

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Председатель Правления — П.К.Яблонский,
ответственный секретарь — А.Н.Напалков, референт — Ю.В.Плотников

2330-е заседание 25.02.2009 г.

Председатель — Н.А.Майстренко

Организационные вопросы

Награждены дипломами почетного председателя общества В.В.Гриценко и В.М.Седов.

Дипломы почетного члена Правления общества вручены Д.А.Гранову, А.Ф.Романчишену, Г.И.Синенченко, Э.Г.Топузову.

Избрание Правления Хирургического общества Пирогова. Члены Правления, выдвинутые на предыдущем заседании, избраны единогласно: А.М.Беляев, С.В.Васильев, Н.И.Глушков, С.М.Лазарев, А.П.Михайлов, А.Ф.Романчишен, М.Д.Ханевич, П.К.Яблонский.

На собрании членов Правления общества председателем Правления избран П.К.Яблонский, заместителем — С.М.Лазарев.

В состав Правления также избраны: А.Н.Напалков — ответственный секретарь, Ю.В.Плотников — референт, С.В.Горчаков — казначей, З.И.Баснакова — архивариус и секретари — В.И.Головин, В.С.Качурин, П.В.Козлова, С.М.Нуралиев, Е.В.Павлушков.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

А.В.Луфт, А.С.Прядко, А.В.Филин, Д.И.Василевский, Р.Р.Седлецкий, Г.В.Михальченко, Д.А.Мищенко (Ленинградская областная клиническая больница). **Комбинированное эндовидеохирургическое лечение пациента с длительно существовавшей хиатальной грыжей, осложненной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, синдромом Барретта, хронической обструктивной болезнью легких.**

Больной Е., 49 лет, поступил в хирургическое отделение Ленинградской областной клинической больницы (ЛОКБ) в сентябре 2007 г. в плановом порядке с жалобами на частую изжогу, отрыжку, боли за грудиной, возникавшие после приема пищи, после физической нагрузки, в горизонтальном положении тела. Указанные симптомы отмечались в течение приблизительно трех десятилетий. Хиатальная грыжа была выявлена за десять лет до данной госпитализации при амбулаторной рентгеноскопии желудка. Периодически пациент проходил курсы консервативной терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. В течение последнего года до обращения в хирургическую клинику, в связи с усугублением клинических проявлений гастроэзофагеальной

рефлюксной болезни (ГЭРБ), включая внепищеводные (хроническая обструктивная болезнь легких — ХОБЛ), был вынужден постоянно принимать антисекреторные и бронхолитические препараты в максимальных дозировках, соблюдать строгие ограничения режима питания и образа жизни. Прогрессирование симптомов заболевания на фоне интенсивной медикаментозной терапии, развитие синдрома Барретта (подтвержденного гистологическим исследованием) явились показанием для направления больного на хирургическое лечение. При предоперационном обследовании у пациента диагностирована фиксированная аксиальная кардиофундальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), осложненная ГЭРБ, синдромом Барретта, вторичным укорочением пищевода, ХОБЛ. Сопутствующими заболеваниями являлись инсулинонезависимый сахарный диабет, ожирение II степени. Первым этапом лечения 21.09.2007 г. пациенту выполнено лапароскопическое устранение ГПОД с задней крурорафией, передней фундопликацией по модифицированной методике Dog на 180°. Через 5 и 6 мес после операции проведена эндоскопическая аргонно-плазменная деструкция участков кишечной метаплазии слизистой оболочки пищевода. При опросе и обследовании больного через 1 год после проведенного лечения жалоб клинических, инструментальных (эндо- и рентгеноскопических), морфологических проявлений ГЭРБ не выявлено. Отмечена регрессия симптомов ХОБЛ.

Ответы на вопросы. Больного беспокоили рефлюкс пищи, изжога, боли за грудиной, повторные частые пневмонии с детства, затруднение дыхания (вдоха). Раньше курил. Антисекреторные препараты не принимал. После операции стал реже пользоваться ингалятором: с 6–8 до 2–3 раз. Иногда затрудняется отрыжка воздухом, для чего больной принимает специальное положение. Диагноз синдрома Барретта поставлен в 2007 г. в ЛОКБ.

ДОКЛАД

А.В.Луфт, С.Л.Воробьев, А.С.Прядко, А.В.Филин, С.А.Зинченко, Д.И.Василевский, Р.Р.Седлецкий, Г.В.Михальченко, Д.А.Мищенко, О.Б.Ткаченко, В.А.Мальков, Я.А.Ламекина (Ленинградская областная клиническая больница). **Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Комбинированные малоинвазивные хирургические технологии в лечении синдрома Барретта у больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы.**

Феномен гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в настоящее время считается одной из ключевых проблем современной практической медицины. Интерес исследователей различных специальностей обусловлен как широкой распространенностью и многообразием проявлений заболевания, так и тяжелыми осложнениями со стороны многих органов и систем, возникающими на фоне хронической желудочно-пищеводной регургитации. Важнейшим и мало изученным вопросом дуоденогастроэзофагеального рефлюкса является синдром Барретта. Исключительная клиническая значимость данного состояния определяется его доказанной ролью в развитии аденокарциномы пищевода. В докладе приведены результаты комбинированных малоинвазивных хирургических вмешательств у 36 пациентов с синдромом Барретта, развившимся на фоне грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, проходивших стационарное лечение в Ленинградской областной клинической больнице в период с 2007 по 2008 г. Предложенный и апробированный в исследовании алгоритм диагностики синдрома Барретта у больных с хиатальными грыжами, подробный анализ технических ошибок и осложнений оперативных вмешательств, а также положительные результаты проведенного лечения представляются интересными для обсуждения не только среди хирургов, но исследователей различных медицинских специальностей. Дальнейшее накопление опыта и совершенствование предложенной методики, а также внедрение ее в повседневную практику хирургических стационаров Северо-Западного региона России в перспективе позволит повысить качество и эффективность оказания медицинской помощи пациентам с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Ответы на вопросы. Резекция слизистой оболочки производилась при кишечной (12 больных), аргонно-плазменная деструкция — при желудочной дисплазии. Репителлизация, по данным литературы, происходит в течение 6 мес, но это не всегда. Доказательством того, что у больного был вторично укороченный пищевод, является то, что он свободно низводился в брюшную полость. Большинство больных направлено пульмонологами. Дисплазия высокой степени злокачественности была у 2 больных, размер у одного больного 3 см. Суточная pH-метрия не производилась, но это обязательное исследование. Чаще делается операция Ниссена. Больных с первично коротким пищеводом не было. Рецидивы были после операций Тупе и Ниссена. Операция освобождает больного от рефлюкса на 10 лет. Противопоказания к лапароскопической операции обычные: выраженный спаечный процесс, недостаток опыта и пр.

Прения

А.Л.Андреев. Проблема XX в. — язвенная болезнь, XXI в. — рефлюксная болезнь. Лапароскопические фундопликации начали делать именно в ЛОКБ. Операция по Дору должна выполняться редко, предпочтительнее — операция Ниссена.

П.К.Яблонский. Причина бронхиальной астмы у 10% больных — рефлюкс-эзофагит. Морфологический критерий вторично короткого пищевода — брюшина на пищеводе. Методология доклада нуждается в улучшении, эту тему необходимо изучать совместно с гастроэнтерологами.

Б.И.Мирошников. Операция типовая, но выполнена лапароскопическим методом. Доклад внес много нового в понимание проблемы. Операция Ниссена не безобидна и сопровождается описанными в литературе осложнениями. Риск рака у этих больных преувеличен.

В.К.Кулагин. Интерес к проблеме был большим в 80-х годах, теперь он вновь возродился с появлением новой тех-

нологии. Пищевод короткий с эндоскопических позиций. Это проблема не только хирургов, но и эндоскопистов, могущих воздействовать на слизистую оболочку. Развитие рака на фоне грыж происходит не только при пищеводе Барретта. Без современной медикаментозной терапии, эрадикации геликобактера, pH-метрии этих больных оперировать нельзя.

Л.В.Поташов. Эндовидеохирургические операции изменили подходы к лечению ГПОД. ЛОКБ — одно из самых квалифицированных учреждений. Данные достоверны.

Н.А.Майстренко (председатель). В условиях Ленинградской области авторы смогли набрать столько больных, что возможно эпидемиологическое исследование. Пищевод Барретта и рефлюксная болезнь не тождественны. Каждый пятый человек на Земле имеет рефлюкс, но оперируется только каждый двадцатый из них. Операция Ниссена — типовая, но нужно разрабатывать показания и к другим. Критерием выбора являются отдаленные результаты.

Поступил в редакцию 18.06.2009 г.

