

Ежегодная конференция хирургов Санкт-Петербурга
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ»,
совместно с 2543 заседанием Хирургического общества Пирогова

11 ноября 2020 года

15:00

Клуб Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова
(СПб, Большой Сампсониевский проспект, д.1, вход с ул. Клиническая)

Председатели: профессор Эргашев О.Н., профессор Яблонский П.К.,
профессор Ханевич М.Д., профессор Котив Б.Н.

ДОКЛАД

Яблонский П.К. (главный внештатный специалист – хирург
Комитета по здравоохранению г. Санкт-Петербурга)

**ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРАХ
г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В УСЛОВИЯХ ЭПИДЕМИИ COVID-19 (30 мин)**

СОДОКЛАДЧИКИ

Чикин А.Е. (СПб ГБУЗ «Городская Александровская больница»)

**ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ПРОФИЛЯ В БОЛЬНИЦЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ, ДВАЖДЫ
ПЕРЕПРОФИЛИРОВАННОЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НОВОЙ
КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (15 мин)**

Семенцов К.В. (СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн»)

**АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ МАССОВОГО
ПОСТУПЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ COVID-19 (15 мин)**

Протченков М.А. (СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»)

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В
КРУПНОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ, ПЕРЕПРОФИЛИРОВАННОМ
ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ COVID-19 ДО И ПОСЛЕ СНЯТИЯ
КАРАНТИНА (15 мин)**

Найденов А.А. (СПб ГБУЗ «Городская больница №26»)

**ОСОБЕННОСТИ И ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОКАЗАНИЯ
ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ
СТАЦИОНАРЕ, НЕПЕРЕПРОФИЛИРОВАННОМ В ИНФЕКЦИОННЫЙ (15 мин)**

ПРЕНИЯ (15 мин)

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*В.А. Кащенко^{1,2}, Э.Э. Топузов³, А.В. Лодыгин^{1,2}, А.Д. Ахметов¹, А.И. Мицинская¹,
М.А. Мицинский¹*

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ БОЛЕЗНИ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА (СИНДРОМ ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ, ДЕМПИНГ-СИНДРОМ) И ДИВЕРТИКУЛА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

¹ФГБУЗ «Клиническая больница 122 им. Л.Г. Соколова» ФМБА РФ (гл. врач – Накатис Я.А.)

²ФГБОУ ВО СПбГУ, кафедра факультетской хирургии (зав. кафедрой – д.м.н., проф. Кащенко В.А.)

³ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ, кафедра госпитальной хирургии им. проф. В.А. Опеля (зав. кафедрой – проф. Топузов Э.Э.)

Пациентка Г., гражданка Украины, 1984 г.р. госпитализирована в хирургическое отделение №1 КБ 122 03.11.2019 г. в плановом порядке. При поступлении жаловалась на периодическую тошноту, тяжесть в эпигастрии, боли в верхних отделах живота, сердцебиение, слабость, потливость через 30-40 мин после приема пищи, снижение веса на 12 кг за 1,5 года (вес 48 кг, рост 1.68 м, ИМТ-17 кг/м²). С 2007 г. стали беспокоить боли в эпигастрии после каждого приема пищи, тошнота, рвота съеденной пищей. Обследована по месту жительства, выявлен дивертикул нижнегоризонтальной ветви двенадцатиперстной кишки. 25.04.2012 г. госпитализирована по СМП с признаками стеноза выходного отдела желудка, прооперирована в срочном порядке, интраоперационно обнаружен дивертикул ДПК (выполнена резекция желудка и ДПК по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера – Финстерера). С 2013 г. боли в верхних отделах живота возобновились, появилась тошнота, сердцебиение, слабость, потливость через 30-40 мин после приема пищи. Обследовалась у гастроэнтеролога, на ФГДС - признаки гастрита, получала консервативную терапию – без эффекта. 22.10.2018 г. госпитализирована в экстренном порядке на терапевтическое отделение КБ 122 в связи с выраженной слабостью. При поступлении - дефицит массы тела (вес 48 кг, рост 1.68 м, ИМТ-17 кг/м²), железодефицитная анемия средней степени тяжести. По данным рентгенологического исследования желудка с бариевой взвесью - деформация и низкое расположение желудка, признаки синдрома приводящей петли. Выявлен дивертикул ДПК. ФГДС: гастроэнтероанастомоз свободно проходим. Приводящий и 15 см отводящей петли кишки – слизистая без особенностей. МРТ брюшной полости: данных за патологию панкреато-билиарной зоны не получено. Проба на демпинг-синдром положительная. Установлен зонд для кормления, проводилась нутриционная коррекция в течение 12 дней. У пациентки имелись признаки демпинг-синдрома, синдрома приводящей петли, гастроптоза, дивертикула ДПК, хронической железодефицитной анемии средней степени тяжести. Рекомендовано выполнение реконструктивного оперативного вмешательства. 15.11.2019 г. - лапаротомия, адгезиолизис. На уровне поперечно-ободочной кишки определялся позадиободочный гастроэнтероанастомоз. Интраоперационная картина не соответствовала

анастомозу по Гофместеру-Финстереру– приводящая петля около 20 см без шпоры. Выполнена мобилизация ДПК по Кохеру. На медиальной стенке нижнегоризонтальной части ДПК визуализирован дивертикул - выполнена его резекция. Гастроэнтероанастомоз по Бильрот-2 переведен в Бильрот-1. Послеоперационный период протекал гладко. Болевой синдром и проявления демпинг-синдрома регрессировали. Rg желудка с контрастным веществом: гастродуоденоанастомоз проходим, эвакуация не нарушена, затеков контрастного вещества нет. Выписана в удовлетворительном состоянии. Консультирована хирургом через 1 год по видеосвязи: жалоб не предъявляет, ИМТ=23,1 кг/м², потребности в медикаментозных препаратах нет. При контрольном обследовании ГЭА функционирует нормального.

