — 6,5% (2), летальность в отдаленном периоде — 9,7% (3).

Ответы на вопросы. Искусственные переносчики кислорода не использовались.

Поступил в редакцию 01.06.2007 г.