2331-е заседание 11.03.2009 г.

Председатели — П.К.Яблонский, С.В.Васильев

Повестка дня подготовлена сотрудниками

Ленинградского областного онкологического диспансера.

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. Л.Д.Роман, И.П.Костюк, К.Г.Шостка, А.Н.Павленко, И.Л.Пулин, С.И.Лефтеров, Д.А.Хворостенко. **Надлеваторная эвисцерация малого таза при метастатическом раке толстой кишки.**

Пациентка Б., 69 лет, направлена в Ленинградский областной онкологический диспансер с диагнозом «Опухоль малого таза с поражением мочевого пузыря и дистального отдела толстой кишки». Пациентка обследована. При цистоскопии установлено, что вся полость мочевого пузыря выполнена грубоворсинчатой опухолью. Устья мочеточников не визуализируются. При ректороманоскопии в 12 см от анального жома выявлен нижний полюс опухоли, циркулярно суживающей просвет кишки. Взята биопсия. Гистологическое исследование от 27.12.2006 г.: умеренно дифференцированная аденокарцинома толстой кишки. По данным КТ, определяется объемное патологическое образование в полости малого таза, имеющее инвазивный рост в окружающие анатомические структуры (мочевой пузырь, толстую кишку, матку). Образование имеет выраженные фокусы деструкции (некроза) в структуре. Левосторонняя пиелокаликоуретероэктазия. Тазовая лимфаденопатия. 17.01.2007 г. пациентка оперирована. Выполнена расширенная комбинированная обструктивная резекция толстой кишки с экстирпацией матки с придатками и цистэктомией (надлеваторная эвисцерация малого таза). Деривация мочи по Бриккеру. Течение послеоперационного периода неосложненное. Пациентка выписана на 12-е сутки после операции. Заключение гистологического исследования от 23.01.2007 г.: умеренно дифференцированная аденокарцинома сигмовидной кишки (13×9 см) с выраженным слизееобразованием. Язвенно-инфильтративная форма, с массивным прорастанием всех слоев стенки мочевого пузыря (задняя и боковая стенки, преимущественно слева) и выходом опухоли в просвет мочевого пузыря (от 15 до 19 см в диаметре). Данная опухоль толстой кишки интимно прилежит и местами прорастает левые придатки и заднюю стенку матки. При регулярном контрольном

обследовании пациентки признаков рецидива заболевания не получено.

Ответы на вопросы. Больная прибавила в массе тела 3 кг. Это сухая стома, в отличие от «влажной», которая не опорожняется при помощи катетера. Химиотерапия не проводилась. Лимфодиссекция произведена до места отхождения верхней ягодичной артерии. Исследованы 16 лимфатических узлов. Оперировала одна бригада онкохирургов-колопроктологов. Восстановление непрерывности кишки и пластика мочевого пузыря пока не планируются.

2. Л.Д.Роман, И.П.Костюк, К.Г.Шостка, А.Н.Павленко, И.Л.Пулин, С.И.Лефтеров, Д.А.Хворостенко. Передняя надлеваторная эвисцерация малого таза с континентной деривацией мочи по Майнц–Паучи-II при местно-распространенном раке шейки матки.

Пациентка М., 40 лет, находилась на лечении в Ленинградском областном онкологическом диспансере с диагнозом «Рак шейки матки pT4pN1M0». Заключение компьютерной томографии — образование шейки матки 4,8×3,8 см с признаками инвазии в мочевой пузырь и левый мочеточник. Уретерогидронефроз слева II степени. Гистологическое заключение биопсии шейки матки — умеренно дифференцированный плоскоклеточный инвазивный рак. При цистоскопии в области шейки мочевого пузыря выявлено грубоворсинчатое образование 4×3 см. 01.10.2008 г., под контролем ультразвукового исследования выполнена чрескожная пункционная нефростомия слева. 10.10.2008 г., в связи с некупирующимся консервативными мерами, кровотечением из опухоли, выполнена лапаротомия, перевязка внутренних подвздошных артерий. 17.10.2008 г. выполнено хирургическое вмешательство — расширенная комбинированная экстирпация матки с придатками с цистэктомией (передняя надлеваторная эвисцерация малого таза) с континентной деривацией мочи по Майнц–Паучи-II. Гистологическое исследование от 17.10.2008 г.: умеренно дифференцированный плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки, язвенно-инфильтративная форма, с диффузной инвазией во влагалище, в нижний сегмент тела матки и в заднюю стенку мочевого пузыря. Исследовано 22 лимфатических узла, 14 — с метастазами рака. Послеоперационное течение неосложненное. Мочеточниковые интубаторы удалены на 10-е сутки после операции. Нефростомический дренаж удален на 14-е сутки после операции.

Прения

В.В.Олейник. Очень сложный вопрос: выполнять колопластику или нет. Такие операции должны делаться бригадой, состоящей из хирурга, уролога, гинеколога, ангиохирурга, естественно, в специализированном учреждении.

М.Д.Ханевич. Возможность выполнения колопластики зависит от той обстановки, в которой выполнялась операция. Решает это оператор.

С.В.Васильев (председатель). У первой больной все сделано правильно. Колопластика ей не нужна. Участие специалистов в операции полезно, но за результат операции отвечает один человек, а не бригада.

ДОКЛАД

Л.Д.Роман, К.Г.Шостка, И.П.Костюк, Д.Ю.Богородский, А.М.Карачун, А.Н.Павленко, А.В.Федченко. Непосредственные результаты хирургического лечения

местно-распространенных и рецидивных опухолей малого таза.

Удельный вес местно-распространенных опухолей малого таза в структуре онкологических заболеваний толстой кишки, мочевого пузыря, яичников, тела и шейки матки достигает 35%.

Частота развития рецидивов опухолей данной локализации после оперативного и (или) лучевого лечения по-прежнему высока и варьирует от 10 до 40%. Основным компонентом комплексного лечения данной категории больных является хирургическое вмешательство.

В Ленинградском областном онкологическом диспансере в период с 2006 по 2008 г. прооперированы 49 пациентов с местно-распространенными и рецидивными опухолями органов малого таза. Первичные опухоли были выявлены у 35 (71,4%) больных, у 14 (28,6%) — диагностирован рецидив опухоли после предшествующего лечения.

По локализации первичной опухоли пациенты распределились следующим образом: рак сигмовидной кишки — 8 (16,3%) больных, рак прямой кишки — 9 (18,3%), рак анального канала — 2 (1%), рак ректосигмоидного отдела толстой кишки — 4 (8,1%), рак шейки матки — 7 (14,3%), рак яичников — 3 (6,1%) и рак мочевого пузыря — 2 (4%). Рецидивные опухоли включали в себя: рецидивы рака толстой кишки — 5, яичника — 2, шейки матки — 4, тела матки — 3.

Всем пациентам выполнены комбинированные хирургические вмешательства: операция Гартмана (у 6); брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (у 6); внутрибрюшная резекция прямой кишки (у 4); резекция сигмовидной кишки (у 1), цистэктомия (у 1).

У 31 пациента характер распространения опухоли потребовал выполнения экзентерации органов малого таза в различных вариантах. Задняя надлеваторная экзентерация выполнена у 9 пациентов, передняя — у 9; полная надлеваторная эвисцерация органов малого таза — у 15; инфралевакторная эвисцерация органов малого таза — у 1.

У 13 больных операции носили паллиативный характер.

Осложнения в послеоперационном периоде развились у 6 пациентов. Послеоперационная летальность составила 4% (2 пациента).

Выполнение расширенных комбинированных вмешательств у пациентов с местно-распространенными и рецидивными опухолями малого таза, в том числе с удалением всех его органов, целесообразно и оправдано. Выполнение данных вмешательств не приводит к значимому увеличению количества послеоперационных осложнений и сопровождается сопоставимым со стандартными операциями уровнем послеоперационной летальности.

Ответы на вопросы. Неоадьювантная терапия не проводилась, но адьювантная — по показаниям. Подвздошно-тазовая лимфодиссекция выполнялась всем больным. Формирование мочевых резервуаров чаще сопровождается пиелонефритом. Резервуар из желудка не применяли. Продолжительность операций — до 7 ч. Длительность пребывания на койке — от 17 до 36 дней.

Прения

А.М.Карачун. Подобные операции выполняем с 2002 г. Результаты оказались вполне благоприятными. Больных госпитализировали после решения отборочной комиссии. Пятилетняя выживаемость в клинике Мэйо — 34–36%. Восстановление непрерывности кишки позволяет заполнить полость малого таза.

М.Д.Ханевич. Необходимо расширять показания к неoadъювантной терапии и превентивным колостомам, тогда уменьшается объем операции.