Цель демонстрации: показать сложности диагностики и важность выбора тактики хирургического лечения сочетанной болезни оперированного желудка и дивертикула двенадцатиперстной кишки

ДЕМОНСТРАЦИЯ

С.А. Попов, А.В. Павловский, А.А. Стаценко, В.Е. Моисеенко, Д.А. Скляр

ФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ ОПУХОЛИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ФГБУ «РНЦРХТ им. акад. А.М. Гранова» Минздрава России (директор – д.м.н. Майстренко Д.Н.)

Больная А., 68 лет, 17.01.2019г. поступила в хир. отделение № 2 ФГБУ «РНЦ РХТ им. ак. А.М. Гранова» МЗ РФ в плановом порядке для проведения оперативного лечения, с диагнозом «Нейроэндокринная опухоль крючковидного отростка головки поджелудочной железы T1N0M0». Из анамнеза: в течение последних 5 лет отмечает появление и усиление спастических ощущений в верхних отделах живота, приступы участились до еженедельных. При обследовании по данным УЗИ брюшной полости от 03.11.2018г. – выявлены простые кисты почек, в связи с чем пациентке было выполнено МСКТ брюшной полости. По данным МСКТ брюшной полости с внутривенным контрастированием от 08.11.2018г. – выявлено гипervasкулярное образование крючковидного отростка поджелудочной железы, прилежащее к задней стенке верхней брыжеечной вены, латеральной поверхности верхней брыжеечной артерии, с четкими контурами, размерами 11*9мм. КТ картина характерная для нейроэндокринной опухоли (НЭО). Пациентка консультирована в РНЦ РХТ.

По данным ПЭТ/КТ всего тела с 68Ga-DOТА-TATE от 26.11.2018г. – SSTR-позитивное образование в крючковидном отростке поджелудочной железы, размерами 20*18мм, SUV=33. Специфические маркеры НЭО (серотонин, хромогранин А, NSE) в пределах нормы.

29.01.2019 г. – Диагностическая верхняя мезентерико-, целиакография. На ангиограммах сосудистая анатомия гепатопанкреатодуоденальной зоны типичная. Контуров общей печеночной, гастродуоденальной и селезеночной артерий ровные. В проекции поджелудочной железы отчетливо патологическое образование не определяется.

Селезеночная и воротная вены проходимы на всем протяжении. Выполнена в.а. химиоинфузия преп. Этопозид 100мг. Лечение перенесла без особенностей.

31.01.2019г. - Операция. Лапароскопия. Ревизия брюшной полости. Мобилизация панкреатодуоденальной области, ревизия поджелудочной железы, забрюшинного пространства. Флуоресцентная диагностика. Резекция крючковидного отростка поджелудочной железы. Лимфодиссекция.

Гистологическое исследование - нейроэндокринная опухоль. Лимфатические узлы без опухолевых элементов. Иммуногистохимическое исследование - нейроэндокринная опухоль G1 – ki 67 2%.

В послеоперационном периоде формирование панкреатической фистулы, тип А. Выписана в удовлетворительном состоянии на 8 сутки с дренажем, установленным к области вмешательства (поступало до 40мл свищевое отделяемое в сутки, активность амилазы - 1400Ед/мл). Через 3 недели дренаж удален в амбулаторном порядке.

После операции приступы не повторялись. ПЭТ/КТ всего тела с ⁶⁸Ga-DOТА-TATE от 11.2019г. – патологического накопления радиофармпрепарата не выявлено.

Цель: Показать сложности и возможности интраоперационной лапароскопической диагностики нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы, целесообразность органосохраняющих вмешательств.

ДОКЛАД

Г.Т. Бечвая¹, Д.И. Василевский², С.Г. Баландов³, А.М. Ахматов⁴

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова, ¹кафедра клинической анатомии и оперативной хирургии им. проф. М.Г. Привеса (зав. кафедрой – проф. Акопов А.Л.); ²кафедра хирургии факультетской с курсами лапароскопической и сердечно-сосудистой хирургии с клиникой (зав. кафедрой – академик РАН Хубулава Г.Г.); ³Центр хирургического лечения ожирения и метаболических нарушений, хирургическое отделение № 2 (зав. отделением – Баландов С.Г.); ⁴НИИ хирургии и неотложной медицины (руководитель – академик РАН Багненко С.Ф.)

В период с января 2015 г. по май 2019 г. в клиниках ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова были оперированы 55 пациентов с рецидивными хиатальными грыжами. Характер анатомических нарушений определялся на основании рентгенографии и компьютерной томографии. Аксиальные грыжи (I типа) имели место в 33 (60 %) случаях, параэзофагеальные (II тип) в 5 (9,1 %), смешанные (III тип) в 17 (30,9 %). Показанием к повторной операции являлся не поддающийся консервативной терапии гастроэзофагеальный рефлюкс или изменения анатомии, несущие риск развития угрожающих жизни состояний (непроходимости или заворота желудка). Большинству пациентов (52 – 94,5%) операция была выполнена лапароскопически, трем (5,5 %) - через левостороннюю торакотомию. В 5 (9,1 %) случаях при укорочении пищевода фундопликационная манжета формировалась в грудной полости, пластика хиатального окна осуществлялась только собственными тканями.

В 50 (90,9 %) наблюдениях при нормальной длине пищевода проводилось полное восстановление нормальной анатомии. Коррекция размеров хиатального отверстия осуществлялась с применением протезирующих материалов. При размерах пищеводного отверстия диафрагмы до 5 см выполнялась задняя крурорафия с укреплением линии швов имплантатом. При размерах хиатального отверстия более 5 см – передняя и задняя протезирующая пластика. Во всех случаях операция дополнялась фундопликацией. Выбор варианта антирефлюксной реконструкции определялся сократительной активностью пищевода. При нормокинезии 13 (23,6 %) пациентам была выполнена фундопликация R. Nissen, 42 (76,4%) больным с нарушением моторики пищевода –реконструкции «short floppy R. Nissen», A. Toupet или R. Belsey.

Интраоперационные осложнения отмечались у 10 (18,1 %) пациентов (6-10,9 % - пневмоторакс, 2 - 3,6 % – кровотечение, 2 - 3,6 % – перфорация полого органа).

Отдаленные результаты лечения в срок от 12 до 60 месяцев были оценены у 53 (96,4 %) пациентов. Отсутствие анатомического рецидива при рентгенографическом исследовании было констатировано у 43 (81,1 % с оцененными результатами) больных. Три человека данной группы были оперированы через левостороннюю торакотомию, остальные – лапароскопически. У всех пациентов со сформированной в грудной полости фундопликационной манжетой отмечалась ее анатомическая и функциональная полноценность.

Повторная дислокация желудка в грудную клетку и разрушение антирефлюксной реконструкции была констатирована у 5 (9,4 %) пациентов. Во всех случаях ревизионная операция была выполнена лапароскопически, а второй рецидив хиатальной грыжи произошел по аксиальному типу.

У 41 (91,2 %) человека клинические проявления гастроэзофагеального рефлюкса полностью регрессировали. Возврат симптомов желудочно-пищеводного заброса после хирургического лечения выявлен у 4 (8,8 %) больных, включая одного пациента со сформированной в грудной клетке фундопликационной манжетой.

Показатели качества жизни пациентов с хорошим функциональным результатом хирургического лечения при оценке по анкете SF-36 приближались к популяционным данным.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*Д.В. Гладышев¹, Н.М. Врублевский¹, В.Ю. Свитич¹, Е.В. Болдырева¹, И.А. Трусов¹,
М.А. Андреев¹, С.Г. Симоненко²*

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОЗА СТЕНКИ ПИЩЕВОДА И ПИЩЕВОДНО-ПЛЕВРАЛЬНОГО СВИЩА, ВЫЗВАННОГО СПОНТАННОЙ ПОДСЛИЗИСТОЙ ГЕМАТОМОЙ ПИЩЕВОДА, МЕТОДОМ ВНУТРИПРОСВЕТНОГО ВАКУУМНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ

*¹СПб ГБУЗ «Городская больница №40» Курортного района (гл. врач – д.м.н.,
проф. Щербак С.Г.)*

*²ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ, кафедра госпитальной хирургии
им. В.А. Опеля (зав.кафедрой – д.м.н., проф. Э.Э. Топузов)*

Пациент Л., 69 лет, 20.08.2019 г. поступил в СПб ГБУЗ Городская Больница №40 Курортного района в онкологическое отделение в плановом порядке с диагнозом направления: «Рак нижнеампулярного отдела прямой кишки (с)T₃N₁M₀. Неoadьювантная химиолучевая терапия с 02.04.2019 г. по 21.05.2019 г. в СОД 50 Гр на фоне приема Капецитовера 2000 мг/сутки». После предоперационной подготовки 22.08.2019 г. пациенту выполнено оперативное лечение в объеме: робот-ассистированной резекции прямой кишки с расширенной лимфаденэктомией.

Ранний послеоперационный период у пациента 22.08.2019 г. осложнился пищеводно-желудочным кровотечением. При ФЭГДС выявлена подслизистая гематома пищевода практически на всем его протяжении. 23.08.2019 г. развилась клиника левостороннего пневмоторакса, потребовавшего выполнения дренирования левой плевральной полости. 28.08.2019 г. у пациента отмечено поступление желудочного содержимого по плевральному дренажу. При фиброгастродуоденоскопии выявлен линейный дефект в стенке пищевода в области средней трети, длиной около 14 см, края инфильтрированы. По данным компьютерной томографии органов грудной клетки с пероральным контрастированием: контраст в двух местах поступает из пищевода в левую плевральную полость. Учитывая общее состояние пациента и ранний послеоперационный период после резекции прямой кишки, решено было выполнить установку системы внутрипросветного вакуумного дренирования в пищевод. Всего было произведено 14 смен систем вакуумного дренирования пищевода с интервалом 3-4 дня. Параллельно в просвет тонкой кишки установлен зонд для энтерального питания. Дистальный, меньший дефект, был клипирован эндоклипсой OVESCO.

На фоне проводимого лечения дефект в пищеводе уменьшился в течении 2.5 месяцев до 3 см. Сформирован неполный наружный пищеводно-плевральный свищ.

Вторым этапом произведено стентирование пищевода покрытым силиконовым стентом. Это привело к полному прекращению сброса по плевральному дренажу и закрытию свища. Стент в последствии удален из-за его миграции. Контрольное ВЭГДС выполнено

через 1.5 месяца после удаления стента. В зоне разрыва сформирован линейный рубец с углублением в центре.