В.В.Олейник. Не всегда распознается рак предстательной железы, прорастающий в прямую кишку. Тогда меняется план лечения.

И.В.Правосудов. Подобных больных стало больше. Принципиальна точность дооперационного стадирования опухолей. Неoadъювантная терапия принята во всем мире. Истинное прорастание органа наблюдается не более чем в 50% наблюдений. Поэтому эти операции не всегда можно считать паллиативными.

Н.И.Глушко. Все больше открывается возможностей продлить жизнь больным без существенного снижения ее качества. Это и было показано в докладе и демонстрациях.

А.Ф.Романчишин сделал замечания по докладу и демонстрациям. Один докладчик не может представить весь коллектив.

Л.Д.Роман. Этих больных очень много и оказывать им помощь достойно. Такие операции производятся еженедельно. Накоплен опыт, и сейчас вмешательства занимают около 4 ч. Желательно, чтобы все эти больные до конца жизни наблюдались оперирующим хирургом.

С.В.Васильев (председатель). Предварительные результаты скрининга различными тестами показывают улучшение диагностики. Превентивные колостомы позволяют в большем объеме производить неoadъювантную терапию. Лучевая терапия доступна не во всех лечебных учреждениях. Представлены замечательные операции. Пятилетняя выживаемость при распространенном колоректальном раке достигла 40%.

Поступил в редакцию 18.06.2009 г.

2332-е заседание 25.03.2009 г.

Председатели — П.К.Яблонский, А.М.Беляев

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

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. В.А.Тарасов, А.С.Богданович, А.Ю.Литвинов, Ю.К.Шаров, В.В.Ставровиецкий. **Многоэтапное комбинированное лечение рака яичников с метастазами в легкие, печень, карциноматозом брюшины и плевры.**

Больная Б., 43 лет, впервые поступила на стационарном лечении в клинику торакальной хирургии в октябре 2004 г. с установленным диагнозом рака правого яичника T4N1M1 (IV стадия). Метастазы в печень. Карциноматоз брюшины, большого сальника. Асцит. Частичная кишечная непроходимость. В оперативном лечении по месту жительства больной было отказано. По поводу данного заболевания 05.10.2004 г. выполнена операция экстирпация матки с придатками, спленэктомия, оментэктомия, перитонеумэктомия, диатермокоагуляция метастазов правой доли печени (№ 3), лимфодиссекция тазовых и парааортальных лимфатических узлов, гипертермическая химиоперфузия брюшной полости митомицином С 30 мг, цисплатиной 50 мг, в течение 90 мин при температуре 44 °С. Гистологическое заключение: папиллярная цистаденокарцинома яичника. Послеоперационный период осложнился на 13-е сутки поддиафрагмальным абсцессом слева, потребовавшим релапаротомии, санации и дренирования брюшной полости. Выписана из клиники на

24-е сутки после операции. За период декабрь 2004 г. — февраль 2005 г. выполнено 3 курса адъювантной химиотерапии (цисплатин, доксорубин). Через год, в сентябре 2005 г. при плановом обследовании рецидива в брюшной полости не выявлено, обнаружены метастазы в правом легком, карциноматоз плевры, лимфаденопатия средостения. 26.09.2005 г. операция: торакотомия справа, удаление 8 метастазов из правого легкого, плеврэктомия, катетеризация лимфатического узла переднего средостения. ХГТП правой плевральной полости (цисплатин 50 мг, митомицин С 30 мг, при температуре 44 °С, в течение 90 мин.) Гистологическое заключение — метастазы рака яичника в легкое и лимфатические узлы средостения, карциноматоз висцеральной плевры. Со 2-х суток послеоперационного периода проведен курс эндолимфатической химиотерапии (циклофосфан, карбоплатин). Послеоперационный период без осложнений. Больная выписана на амбулаторное лечение на 15-е сутки. В отдаленном послеоперационном периоде выполнено 5 курсов эндолимфатической иммунотерапии (неовир, ронколейкин, реаферон) и 4 курса системной полихимиотерапии (карбоплатин, таксол). По данным ежегодного обследования, новых очаговых и инфильтративных изменений не выявлено, установлена стабилизация процесса.

Ответы на вопросы. Больная на инвалидности. Последний курс химиотерапии получила 1 мес назад в Ульяновской обл., где проживает. Исследуется каждые полгода после операции. Последняя операция — устранение грыжи с пластикой сетчатым эндопротезом, когда признаков прогрессирования опухолевого процесса не обнаружено. После этого получила курс химиотерапии. Всего получила 2 сеанса гипертермической химиоперфузии, 4 курса системной химиотерапии. Митомицин С применялся потому, что он лучше работает при повышенной температуре тела, карциноматозе. Онкомаркёр СА 25 был повышен в 3 раза. При таких распространенных формах онкомаркёры не всегда информативны. Выраженного рубцово-спаечного процесса у больной после перитонэктомии не было. Он был выражен менее, чем при спаечной болезни. Удаляли серозную оболочку с мочевого пузыря, прямой кишки. Лимфохимиотерапию проводили в течение 5 дней: сначала после операции в месте вмешательства, затем — через паховые лимфатические узлы. Доказательство эффективности лимфохимиотерапии — по данным лимфографии, затеков в венозную сосудистую систему не было. Ронколейкин назначали, если реакция на VCG была отрицательной. Цисплатина сопровождалась почечной недостаточностью при сдавлении мочеточников, поэтому от нее отказались. Таксаны при гипертермии теряют эффективность. Во время процедуры концентрация митомицина С в брюшине в 40 раз выше, чем в плазме. Противопоказание к перитонэктомии — поражение тонкой кишки, когда остается непораженным менее 1 м. Контрольные осмотры — каждые полгода — проводится КТ, исследуются онкомаркёры и т.д.

Е.В.Лещенко. Рак яичников разнороден. Чаще всего он высоко чувствителен к химиотерапии. Важен комплекс проводимого лечения: системная химиотерапия, циторедукция при опухолях менее 2,5 мм, гипертермическая химиотерапия.

2. В.А.Тарасов, А.С.Богданович, А.Ю.Литвинов, И.А.Ларин, Ю.К. Шаров, В.В.Ставровиецкий, Ф.С.Говенько, Д.Н.Монашенко. **Многоэтапное комбинированное лечение рака молочных желез с множественными отдаленными метастазами.**

Пациентка Р., 51 года, поступила в клинику торакальной хирургии в январе 2007 г. с диагнозом: рак обеих молочных

желез T4N2M1 (IV стадия), множественные метастазы в лимфатические узлы средостения и в легкие, метастазы в тела 4 грудных позвонков, двусторонний карциноматоз плевры, солитарный метастаз в печень и метастазы в яичники. В 2003 г. выявила у себя узловое образование в левой молочной железе. В апреле 2005 г. появился и стал нарастать болевой синдром в грудном отделе позвоночника. Зимой 2006 г. появилась острая дыхательная недостаточность, рентгенологически был выявлен левосторонний гидроторакс. Больная была признана неоперабельной. 17.01.2007 г. в клинике торакальной хирургии выполнена операция: левосторонняя расширенная мастэктомия с двусторонней подмышечной лимфаденэктомией, лапаротомия, двусторонняя аднексэктомия, атипичная резекция V сегмента печени, частичная парietальная перитонэктомия (был выявлен карциноматоз брюшины) и химиогипертермическая перфузия брюшной полости (44 °C, митомицин С 20 мг, 90 мин). Гистологическое исследование операционного материала выявило инфильтративный протоковый рак молочной железы. В послеоперационном периоде проведены 1 курс полихимиотерапии (ПХТ) (таксол+адриамицин) и лечение бисфосфонатами (бонефосом). Выписана в удовлетворительном состоянии. 07.03.2007 г. выполнен следующий этап оперативного лечения — правосторонняя мастэктомия, правосторонняя торакотомия, удаление метастазов из правого легкого (87), плеврэктомия, резекция диафрагмы с метастазом, химиогипертермическая перфузия плевральной полости (44 °C, митомицин С 20 мг, 90 мин). При гистологическом исследовании операционного материала — слизистый рак молочной железы. В послеоперационном периоде у больной развился правосторонний гидропневмоторакс, купированный пункциями плевральной полости. Перед выпиской проведена системная химиотерапия (таксол+адриамицин) в комбинации с зометой. Выписана в удовлетворительном состоянии. 15.05.2007 г. выполнена третья операция: левосторонняя торакотомия, удаление 30 метастазов из легких, резекция V ребра, парietальная плеврэктомия, вертебропластика (Th_V, Th_{VIII}, Th_{IX}, Th_X), химиогипертермическая перфузия плевральной полости (44 °C, митомицин С 20 мг, 90 мин). Через 3 нед после операции была проведена системная химиотерапия (таксол+элоксатин) без осложнений. После выписки больная получала повторные курсы ПХТ, лечение препаратами зомета и аримидекс. При КТ груди, живота и малого таза от 22.04.2008 г. признаков рецидива заболевания не выявлено. В настоящее время состояние больной удовлетворительное.

Ответы на вопросы. Впервые больная обратилась к врачу в 2005 г. Лечилась по поводу остеохондроза. Пластика диафрагмы выполнялась местными тканями. Онкологи от лечения больной отказались (в Москве). Метаболического ацидоза не наблюдалось, но нарушения ритма сердечной деятельности были, возможно, в результате компрессии средостения. Уменьшение опухолевой массы помогло действию химиотерапии. После энуклеации метастазов в легких насчитали 87 препаратов.

Е.В.Лещенко. Уязвимость демонстрации в том, что до операции не проведена системная химиотерапия. После нее могло наступить уменьшение объема опухоли. Улучшение состояния при раке молочной железы можно получить назначением тамоксифена.

ДОКЛАД

В.А.Тарасов, А.Ю.Литвинов, А.С.Богданович, Ю.К.Шаров, В.В.Ставровиецкий. **Интраоперационная**

химиогипертермическая перфузия плевральной полости при опухолях груди с карциноматозом плевры.

Больные, страдающие злокачественными опухолями, осложненными карциноматозом плевры, имеют плохой прогноз, поскольку хирургическим методом нельзя добиться полной элиминации опухолевых клеток, а системная химиотерапия не обеспечивает необходимую цитотоксическую концентрацию противоопухолевых препаратов в пораженной плевре. Развитие методик циторедуктивных операций (ЦРО) с химиогипертермической перфузией (ХГТП) плевральной полости позволило надеяться больным с карциноматозом плевры на существенное продление жизни. В зарубежной литературе имеются единичные сообщения [Giovanni B. Ratto и соавт., 1999; van Ruth S. и соавт., 2003; Sugarbaker D., 2003; Eelco de Bree и соавт., 2007, и др.], посвященные лечению мезотелиомы плевры с применением ХГТП с цисплатином или доксорубицином. На нашей кафедре ХГТП плевральной полости проводится с 2002 г. [Тарасов В.А. и др., 2007, 2008]. На базе отделения торакальной хирургии больницы № 26 с 2002 по сентябрь 2008 г. 17 пациентам (8 мужчин и 9 женщин в возрасте от 36 до 65 лет) выполнено 20 ЦРО с ХГТП по поводу карциноматоза плевры, обусловленного раком легкого (6 больных), молочной железы (2 больных), яичников (2 больных), почки (2 больных) и другими злокачественными опухолями (3 больных). 2 больных страдали мезотелиомой плевры. 8 больных ранее перенесли радикальную или ЦРО, 7 пациентов — системную полихимиотерапию. 10 больных госпитализированы с явлениями компрессии средостения и легкого, а также легочного кровотечения. Всем пациентам были выполнены: удаление первичной или рецидивной опухоли (резекция легкого или расширенная пневмонэктомия) и плеврэктомия. ХГТП выполняли в операционной закрытым способом (после ушивания торакотомной раны). Перфузию плевральной полости осуществляли через плевральные дренажи раствором митомицина С (30 мг/м²), нагретым до 44 °C по замкнутой системе в течение 90 мин. В течение первых 30 сут после операции умерли 3 больных. Всего осложненное течение послеоперационного периода наблюдалось у 8 пациентов. Средняя продолжительность жизни выписанных больных составила 16 мес. После проведения ХГТП у 1 больного (через 11 мес) был выявлен рецидив карциноматоза плевры, по поводу чего была выполнена повторная ЦРО и ХГТП, в последующем больной перенес пневмонэктомию с ХГТП. Экссудативный раковый плеврит не был выявлен ни у одного больного. Из 17 больных в настоящее время живы 8 пациентов, 1 из которых жива в течение 4 лет, 1 — более 3 лет и 3 — более 2 лет.

Ответы на вопросы. Различали: R0 — в крае резекции опухоли нет, R1 — опухоль в крае резекции определяется микроскопически, R2 — макроскопически. Ни одного метастаза не оставляли. Погибли больные с неудаляемыми опухолями. Апоптоз в смывах после перфузии не изучали. Культю бронха зашивали ручным швом. В одном наблюдении выполнена операция Добромыслова–Торека. Смерть больных чаще наступает после 6 циклов химиотерапии от сердечной недостаточности. Поэтому операцию лучше проводить после двух циклов лечения. При мезотелиоме редко удается произвести полное удаление опухоли. Удаляли только пораженные опухолью участки плевры.

Прения

В.Г.Пищик. Методика скрывается за деталями. Современные термины — лаваж, флеш. Перфузия относится к крови. Впервые операцию произвел не Sugarbaker, а Dederick

в 1978 г. Современная химиотерапия делает большие успехи, но недостаточна рандомизация. Химиотерапия требует гипергидратации. Плеврэктомии можно делать торакоскопически. Такие операции должны делать в специализированном учреждении, в частности, под руководством В.А.Тарасова.

Е.В.Лещенко. Мелкоклеточный рак легкого до сих пор плохо поддается лечению, в том числе химиотерапии. Для обсуждаемой операции надо доказать, что поражен один гемиторакс. Надо определять чувствительность генов к химиотерапии до операции. Результаты неоднозначны.

В.А.Тарасов. IV стадия рака не лечится. Большая часть этих больных умирают от хирургических осложнений. Второй больной в операции по поводу спаечной непроходимости кишечника долгое время отказывали как онкологи, так и хирурги. В одной клетке 30 тыс. генов.

А.М.Беляев (председатель). Результаты хорошие. Нельзя больных оценивать по синдромам, важна нозология. При раке яичников необходима предоперационная химиотерапия. Рак желудка и рак толстой кишки имеют одинаковое строение, но разный прогноз. То же касается выбора препаратов.

П.К.Яблонский (председатель). Тема непростая, результаты неоднозначны. Поиск в Интернете дал только 10 ссылок на русском языке и 36 тыс. — на других. В этой проблеме выделяются 3 момента: апоптоз, синергизм лечебных мероприятий, уменьшение лекарственной устойчивости клеток. Настоящих многоцентровых исследований пока нет.

Поступил в редакцию 18.06.2009 г.

2333-е заседание 25.03.2009 г.

Председатели — П.К.Яблонский, М.Д.Ханевич

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. И.А.Нечай, А.В.Старенченко, А.В.Седнев, Д.Ю.Гончаров, С.А.Данилов, Н.П.Мальцев (кафедра хирургии медицинского факультета СПбГУ, Городская Покровская больница, Санкт-Петербург). **Низкая передняя резекция прямой кишки по поводу рака среднеампулярного отдела с воссозданием ампулы кишки методом колопластики.**

Одним из актуальных вопросов хирургии рака прямой кишки является возможность выполнения сфинктеросохраняющих операций при низкой локализации опухоли, с обеспечением всех онкологических требований и сохранением адекватных колоректоанальных функций.

Больная З., 61 года, была госпитализирована в Городскую Покровскую больницу с диагнозом: рак среднеампулярного отдела прямой кишки. По данным ректороманоскопии, опухоль располагалась на 6 см от анального края, при гистологическом исследовании биоптатов определена аденокарцинома. Данных за отдаленное метастазирование не получено. 05.02.2007 г. была выполнена низкая передняя аппаратная резекция прямой кишки, протективная трансверзостомия. С целью воссоздания удаленной ампулы прямой кишки и компенсации неизбежных нарушений резервуарной функции больной был создан толстокишечный резервуар с использованием методики колопластики. По данным гистологического исследования удаленного препарата, опухоль была представлена низкодифференцированной аденокарциномой, прорастающей до мышечного слоя прямой кишки, в двух регионарных лимфатических узлах метастазы аденокарциномы. Послеоперационный период протекал без осложнений, выписана из стационара на 12-е

сутки после операции. В послеоперационном периоде проводилась адьювантная лучевая терапия в СОД-56 Гр. После предварительного обследования 17.05.2007 г. выполнено восстановление кишечной непрерывности. После операции проводился онкологический мониторинг по программе, принятой в клинике. Последнее обследование проведено через 21 мес после операции — данных за рецидив опухоли или генерализацию процесса не получено. С целью клинической оценки состояния ректоанальных функций и определения качества жизни проводилось анкетирование, а объективное исследование сфинктерного аппарата и созданного резервуара выполнялось на компьютеризированном аппарате «Menfis» (Италия).