Цель демонстрации: показать возможный вариант лечения некроза стенки пищевода и пищеводно-плевральных свищей с помощью системы вакуумного дренирования, отказавшись от более травматичных методов хирургического лечения.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*Н.Ю. Коханенко¹, А.В. Глебова^{1,2}, М.В. Антипова², В.А. Сериков¹, Д.С. Русанов^{1,2},
С.А. Калюжный²*

ЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПАРАПАНКРЕАТИЧЕСКИМ АБСЦЕССОМ И ДЕСТРУКЦИЕЙ СТЕНКИ ЖЕЛУДКА

¹ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ, кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова (зав. кафедрой - проф. Коханенко Н.Ю.)

²СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» (гл. врач - проф. Емельянов О.В.)

Больной К., 41 год, 25.03.2019 г. поступил в экстренном порядке в тяжелом состоянии в ОРИТ Мариинской больницы. Из анамнеза стало известно, что в течение нескольких лет страдает хронически панкреатитом. В 2014 г. перенес наружное дренирование парапанкреатической кисты. Развился вторичный сахарный диабет 2 типа, с потребностью в инсулине. При обследовании выявлен парапанкреатический абсцесс в области хвоста поджелудочной железы. 26.03.2019 г. выполнено его наружное дренирование под контролем УЗИ. При фистулографии выявлена полость абсцесса с секвестрами примерными размерами 10x8 см, но при этом был контрастирован и желудок. При ФГДС выявлен цистогастральный свищ, визуализированы секвестры. После этого дренаж перекрыт (до этого по нему обильно отделялась мутная жидкость с низким уровнем амилазы). Пациент получал консервативное лечение – антибактериальную терапию, антисекреторную, инфузионную. Через 2 недели пациент переведен в б хирургическое отделение, где продолжено консервативное лечение. Дренаж удален. Затем пациент выписан на амбулаторное лечение. 06.07.2019 г. поступил для обследования. По данным МРХПГ выявлены признаки хронического панкреатита, панкреатическая гипертензия расширением протока ПЖ в области хвоста ПЖ до 5 мм. По данным ФГДС и эндоУЗИ - целостность стенки желудка не нарушена, структура ПЖ резко неоднородная, с гипер- и анэхогенными включениями, вирсунгов проток в области тела ПЖ до 5 мм, в головке также определяется анэхогенное жидкостное скопление 3x2 см. В плановом порядке 16.07.2019 г. выполнена операция – резекция головки и тела поджелудочной железы с дренированием хвостовой части протока ПЖ, формирование позадиободочного панкреатопанкреатикоюноанастомоза на петле кишки, выключенной по Брауну и выведением дренажа по Фелькеру. Послеоперационное течение гладкое. Выписан на 12 суток после операции. Дренаж Вирсунгова протока удален в сентябре 2019 г.

В настоящее время пациент чувствует себя удовлетворительно. По данным контрольного обследования панкреатической гипертензии не выявлено.

Цель демонстрации: показать целесообразность и эффективность этапного лечения осложненного хронического панкреатита.

ДОКЛАД

*Н.Ю. Коханенко¹, Н.Н. Артемьева, К.В. Павелец^{1,2}, А.А. Кашинцев^{1,2}, О.Г. Вавилова^{1,2},
Ю.В. Радионов¹, А.В. Глебова^{1,2}, Г.Н. Флоровский^{1,2}, С.А. Калюжный²*

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ: ОПЫТ 723 ОПЕРАЦИЙ

¹*ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ, кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова (зав. кафедрой - проф. Коханенко Н.Ю.)*

²*СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» (гл. врач - проф. Емельянов О.В.)*

Авторы обладают опытом 723 ПДР при раке головки поджелудочной железы. Панкреатодуоденальная резекция с сохранением привратника (ПС ПДР) была выполнена у 235 (32,5 %) пациентов, в остальных 488 случаях (77,5 %) - гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР). С целью профилактики острого панкреатита и несостоятельности панкреатикодигестивного анастомоза применяли аналоги соматостатина (сандостатин, октреотид).

Результаты. У 289 пациентов (40,0 %) после радикальных операций по поводу рака ПЖ наблюдались осложнения.

Самым частым осложнением после ПДР являлись острый панкреатит культи 253 (35,0 %) и, развившаяся в связи с этим несостоятельность панкреатикоэнтероанастомоза, которая была отмечена у 129 (17,8 %), при этом 41 из них (каждый третий) умерли. Все же другие осложнения также являлись следствием деструктивного панкреатита культи. Панкреатит во всех случаях был причиной перитонита, абсцессов брюшной полости и несостоятельности гепатикоеюноанастомоза. Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы и легких наблюдались в основном у пожилых и ослабленных больных.