Ответы на вопросы. Больная до сих пор пользуется очистительной клизмой. Лучевую терапию перенесла с перерывом. Химиотерапию не рекомендовали специалисты. Илеостомия переносится больными тяжелее, чем колостомия. В достаточно большом количестве работ доказано, что при определенных условиях допустимо отступить от опухоли в дистальном направлении на 2 см.

М.Д.Ханевич. Для сфинктеросохраняющей операции нижний край опухоли не должен быть ниже 6 см. Желательно формировать аппаратный анастомоз. Обязательна разгрузочная коло- или илеостомия. Колопластика возможна при долихосигме, как было у больной, но не обязательна. В горнокодиспансере на 150 передних резекций прямой кишки произведено лишь 3 колопластики.

2. К.В.Павелец, О.Г.Вавилова, М.Ю.Лобанов, К.В.Медведев, О.Г.Рыбальская (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова СПбГПМА, Мариинская больница). **Успешное радикальное оперативное лечение мезентериального тромбоза и рака выходного отдела желудка у больного пожилого возраста.**

Больная С., 69 лет, была госпитализирована в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы 01.11.2007 г. в экстренном порядке. С 26.10.2007 г. находилась в одном из лечебных учреждений города, где готовилась к плановому оперативному вмешательству по поводу рака выходного отдела желудка и желчнокаменной болезни. Поводом для перевода послужил отказ больной от операции. На момент поступления имела место клиническая картина острой кишечной непроходимости 3-суточной давности (аппендэктомия в анамнезе). Через 3 ч с момента поступления оперирована. В брюшной полости — около 1 л мутного выпота с гнилостным запахом. При ревизии выявлена опухоль выходного отдела желудка размером 4×3 см без явлений стеноза, желчный пузырь — с множественными конкрементами. Практически вся тонкая кишка некротизирована, синевато-зеленого цвета. Произведена резекция тонкой кишки в 50 см от связки Трейтца и 10 см от илеоцекального угла. Сформирован тонко-тонкокишечный анастомоз «бок в бок». Полость малого таза дренирована. Произведена назоинтестинальная интубация. При гистологическом исследовании обнаружен некроз тонкой кишки с тромбами в брыжеечных артериях. Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. На 4-е сутки у больной начали отходить газы, на 6-е — был первый стул. Зонд и дренаж удалены, пациентка переведена на энтеральное питание и с 9-х суток — на прием непрямого антикоагулянта. Выписана на 23-и сутки в удовлетворительном состоянии. 13.12.2007 г. (через 1,5 мес после первой операции) поступила для планового оперативного лечения рака желудка. 17.12.2007 г. произведена дистальная субтотальная резекция

желудка по Бильрот-I с лимфодиссекцией в объеме D2, холецистэктомия. При гистологическом исследовании выявлена высоко дифференцированная аденокарцинома, в регионарных лимфатических узлах атипичных клеток не обнаружено. Выписана на 11-е сутки в удовлетворительном состоянии. Через 11 мес после выписки при УЗИ и ФГДС данных за рецидив и прогрессирование заболевания не получено.

Ответы на вопросы. Сейчас стул 2–3 раза в день. Принимает пищу 4 раза в день. Антикоагулянты вводились во время операции (клексан), затем больная принимала варфарин, готовится к переводу на Тромбо-АСС. Срок до второй операции выбран эмпирически. От зоны некроза отступили 40 см, основываясь на данных литературы. Кроме того, были сомнения в жизнеспособности кишки. Из экссудата из брюшной полости высевалась смешанная флора, преобладала *Escherichia coli*.

М.Д.Ханевич (председатель). Разделение вмешательств было оправдано. Оценка жизнеспособности кишки путем пересечения сосудов и наблюдений за кровотечением несовременна. В крупных стационарах следует иметь возможность проводить флюоресцентные исследования. Анастомоз «бок в бок» в данных условиях оправдан, но он сокращает участок кишки, участвующий в пищеварении. По поводу рака желудка операция адекватна, особенно в условиях короткого кишечника.

ДОКЛАД

Н.И.Глушков, В.Б.Мосягин, М.Г.Сафин, О.И.Гинтовт (кафедра общей хирургии СПбМАПО). **Применение внутрипротокового фотооблучения желчи в комплексном лечении больных холангитом.**

Проанализированы сведения о 105 больных холангитом, проходивших лечение на базах кафедры общей хирургии СПбМАПО с 2002 по 2007 г. в возрасте от 43 до 96 лет. Больные с опухолевой этиологией холангита в данном исследовании не рассматривались. Выделены 2 группы больных. В основной группе (35 больных), наряду с традиционным лечением, производилось внутрипротоковое фотооблучение (ВФО). В контрольной группе (70 пациентов) больные получали традиционное лечение, включающее антибактериальную, инфузионно-детоксикационную терапию, декомпрессию билиарного тракта. Основной причиной холангита в обеих группах чаще всего являлись холедохолитиаз и рубцовые стриктуры желчных протоков. У всех 105 пациентов изучались бактериологический спектр желчи, ее вязкость, клеточный состав (форменные элементы) до лечения (интраоперационно), на 3-й и 7-е сутки после комплексного лечения. Оценивались результаты комплексного лечения при использовании методов регионарного воздействия на желчевыводящие пути. ВФО проводили с использованием аппарата ОВК-3 (облучатель волоконный кварцевый), который широко применяется для фотогомотерапии. Для выбора оптимального режима фотооблучения проведено изучение светопроводимости желчи. Для ВФО использовали 1-й режим (который представлен преимущественно видимым светом) и 2-й режим (который дает преимущественно длинноволновой ультрафиолет и видимый свет до 600 нм) либо их сочетание. Для улучшения светопроводимости и усиления эффекта перед сеансом фотооблучения проводили промывание желчных протоков через дренаж физиологическим раствором. Проведение данной методики использовали при наружном желчном дренаже, который устанавливался как в ходе традиционных операций,

так и при декомпрессивных малоинвазивных вмешательствах. Проводилось от 5 до 12 сеансов ВФО, длительность процедуры 10–30 мин. Для оценки эффективности ВФО у больных холангитом в послеоперационном периоде изучали динамику бактериальной обсемененности, показатель вязкости и клеточный состав желчи. Методика ВФО в комплексном лечении больных холангитом позволяет снизить обсемененность желчи микроорганизмами к 7-м суткам со 105–8 до 100–2, нормализовать вязкость и клеточный состав желчи в просвете желчных путей к 5-м суткам, уменьшить признаки эндогенной интоксикации и печеночной недостаточности. Комплексное лечение больных холангитом с применением ВФО сопровождалось снижением послеоперационной летальности с 15,7 (11 клинических наблюдений) до 5,7% (2 пациента) и осложнений — с 27 (19 клинических наблюдений) до 14% (5 больных).

Ответы на вопросы. Причины смерти больных — печеночно-почечная недостаточность, острый инфаркт миокарда, пневмония. Светопроводность дренажей не изучалась. Световод цилиндрический. Термических поражений не наблюдали. Желчь в течение 1 сут выделяется с разной интенсивностью, процедуру обычно выполняли утром. Эффект заключается не столько в воздействии на оттекающую желчь, сколько на тканевые структуры печени — до долевого протока. Исследование не рандомизировано. Выбор больных случаен. Световод внутри общего желчного протока находился до 30–40 мин.

Прения

А.Д.Слободжанкин. Улучшение состояния больных я наблюдал лично, оно наглядно. Все это должно проходить при хорошем оттоке желчи. Не должно быть дуоденостаза.

Н.И.Глушков. В лечении холангита главное — обеспечение оттока желчи, но при резком изменении давления наблюдается спадение и отпочковывание абсцессов. Идея предложена И.Г.Дуткевичем. Работа проводилась в трех крупных стационарах города, и врачи могли наблюдать эффективность метода.

П.К.Яблонский (председатель). Методика не описана ни в одной монографии. Поиск в Интернете дал только 4 работы, и это работы авторов доклада. На Западе до сих пор не применяют гемосорбцию, УФО крови. Нет достаточного патофизиологического объяснения процесса.

М.Д.Ханевич (председатель). Работа внушает надежды на улучшение результатов лечения больных с холангитом, но главный эффект заключается не столько в облучении желчи, сколько в воздействии на печень.

Поступил в редакцию 18.06.2009 г.

2334-е заседание 22.04.2009 г.,

посвященное 80-летию известного отечественного хирурга, доктора медицинских наук профессора Льва Николаевича Камардина

Председатели — П.К.Яблонский, А.Ф.Романчишен

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А.Ф.Романчишен, С.В.Климин, И.В.Карпатский (кафедра госпитальной хирургии СПбГПМА и Санкт-Петербургский центр эндокринной хирургии и онкологии).