В большинстве случаев у одного и того же больного регистрировали несколько осложнений, причиной которых чаще всего являлась несостоятельность панкреатикоэнтероанастомоза. Характер и частота осложнений чаще не зависел от объема ПДР. Они были следующими: нагноение послеоперационной раны – 48 (6,6 %), абсцессы брюшной полости – 65 (9,0 %), абсцесс печени – 17 (2,4 %), желудочно-кишечное кровотечение – 21 (2,9 %), внутрибрюшное кровотечение – 11 (1,5 %), несостоятельность панкреатикоэнтероанастомоза (класс В и С) – 129 (17,8 %), несостоятельность билиодигестивного анастомоза – 29 (4,0 %), острая кишечная непроходимость – 7 (1,0 %), разлитой перитонит – 17 (2,4 %). А вот гастростаз встречался достоверно чаще после ПС ПДР – 76 (32,3 %) (всегда проходил после консервативного лечения), а после ГПДР – 85 (17,4 %), и то он всегда был вторичным и был связан с острым панкреатитом культи поджелудочной железы. Остальные осложнения были нехирургические: пневмония – 65 (9,0 %), ОНМК – 6 (0,8 %), ТЭЛА – 19 (2,6 %).

Достаточно высокий процент послеоперационных осложнений (40,0 %) - может быть объяснен, прежде всего, составом больных, поступающих в клинику для лечения, среди

которых 326(45,1 %) были пациентами с III и IVA стадиями рака, 549 (75,1 %) - имели сопутствующие заболевания сердца и легких, 558 (77,2 %) - механическую желтуху , 296 (40,9 %) - дефицит массы тела.

Всего было выполнено 36 (5,0 %) релапаротомий. Показанием считали разлитой перитонит, до 2006 года – продолжающееся кровотечение из культи поджелудочной железы и до 2004 года – абсцессы брюшной полости и печени.

Общая послеоперационная летальность при ПДР составила 6,6 % (умерли 48 больных), а за последние 5 лет (96 операций) – 4,2 % (умерли 4 пациента).

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*Д.А. Скляр, А.В. Павловский, С.А. Попов, В.Е. Моисеенко, А.А. Стаценко, И.Г. Карданова,
Л.А. Соловьева, Е.В. Власова*

СЛУЧАЙ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОГРАНИЧНО РЕЗЕКТАБЕЛЬНОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*ФГБУ «РНЦРХТ им. акад. А.М. Гранова» Минздрава России (науч. руководитель
центра – академик РАН Гранов Д.А.)*

Больной Д. 12.12.2018 г. в связи с механической желтухой была выполнена экстренная операция: чрескожное-чреспеченочное наружное холангиодренирование в больнице им. Семешко г. Орла. По данным МСКТ органов грудной клетки и брюшной полости от 14.12.2018 г. новообразование головки поджелудочной железы размерами 51x43x37 мм, лимфаденопатия с увеличением парапанкреатических узлов до 18x12 мм, инвазия воротной вены (вероятность инвазии 3 по Маринелли), отдаленных метастазов нет. 10.03.2019 г. поступила в ФГБУ «РНЦРХТ им. ак. А.М. Гранова» для дообследования. 11.03.2019 г. выполнена ЭУС-ТИАБ образования головки поджелудочной железы. Цитологическое заключение № ****91 –протоковая карцинома. Онкомаркеры не повышены. По принятому в клинике протоколу неoadьювантной химиолучевой терапии 27.03.2019 г. выполнена ангиография, масляная химиоэмболизация головки поджелудочной железы препаратами гемцитабин (2000 мг), оксалиплатин (120 мг). На ангиограммах определяется узурация гастродуоденальной артерии в зоне отхождения от общей печеночной артерии. В проекции новообразования верхняя брыжеечная вена в месте впадения в воротную вену сужена на 40%. Другие магистральные сосуды без признаков инвазии. С 08.04.2019 г. по 22.04.2019 г. проведена конформная лучевая терапия в режиме мультифракционирования СОД 51 Гр (РОД 2 Гр, 2 раза в день). Через 72 часа после окончания лучевой терапии больная оперирована. Выполнена пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция, лимфодиссекция. Интраоперационно отмечено умеренное количество сращений, максимальные размеры лимфатических узлов до 10 мм, контуры образования отчетливые, отмечено, что ткань поджелудочной железы плотная. Опухоль была неотделима от передней стенки нижней полой вены. Передняя стенка вены резецирована с опухолью. Протезирование дефекта овальной формы размером 15x20 мм материалом пупочной вены. Послеоперационный период осложнился инфицированием послеоперационной раны. По результатам гистологического исследования №****69/2019 – умеренно дифференцированная протоковая аденокарцинома с периневральной инвазией и инвазией в жировую клетчатку. Лечебный патоморфоз I степени. Стенка нижней полой вены без и удаленные лимфатические узлы без опухолевых элементов. Больная выписана на 26 сутки после операции в удовлетворительном состоянии, заживление раны вторичным натяжением. Больная в настоящее время жива 18 месяцев, без признаков прогрессирования и рецидива заболевания.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*Р.Э. Топузов, В.К. Балашов, Э.Г. Топузов, С.Н. Садыгова, О.Н. Кислицына,
Ю.В. Плотников*

СЛОЖНОСТИ ЗАКРЫТИЯ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ИССЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ

*ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ, кафедра госпитальной хирургии
им. проф. В.А. Опеля (зав. кафедрой – проф. Топузов Э.Э.)*

Больной Ч., 22 лет, поступил в клинику госпитальной хирургии им. проф. В.А. Опеля 17.09.2019 г. по поводу обширной десмоидной опухоли брюшной стенки и забрюшинного пространства. 18.09.2019 г. ему выполнена лапароскопически-ассистированная обширная полнослойная резекция мышц передней брюшной стенки в пределах здоровых тканей, включая внутреннюю косую, поперечную, прямую мышцы живота, с удалением десмоидной опухоли, паховой связки, яичка и илеоцекального сегмента ободочной кишки с интракорпоральным формированием илеоасцендоанастомоза. На 12 сутки после операции развился некроз кожного лоскута. В связи с этим 04.10.2019 г. произведена некрэктомия, наложение вакуумной повязки с отрицательным давлением (NPWT). В последующем периодически производилась смена повязки системы NPWT (14, 11, 17 октября 2019 г.). Рана постепенно очищалась, но заживление раны происходило вторичным натяжением из-за большого дефекта кожных краев раны. 22.10.2019 г. выполнено пластическое закрытие дефекта раны передней брюшной стенки. Через 2 недели открылся свищ тонкой кишки в области прилегания сетчатого эндопротеза. 06.11.2019 г. выполнена эксплантация сетчатого эндопротеза, резекция тонкой кишки, санация брюшной полости, установка системы NPWT. В послеоперационном периоде состояние больного было удовлетворительным, но на 2 сутки после операции в ране появилось небольшое количество тонкокишечного содержимого. 08.11.2019 г. произведена операция: ревизия и санация брюшной полости, реконструкция анастомоза. Снята система NPWT. В послеоперационном периоде больной получал парентеральное питание, проводилась комплексная общеукрепляющая терапия. Принято решение о постепенном сближении краёв раны металлическими лигатурами. 02.12.2019 г. выполнена мобилизация кожных краев раны со сближением и фиксацией металлическими лигатурами. В последующем состояние больного стало улучшаться, отмечена прибавка в массе. Учитывая остающийся большой дефект между кожными лоскутами, 11.12.2019 г. и 20.12.2019 г. произведены повторные операции: мобилизация кожных краев раны со сближением и фиксацией металлическими лигатурами. В дальнейшем проводилась общеукрепляющая терапия, ежедневные перевязки раны мазевыми препаратами. 22.01.2020 г. больной выписан для лечения в амбулаторных условиях.

Цель демонстрации. Показать трудности при удалении обширных десмоидных опухолей, связанных с проблемой закрытия больших дефектов брюшной стенки. При обширных резекциях брюшной стенки композитные ИРОМ-сетчатые эндопротезы могут привести к спайкам и кишечным свищам. По-видимому, адекватным пластическим материалом в таких случаях могут быть биологические эндопротезы, такие как Permacol и его аналоги.

ДОКЛАД

*В.А. Кащенко^{1,2}, А.В. Лодыгин^{1,2}, А.Е. Неймарк³, А.И. Мицинская¹, М.А. Мицинский¹,
А.Д. Ахметов¹*

КВОТЫ НА БАРИАТРИЧЕСКУЮ ХИРУРГИЮ: ПЕРВЫЙ РОССИЙСКИЙ ОПЫТ

¹ФГБУЗ «Клиническая больница 122 им. Л.Г. Соколова» ФМБА РФ (гл. врач – Накатис Я.А.)

²ФГБОУ ВО СПбГУ, кафедра факультетской хирургии (зав. кафедрой – д.м.н., проф. Кащенко В.А.)

³ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова Минздрава России» (гл. врач – Шляхто Е.В.)

В настоящее время ожирение во всем мире приобрело характер эпидемии, а число лиц, страдающих им, с 1980 г. увеличилось вдвое. При морбидном ожирении консервативные методы лечения в подавляющем большинстве случаев оказываются малоэффективными.

В соответствии с ростом распространённости ожирения растёт частота встречаемости коморбидных патологий, среди которых сахарный диабет 2 типа занимает ведущее место. Данное заболевание сопровождается серьезными осложнениями, значительно сокращает продолжительность жизни и многократно увеличивает расходы на пожизненную терапию. В то же время бариатрическая хирургия уже является общепризнанным методом лечения не только ожирения, но и сопутствующих ему патологий, в том числе, сахарного диабета 2 типа. В США и Европе бариатрические операции выходят на 1 место по частоте выполнения, опережая лапароскопическую холецистэктомию. В 2019 году впервые в России нашим центром были получены бариатрические квоты на хирургическое лечение сахарного диабета 2 типа на фоне морбидного ожирения (ИМТ > 40 кг/м²).

Цель доклада: поделиться результатами выполнения первых 20 бариатрических квот в России и изучить принципы организации их проведения в условиях многопрофильного стационара.

В нашем центре была организована комплексная периоперационная подготовка бариатрических пациентов. Отбор на квоту проводился мультидисциплинарной командой, условием отбора было наличие сахарного диабета 2 типа при морбидном ожирении (ИМТ > 40 кг/м²). Предоперационно пациентам выполнялся спектр исследований для оценки соматического статуса и коморбидного фона, после чего бригадой специалистов в составе бариатрического хирурга, терапевта, эндокринолога, пульмонолога, анестезиолога, диетолога, психолога принималось решение о возможности выполнения бариатрического вмешательства. Все оперативные вмешательства были выполнены лапароскопически, среднее время операции составило 90±5 мин. Во всех случаях было выполнено лапароскопическое мини-гастрошунтирование (MGB-OAGB). Отмечено 1 осложнение – внутрибрюшное кровотечение (II по Clavien-Dindo), не потребовавшее оперативного пособия и купированное проведением консервативной гемостатической терапии. Среднее время пребывания пациента в стационаре - 5±1 дней. В течение 1 месяца после операций средний %ЕВМІІ (% потери избыточного ИМТ) составил 25,9±5, за 3 месяца - 36,9±4, за 8 месяцев - 65,4±5. Всем пациентам назначена витаминно-минеральная терапия, случаев мальабсорбтивных и витаминно-минеральных нарушений отмечено не было. Средний