Особенности диагностики и хирургического лечения 3 больных с зобом корня языка.

Зоб корня языка является редким вариантом дистопии щитовидной железы (ЩЖ) в результате дисэмбриогенеза в виде полного или частичного нарушения каудального перемещения тиреоидной ткани. Впервые такой вариант локализации ЩЖ был описан Nickman в 1896 г., в отечественной литературе — в 1897 г. Я.Б.Зельдовичем. Зоб корня языка, по данным Dietrich, выявляется у 1 на 3000–4000 больных с зобом. В нашей практике встретились 6 пациентов с дистопией и эктопией тиреоидной ткани на 23 056 оперированных, т.е. у 1 на 3842 больных с зобом. А.П.Калинин и М.И.Балаболкин (1982) сообщили о 85 больных с зобом корня языка, описанных в литературе отечественными авторами. Всего в мировой литературе приведено всего лишь около 600 таких наблюдений.

Нами оперированы 3 пациентки с зобом корня языка. Их возраст — 39, 42 и 48 лет. Причиной для обращения за медицинской помощью у них было нарушение дыхания, изменения голоса и нарушения глотания. Признаков расстройства функции ЩЖ у них не было. Зоб корня языка был выявлен пальпаторно, ларингоскопически, с помощью компьютерной томографии и радиоизотопного сканирования шеи. У одной пациентки зобноизмененная ЩЖ локализовалась лишь в корне языка, у двух других — ещё и в области подъязычной кости. Затруднения дыхания и глотания явились показаниями для хирургического лечения (1998, 2002, 2009 г.). Применялся субмандибулярный доступ, вместе с тиреоидной тканью резецировалась слизистая оболочка корня языка. Каждая часть дистопированной тиреоидной ткани содержала фолликулярные аденомы. У одной больной в связи с выраженным отёком языка в раннем послеоперационном периоде была сформирована на 3 дня трахеостома. Других осложнений не было. Проводится заместительная терапия гормонами ЩЖ. Первая пациентка демонстрировалась обществу в 1998 г., третья — представлена на данном заседании.

Ответы на вопросы. Дисфагии не возникало. Все трое доложенных больных родили здоровых детей. Операция заканчивалась назогастральным дренированием.

2. А.Ф.Романчишен, А.В.Гостимский, К.М.Лебединский, В.А.Кащенко, Д.В.Махароблишвили, К.В.Вабалайте (кафедра госпитальной хирургии СПбГПМА и Санкт-Петербургский центр эндокринной хирургии и онкологии). **Успешное хирургическое лечение больной двусторонней феохромоцитомой.**

Феохромоцитома — довольно редкое новообразование хромаффинной ткани, развивающееся чаще из мозгового слоя надпочечников, встречается с популяционной частотой 1:200 000 — 1:1 000 000 населения. Двустороннее поражение выявляется у каждого десятого больного с феохромоцитомой.

Больная П., 59 лет, обратилась в клинику госпитальной хирургии СПбГПМА в декабре 2008 г. с жалобами на повышение артериального давления кризового характера с начала 70-х годов (160–170/110–100 мм рт. ст. с периодическим подъемом до 220–240/140–130 мм рт. ст.). Больная нерегулярно принимала эгилон, эналаприл без отчетливого положительного эффекта. Осенью 2008 г. выполнена компьютерная томография по поводу остеохондроза позвоночника, на которой случайно выявлены новообразования обоих надпочечников справа до 2,6 см в диаметре, слева — 5,4 см. Выполнен селективный забор крови из надпочечниковых вен. Уровень катехоламинов справа: норадреналин — 113,5 нмоль/л, адреналин — 3406,1 нмоль/л, дофамин — 62,1 нмоль/л; слева: норадреналин — 1775 нмоль/л, адреналин — 2967 нмоль/л,

дофамин — 569,9 нмоль/л. После проведения предоперационной подготовки кардурой и нормализации АД больная 11.03.2009 г. оперирована. Выполнена двусторонняя адреналэктомия (торакофренотомия слева, лапароскопическая адреналэктомия — справа). Послеоперационный период протекал без особенностей. Назначена заместительная терапия: кортинеф 0,1 мг, преднизолон 15 мг. Артериальное давление нормализовалось — 110–130/70–80 мм рт. ст.

Ответы на вопросы. Селективное определение гормонов проведено в Мариинской больнице. План операции был составлен с учетом необходимости сокращения времени. Во время операции подъема АД выше 140 мм рт. ст. не было, потому что с обеих сторон вмешательство начинали с перерезки надпочечниковой вены.

ДОКЛАДЫ

1. А.С.Кузьмичев (кафедра госпитальной хирургии СПбГПМА и Санкт-Петербургский центр эндокринной хирургии и онкологии). **Лев Николаевич Камардин (1929–1991).**

Камардин Лев Николаевич в 1952 г. окончил ЛМИ им. акад. И.П.Павлова. После окончания института Л.Н.Камардин совершенствовал знания и приобретал хирургические навыки в клинической ординатуре и аспирантуре при кафедре факультетской хирургии того же института. Обобщив опыт клиники в лечении доброкачественных опухолей желудка, защитил на эту тему кандидатскую диссертацию. С 1958 по 1966 г. Л.Н.Камардин работал под руководством проф. И.И.Неймарка доцентом вновь организованной кафедры факультетской хирургии Алтайского медицинского института в г. Барнауле. В 1966 г. он был избран на должность доцента кафедры общей хирургии Ленинградского педиатрического медицинского института, где протекала вся его дальнейшая трудовая деятельность. В 1972 г., после защиты докторской диссертации «Актуальные вопросы диагностики и лечения рака легкого», Л.Н.Камардин возглавил кафедру госпитальной хирургии. Руководимая им кафедра стала известным в городе центром хирургии органов эндокринной системы. Вместе с тем, развивались и такие направления, как хирургия легких и средостения, желудочно-кишечного тракта, неотложная хирургическая помощь. Внедрялись в клиническую практику новые методы исследования: томография и реография щитовидной железы, иммунологические исследования при заболеваниях этого органа, радиоиммунология и т. д. Проф. Л.Н.Камардин — автор более 80 научных работ, посвященных различным вопросам хирургии и организации учебного процесса в вузе. Под его руководством сотрудниками кафедры опубликованы свыше 120 научных работ, изданы 4 сборника научных работ кафедры и 4 методические пособия для студентов, выполнены 2 докторские и 5 кандидатских диссертаций. Государство высоко оценило труд проф. Л.Н.Камардина, наградив его орденом «Знак Почёта».

2. А.Ф.Романчишен, Е.В.Липская, З.С.Матвеева, Ф.А.Романчишен, И.В.Карпатский, О.Я.Пилькевич, П.Н.Яковлев, Д.В.Махароблишвили, В.Л.Волерт, О.В.Лисовский (кафедра госпитальной хирургии СПбГПМА и Санкт-Петербургский центр эндокринной хирургии и онкологии). **Эффективность и безопасность хирургии щитовидной, околощитовидных желёз и надпочечников.**

Лев Николаевич Камардин с 1973 г. начал развитие эндокринной хирургии и формирование школы эндокринных хирургов на нашей кафедре. После его ухода, в период с 1991 по 2008 г., в клиниках кафедры оперированы 20 997

человек с болезнями органов эндокринной системы. Их возраст — от 4 до 86 лет. Оперированы по поводу диффузного токсического зоба (ДТЗ) 2451 (11,7%) человек, рака щитовидной железы (РЩЖ) — 2507 (11,9%), узловых форм зоба — 13 304 (63%), первичного, вторичного и третичного гиперпаратиреоза — 213, опухолей вилочковой железы — 58, заболеваний надпочечников — 130. Доказана необходимость более раннего хирургического лечения больных с ДТЗ до 35 лет и всех мужчин. Широкое использование пункционной биопсии повысило число операций по поводу рака в когорте пациентов с узловым зобом до 23–30%. Общее число оперированных неуклонно росло (со 138 до 1204 в год), так же как и количество пациентов с РЩЖ (с 11 до 235 в год). При РЩЖ количество тиреоидэктомий увеличилось в 2 раза (с 23 до 53%). С 1992 г. операции на ЩЖ дополняются центральной лимфаденэктомией под визуальным контролем возвратных нервов и биопсией 3–4 групп у каждого больного. Число специфических для операций на ЩЖ осложнений снижено в сумме до 1,07%. В указанный период опубликованы около 300 работ в нашей стране и за рубежом, подготовлены 5 докторских и 17 кандидатских диссертаций, проведены 2 международных конференции по указанной тематике. В 1996 г. официально образован «Центр хирургии органов эндокринной хирургии Санкт-Петербурга», в 2003 г. — Интернациональная школа эндокринной хирургии. Считаем, что школа эндокринной хирургии, zaloженная проф. Л.Н.Камардиным в начале 70-х годов XX в., растёт и развивается.

3. *А.Н.Бубнов* (кафедра оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией СПбМАПО). **Некоторые научные направления клиники Л.Н.Камардина.**

Одной из научно-практических задач, разрабатываемых в клинике, руководимой Львом Николаевичем Камардиным, была профилактика и лечение послеоперационного гипотиреоза при помощи трансплантации ткани ЩЖ. Исследования проводились в двух вариантах. Первый из них — интраоперационная ортотопическая аутоотрансплантация фрагментов тиреоидной паренхимы, освобожденной от аденоматозно трансформированной ткани, выполняемая с целью профилактики послеоперационного гипотиреоза. Львом Николаевичем была предложена и в 1987 г. запатентована методика такой трансплантации (А. С. № 1572546). Вторым вариантом была гетеротопическая алло- и аутоотрансплантация криоконсервированной ткани щитовидной железы как метод лечения послеоперационного гипотиреоза. Эти работы проводились совместно с Харьковским НИИ криобиологии и криомедицины и Московским НИИ трансплантологии. При кафедре был создан банк криоконсервированных, гистотипированных образцов тиреоидной паренхимы. Были успешно завершены клинические испытания, и в 1986 г. изданы совместные методические указания по применению метода. К сожалению, развал СССР и прекращение финансирования науки вынудили нас прекратить эти перспективные исследования. В настоящее время они успешно развиваются в Японии.

Прения

Л.В.Поташов поделился воспоминаниями о Л.Н.Камардине. Отмечено, что ученики чтут учителя.

П.К.Яблонский (председатель). Школа Л.Н.Камардина растёт и развивается. 4–5 операций на щитовидной железе в Санкт-Петербурге выполняют его ученики.

Поступил в редакцию 18.06.2009 г.

2335-е заседание 13.05.2009 г.

Председатели — П.К.Яблонский, Н.И.Глушков

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *С.Ф.Багненко, А.М.Беляев, В.Р.Гольцов, М.И.Кузьмин-Крутецкий, В.Е.Савелло, А.А.Уточкин, В.В.Щипилова-Галевская, Д.А.Дымников* (ВМедА им. С.М.Кирова, СПбНИИСП им. И.И.Джанелидзе). **Опыт малоинвазивного лечения пациента с гигантской постнекротической кистой поджелудочной железы.**

Больной П., 58 лет, поступил в городской панкреоцентр в апреле 2007 г. по направлению хирурга из поликлиники по месту жительства с диагнозом «Гигантская псевдокиста поджелудочной железы. Алиментарная кахексия. Дисметаболический синдром». Болен с мая 2006 г., когда впервые перенес острый деструктивный панкреатит. Находился на стационарном лечении 3 нед, был выписан на амбулаторное лечение с формирующейся кистой тела поджелудочной железы, размером 5,0×7,0 см. Состояние тяжелое, обусловленное интоксикацией, истощением (белково-энергетическая недостаточность тяжелой степени). Жалобы на увеличение размеров живота, выраженную слабость (в последние полгода не выходил за пределы квартиры), отсутствие аппетита. При осмотре: больной находится в вынужденном положении на боку (при положении на спине возникает одышка), самостоятельно не передвигается. Масса тела 45 кг (расчетная масса тела — 74 кг, дефицит массы тела около 40%). Живот резко увеличен в размере за счет жидкостного образования, при пальпации незначительно болезненный во всех отделах. По данным КТ, выявлено жидкостное образование (гигантская киста поджелудочной железы) размером 190×240×270 мм, занимающее практически всю брюшную полость, со сдавлением желудка и смещением толстой и тонкой кишки в малый таз.

Ввиду тяжести состояния больного и высокой вероятности развития выраженных электролитных и гемодинамических расстройств при одномоментном наружном дренировании кисты, решено использовать комбинированное поэтапное дренирование, включающее пункционный и эндоскопический методы. Параллельно налажена адекватная инфузионная терапия с нутриционной поддержкой, позволяющая компенсировать нарушения, вызванные длительным голоданием и недостаточным употреблением жидкости. В течение 14 дней путем многократных (9) тонкоигловых пункций аспирировано около 11 л содержимого из кисты, достигнуто уменьшение объема гигантской кисты до размеров (диаметр — 19 см), позволивших выполнить эндоскопическую цистогастростомию на 17-е сутки после поступления пациента в клинику. Через 7 сут при контрольном УЗИ полость кисты не визуализировалась. Пациент выписан из стационара. Через 1 мес после операции состояние больного удовлетворительное, активных жалоб не предъявляет, стент функционирует, отмечается прибавка в массе тела (49 кг). По КТ и УЗИ — в области головки поджелудочной железы определяется остаточная полость размером 11,0×8,2 см и стент. При контрольных осмотрах через 3 и 6 мес после операции: стент функционирует, размеры образования 7,0×4,3 см и 3,1×1,0 см соответственно. Стент удален через 9 мес после УЗ-контроля (скопления жидкости не лоцируются). Масса тела больного на момент удаления стента составила 71 кг. В настоящее время больной выполняет работу по дому, ограничивает себя только в работе, связанной с тяжелой физической нагрузкой.

Выводы. 1. При гигантских напряженных кистах могут использоваться комбинированные методы ее дренирования.

2. При тяжелом состоянии пациента, вследствие электролитных нарушений, белково-энергетической недостаточности, сопутствующих хронических заболеваний, больному показана комплексная подготовка к дренирующей операции, заключающаяся в коррекции вышеуказанных нарушений.

3. Эндоскопическую цистогастростомию можно использовать как альтернативный вариант радикального или этапного хирургического лечения.

Ответы на вопросы. Больной дважды поступал в хирургические стационары города. Первый диагноз — острый панкреатит. Раньше злоупотреблял алкоголем, но в течение длительного времени перед заболеванием почти не пил. В настоящее время сообщения между желудком и кистой нет. На КТ видна вся железа. Участков некроза не определяется. Радикальную операцию в настоящее время считаем ненужной.

Прения

В.И.Кулагин. Переход на менее активную оперативную тактику приводит к более частому, чем раньше, образованию кист. За внутренним эндоскопическим дренированием большое будущее, что и показано в демонстрации. Малый диаметр стента не всегда оправдан.

А.В.Скородумов. Наблюдение столь запущенного больного — дефект работы поликлиники. Диапазон дренирующих операций велик. Представлен наиболее современный.

Н.А.Майстренко. Желательно представлять свежие снимки КТ. Говорить о полном излечении нельзя. Надо помнить о возможности развития злокачественных кист, где такие вмешательства недопустимы. МРТ имеет в данных условиях большее значение.

А.А.Протасов. Получило развитие пункционное лечение кистозных образований. Возможно и эффективно длительное наружное дренирование. Достаточно 3–4 пункции. Сейчас практически не применяется цистогастростомия. Мы наблюдали развитие эрозивного гастрита из-за большого поступления панкреатического сока в желудок.

В.Р.Гольцов. Это второе наблюдение такой тактики. Первый больной поступил и был лечен слишком поздно, он умер. Таких больших кист в панкреатическом центре наблюдали мало. Здесь явно виден дефект амбулаторной службы. Внутреннее дренирование лучше наружного, где чаще образуются свищи.

П.К.Яблонский (председатель). За прошлый год в Санкт-Петербурге наблюдались 14 тыс. больных с острым панкреатитом. Особое внимание следует уделять нутритивной поддержке.

Н.И.Глушков (председатель). В течение 1 года больной лечился по поводу гигантской кисты. Острые и осложненные кисты развиваются у 50% больных с острым панкреатитом. Малоинвазивная хирургия завоевывает признание, но эти вмешательства нерадикальны. Основа эффекта — дозированное опорожнение на фоне тяжелого состояния больного.