уровень гликемии исходно составил $9,3 \pm 2$ ммоль/л, через 1 месяц после операции $6,1 \pm 3$ ммоль/л, через 3 месяца после операции $5,8 \pm 2$ ммоль/л, через 8 месяцев после операции $5,4 \pm 2$ ммоль/л. Среднее значение гликированного гемоглобина исходно составило 8, через 3 месяца 7,1, через 6 месяцев 6,9, через 8 месяцев 6,4. У 12 пациентов в течение 1 месяца после операции отмечена нормализация уровня гликемии, что привело к отмене пероральных сахароснижающих препаратов, у 6 пациентов отмечалась стабилизация показателей гликемии до 8 ммоль/л, что потребовало снижения дозировки метформина вдвое. Стоимость бариатрической квоты - 238.000 руб, в то время как стоимость платного оперативного вмешательства в клинике составляет 220.000-240.000 руб.

Выводы. Пациенты с сахарным диабетом 2 типа на фоне морбидного ожирения представляют собой особую группу больных, нуждающихся в проведении бариатрического оперативного вмешательства, введение которого в программу государственного финансирования свидетельствует о смещении вектора отношения к бариатрической операции, как к преимущественно пластическому вмешательству, в сторону лечебной операции при жизнеугрожающей патологии. Это обуславливает необходимость дальнейшего развития государственной поддержки этой группы пациентов.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

А.В. Нохрин^{1,2}, Т.С. Кесаев¹, М.А. Гипарович^{1,3}, А.К. Иванова¹, Е.Ю. Юрьев^{1,3}

СЛУЧАЙ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ГИГАНТСКОЙ НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ ОПУХОЛЬЮ ВНУТРИГРУДНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

¹СПб ГБУЗ Городской клинический онкологический диспансер (гл. врач – проф. Топузов Э.Э.)

²ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ, кафедра госпитальной хирургии (зав. кафедрой - проф. Топузов Э.Э.)

³ФГБУ «РосНИИ гематологии и трансфузиологии ФМБА России» (директор – проф. Чечёткин А.В.)

Больной П., 52 года, направлен в СПб ГБУЗ «ГКОД» в январе 2019 г. с жалобами одышки при незначительной физической нагрузке, слабость. По данным компьютерной томографии определялась гигантская опухоль средостения, ателектаз верхней доли левого легкого, левосторонняя нижнедолевая пневмония, левосторонний гидроторакс. Выполнена биопсия опухоли, дренирование плевральной полости.

По результатам гистологии и иммуногистохимического исследования заключение: атипичный карциноид. Ki67-15%. Опухоль стадирована как cT3N1M0 IIIa ст. Карциноидный синдром отсутствовал. Учитывая размеры, гистологическую структуру опухоли больному проведено три цикла неoadъювантной химиотерапии с февраля по апрель 2019 года по схеме FOLFOX. После химиотерапии эффекта не получено: на КТ – увеличение размеров опухоли, ухудшение клинической картины: появление отека левой верхней конечности, нарастание сердечной недостаточности. По данным ЭхоКГ: фракция выброса 40%. Проведен консилиум: учитывая молодой возраст, отсутствие ожидаемого ответа на химиотерапию принято решение о попытке хирургического лечения.

16 апреля 2019 г. выполнена хирургическая операция: удаление гигантской опухоли переднего средостения. Опухоль (35x40см) занимала все переднее средостение с прорастанием перикарда и интраперикардальным распространением на отграниченном участке миокарда, прорастанием левого плечеголового венозного ствола и распространением в левую плевральную полость до левого купола диафрагмы. Операция была выполнена из комбинированного доступа по типу Masaoka, с определенными техническими трудностями: выполнена субтотальная перикардэктомия с резекцией участка миокарда, левого плечеголового ствола, резекцией левого купола диафрагмы. Общая кровопотеря составила около 1,5 литров. Интраоперационно фибрилляция желудочков, переходящая в асистолию. Проводился прямой массаж сердца, реанимационные мероприятия, дефибриляция сердца. После проведенных мероприятий восстановлена сердечная деятельность. Заместительная терапия: трансфузия 4 доз эритроцитной взвеси.

Послеоперационный период с явлениями гипотонии, длительной вазопрессорной поддержки. На 4 сутки гемодинамика стабилизировалась и больной был переведен из реанимации. Гистологическое исследование показало отсутствие эффекта на проведенную

химиотерапию. Больной выписан в удовлетворительном состоянии. Через 1,5 месяца после операции проведен курс лучевой терапии.

В настоящее время пациент находится под наблюдением онколога. Клинически и по данным КТ обследования от февраля 2020 г. прогрессирования заболевания не выявлено.

Цель демонстрации: показать случай успешного лечения больного с местнораспространенной гигантской нейроэндокринной опухолью внутригрудной локализации.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*Н.И. Глушков^{1,2}, Т.Л. Горшенин^{1,2}, К.В. Семенцов^{1,2}, С.О. Здасюк¹, К.А. Притула¹,
И.В. Меркулов¹, Ю.А. Сизов¹*

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ ТОЛСТОЙ КИШКИ

¹СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» (нач. госпиталя – проф. Кабанов М.Ю.)

²ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ, кафедра общей хирургии (зав. кафедрой - проф. Глушков Н.И.)