2. П.К.Яблонский, В.Г.Пищик, С.М.Нуралиев, А.А.Дмитриев, В.Ф.Мус, А.Р.Казак (ГУЗ ГМПБ № 2, Центр интенсивной пульмонологии и торакальной хирургии; ФГУ РНЦРХТ Росмеда). **Комплексное лечение больного с инвазивной злокачественной тимомой, осложненной синдромом компрессии верхней полой вены.**

Больной К., 41 года, обратился в ЦИПиТХ в плановом порядке с жалобами на сухой приступообразный кашель,

боль, чувство тяжести и распирания за грудиной, в голове и шее, усиливающиеся при наклоне вперед, одутловатость, отеки, усиление сосудистого рисунка шеи и лица, одышка при умеренной физической нагрузке, осиплость голоса, потливость, сонливость. Эпизодически у больного отмечалось кровохарканье. Указанные симптомы развивались постепенно в течение 4 мес, к врачам пациент обратился не сразу. Прогрессирование заболевания и развитие кровохарканья явились поводом для обследования. После проведения КТ грудной полости с контрастированием и трансторакальной игольной биопсии с гистологическим и иммуногистохимическим исследованием установлен диагноз: тимомы тип «В2» (кортикально-клеточная), синдром компрессии верхней полой вены (СКВПВ). Данных за гематогенное и лимфогенное метастазирование опухоли не получено. Запланировано комплексное лечение с полихимиотерапией, операцией и послеоперационной лучевой терапией. В октябре-ноябре 2006 г. больному проведены два цикла неоадьювантной полихимиотерапии по схеме РАС (цисплатин 100 мг, доксорубицин 100 мг, циклофосфан 1000 мг). СКВПВ у пациента регрессировал. При контрольной МСКТ грудной полости отмечена явная положительная динамика. 08.12.2006 г. пациенту выполнена операция: комбинированная расширенная тимэктомия с краевой резекцией верхних долей обоих легких, резекцией перикарда и верхней полой вены (ВПВ), открытой тромбэктомией из ВПВ с временным венозно-предсердным шунтом. Интраоперационно было выявлено прорастание опухоли ВПВ, перикарда и верхушек обоих легких, в ВПВ обнаружен опухолевый тромб, что подтверждено послеоперационным гистологическим исследованием. Послеоперационный период протекал без осложнений, проводилась антикоагулянтная и антибактериальная терапия. После хирургического этапа больному проведен курс послеоперационной лучевой терапии (СОД 39 Гр.) в РНЦРХТ. После лучевой терапии пациент перенес постлучевой пневмонит. При контрольном обследовании больного через 2 года данных за рецидив тимомы не получено.

Цель демонстрации — показать преимущества и целесообразность мультидисциплинарного подхода при лечении больных с инвазивной тимомой, осложнившейся СКВПВ.

Ответы на вопросы. Нарушения оттока от верхних конечностей не было, но вены грудной клетки были расширены. Источник кровохарканья — инвазия легкого. Тромб внутри вены не был диагностирован до операции. Это могли обнаружить МРТ или КТ. Доступ — продольная стернотомия электростернотомом. Было истинное прорастание легкого. Лимфатические узлы переднего средостения удалялись, в них метастазов не было. Опухолевые клетки были найдены в тромбе, но в краях препарата их не было. Антикоагулянтная терапия после торакальных операций проводится всем больным. Вероятность метастазирования остается. Больной наблюдается систематически. Больной не работает, находится на инвалидности. Отеков нигде нет. Осиплость голоса прошла.

Прения

А.Ф.Романчишен. Демонстрация показывает, что деление общества на секции не всегда полезно. Игольная биопсия — пункционная биопсия. Только что наблюдал больную, оперированную 2½ года назад по поводу инвазивной миастенической тимомы. Она оперирована через 1½ года в связи с рецидивом миастении. Возможно, это был метастаз. Здесь особенно полезен мультидисциплинарный подход.

С.М.Лазарев. На первом плане у больного был СКВПВ. Перспектива — возможно метастазирование в легкое. Оптимально — иссечение вены, но хорошего трансплантата нет.

В.Ф.Мус. Мультидисциплинарный подход заключался в том, что лечение начато с неoadъювантной терапии. Тромб с опухолевыми клетками свободно лежал в вене. Послеоперационная лучевая терапия перекрывает все дальнейшие возможности лечения. В зону облучения попали все сосудистые образования. Возможно, опухоль удалена радикально. Лучевая терапия в малых дозах предотвращает стенозирование сосудистых анастомозов.

Н.И.Глушков (председатель). Радикальность оперативного вмешательства условна. Тактика оправдана. Необходимо знать отдаленные результаты.

ДОКЛАД

И.В.Правосудов, А.В.Гуляев, И.И.Алиев, А.В.Шулепов (отделение колопроктологии ФГУ НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова «Росмедтехнологий», Санкт-Петербург). **Комбинированное лечение больных раком прямой кишки: кому и когда.**

Основной целью хирургического лечения рака прямой кишки является достижение периферической границы резекции, свободной от опухоли (CRM), поскольку это ассоциируется с низкой частотой местных рецидивов. Достижение этого с помощью хирургического метода возможно только в тех случаях, когда опухоль не выходит за пределы стенки прямой кишки. Во всех остальных случаях применение дополнительных методов лечения является безусловным. Преимущества неoadъювантной и адъювантной терапии оцениваются по следующим показателям: частота местных рецидивов, возможность расширения показаний к органосохранительным операциям, удовлетворительная функция сфинктера, выживаемость, токсичность и качество жизни. Индивидуализация лечебных программ базируется на степени местного регионарного распространения опухоли. Краеугольным камнем этого является отношение опухоли к собственной фасции прямой кишки (mesorectum), так как именно распространение опухоли на эту структуру обуславливает высокую частоту местных рецидивов.

Современные методы обследования, включая внутриполостную ультрасонографию и магнитно-резонансную томографию, позволяют оценить этот фактор и избрать адекватную лечебную тактику, которая может выглядеть следующим образом:

1) хирургический метод будет оставаться на долгие годы основным в лечении больных раком прямой кишки;

2) даже при использовании современной хирургической техники (тотальной мезоректумэктомии) у большинства больных с опухолями прямой кишки, располагающимися ниже тазовой брюшины, должны быть использованы комбинированные методы с применением лучевой, химиолучевой терапии;

3) при проращении опухолью всех слоев стенки кишки, без вовлечения собственной фасции, применение предопе-

рационной концентрированной лучевой терапии (5×5 Гр; суммарная доза 25 Гр) является вполне адекватным;

4) вовлечение собственной фасции прямой кишки и выход опухоли за ее пределы диктуют необходимость применения предоперационной химиолучевой терапии.

Ответы на вопросы. В докладе рассматривался только ампулярный рак. Все выводы доклада основаны на собственных наблюдениях. Предоперационная высококонцентрированная лучевая терапия не изменила течение операций, технических сложностей не возникало. Расширение лимфаденэктомии не оправдано. Лечение этих больных должно проводиться в специализированных онкопроктологических отделениях. Минимальное число исследуемых лимфатических узлов — 12. Предоперационная лучевая терапия позволяет увеличить количество сфинктеросохраняющих операций.

Прения

С.В.Васильев. Доклад информационный, без собственных данных. В течение 3 лет мы проводим предоперационную терапию в зависимости от Т — лучевую, N — химиотерапию. 203 больных оперированы по поводу рака толстой кишки, из них рак прямой кишки был у 154. Половина больных нуждаются в лучевой терапии. Наблюдали 3 лучевые флегмоны. Если оперировали до 48 ч после окончания терапии — осложнений не было. При обтурации опухоли нужна колостома — в зависимости от планируемой резекции или экстирпации кишки — петлевая или концевая. Системная химиотерапия нужна трети больных. Организация лучевой терапии в городе неудовлетворительна, количество больных превышает ее возможности.

Х.М.Мусукаев. Данные доклада устарели в сравнении с данными современного положения. У нас Т3 встречается чаще, чем за рубежом. При ранних формах рака неoadъювантная терапия не нужна. Комбинированное лечение предусматривает применение двух локальных методов.

М.Х.Фридман. Сейчас летальность при раке прямой кишки 2,3%, 60% составляют сфинктеросохраняющие операции. Операции делают хирурги. За рубежом решение о комбинированной терапии принимает комиссия специалистов. Предоперационная лучевая терапия за 24–48 ч сопровождалась большим количеством осложнений. То же относится и к послеоперационной терапии. Нужна стандартизация.

А.Ф.Романчишен. Представлена лекция. 7 мая состоялся конгресс колопроктологов в г. Сочи, где обсуждались те же вопросы. Рецидив — возникновение опухоли на том же месте, где она была раньше, метастазы — в других. Без этих понятий трудно сравнивать результаты.

Н.И.Глушков (председатель). Более 90 лет обсуждаются вопросы лучевой терапии. Показано, что при нижне- и верхнеампулярном раке прямой кишки лучевая терапия не улучшает результаты, при среднеампулярном — улучшает. Следует обратить внимание на радиомодификаторы, улучшающие результаты лучевой терапии.

П.К.Яблонский (председатель). В городе 3 центра колопроктологии. Производится 600–750 операций в год. Этого достаточно.

Поступил в редакцию 18.06.2009 г.