Пациентка К., 81год, поступила в 7 хирургическое отделение СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» в экстренном порядке 21.12.2019 г. с клинической картиной острой кишечной непроходимости. Из анамнеза выяснено, что около 6 месяцев пациентку беспокоили периодическое послабление стула, потеря веса более чем на 6 кг, общая слабость. В течение последних трех дней отмечала задержку стула и газов, нарастающую тошноту. По данным фиброколоноскопии на 17 см от ануса выявлено стенозирующее просвет, непроходимое для эндоскопа, контактно кровоточивое, бугристое опухолевое образование. На фоне консервативных мероприятий явления кишечной непроходимости были купированы. Пациентка была всесторонне обследована с привлечением мультидисциплинарной бригады врачей-специалистов и коррекцией сопутствующей патологии. Несмотря на проводимые лечебные мероприятия у больной периодически отмечались явления нарушения пассажа по кишечнику. 25.12.2019 г. на фоне нарастания явлений кишечной непроходимости она была оперирована. Выполнена видеоассистированная комбинированная резекция ректосигмоидного отдела толстой кишки с резекцией задней стенки мочевого пузыря. Послеоперационный период протекал относительно благополучно согласно тяжелому полиморбидному фону. Мочевой катетер удален на 10 сутки послеоперационного периода. Выписана на шестнадцатые сутки послеоперационного периода в стабильном состоянии.

Цель демонстрации – показать эффективность мультидисциплинарного подхода и использования малоинвазивных технологий в лечении пациентки старческого возраста с осложнённым раком толстой кишки.

ДОКЛАД

А.А. Стаценко, А.В. Павловский, С.А. Попов, В.Е. Моисеенко

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ МАСЛЯНОЙ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ С НАНОДИСПЕРСНОГО АЛЬБУМИН СТАБИЛИЗИРОВАННОГО ПАКЛИТАКСЕЛА

*ФГБУ «РНЦРХТ им. акад. А.М. Гранова» Минздрава России (директор – д.м.н.
Майстренко Д.Н.)*

С целью повышения эффективности неoadьювантной химиоэмболизации путем применения современных схем химиотерапии в ФГБУ РНЦ РХТ им ак. А.М. Гранова МЗ РФ 17 больным перед пилоросохраняющей панкреатодуоденальной резекцией выполнена химиоэмболизация опухоли головки поджелудочной железы пав-паклитакселом и гемцитабином (Гос.задание № АААА-А18-118042390164-7 2018 - 2019 год).

Оценивалась безопасность и переносимость комбинированного лечения. С целью профилактики постэмболизационного панкреатита проводилась стандартная консервативная терапия (Октреотид 600мкг/сут 2-3 дня, инфузионная терапия до 1500мл, спазмолитическая). Операцию выполняли на 7 - 10 сутки после процедуры химиоэмболизации. Учитывая местно-раздражающее действие пав-паклитаксела с целью профилактики несостоятельности панкреатикоэнтероанастомоза граница резекции поджелудочной железы была смещена в сторону тела на 2-2,5 см, с последующим патоморфологическим исследованием стандартного и смещенного края резекции. Другие этапы операции соответствовали стандартному протоколу пилоросохраняющей панкреатодуоденальной резекции с наложением анастомозов на одной петле. Дополнительной целью проведенной работы, была оценка лечебного патоморфоза опухоли.

Постэмболизационный период характеризовался разнонаправленными изменениями исходного уровня панкреатической амилазы сыворотки крови: у большинства отмечалось повышение амилазы 15 из 17 повышение амилазы, у 2 из 17 снижение исходного уровня. У большинства пациентов с повышением уровня амилазы, не превышало верхнюю границу нормы. Только у 4 (23,5%) больных отмечено достоверное превышение верхней границы нормы, показатель находился в пределах от 145 до 624 Ед/мл.

При патоморфологическом исследовании у всех больных обнаружен умеренный отек, клеточная инфильтрация ткани головки поджелудочной железы, на уровне стандартной линии пересечения поджелудочной железы. У 4 (24%) пациентов с превышением уровня нормы амилазы в постэмболизационном периоде наряду с отеком были обнаружены единичные некрозы ацинарной ткани. На уровне расширенного пересечения острые воспалительные изменения ткани поджелудочной железы отсутствовали. Лечебный патоморфоз 1 степени выявлен у 2 (12%) пациентов. Сроки наблюдения составили от 12 до 32 месяцев.

Безопасное неoadьювантное применение масляной химиоэмболизации головки поджелудочной железы, при аденокарциноме с применением пав-паклитаксела и гемцитабина, требует расширение границы пересечения перешейка поджелудочной железы на 2,5 см.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*А.В. Павловский, С.А. Попов, А.А. Стаценко, В.Е. Моисеенко, И.Г. Карданова, И.О. Руткин,
А.В. Моисеенко*

СЛУЧАЙ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*ФГБУ «РНЦРХТ им. акад. А.М. Гранова» Минздрава России (директор – д.м.н.
Майстренко Д.Н.)*

У пациентки М., 78 лет, в ноябре 2011г. диагностирована распространенная нейроэндокринная опухоль поджелудочной железы (G2) с распространением на корень брыжейки тонкой кишки, размерами до 14 см. На фоне проведенного лечения октреотидом и вифероном отмечено прогрессирование, в связи с чем получила 5 курсов радиоизотопной терапии Lu 177DOTA в Финляндии с 05.2012. При ПЭТ контроле от 03.2013 значительный регресс активности и стабилизация размеров опухоли. В ФГБУ РНЦ РХТ 13.05.2013-диагностическая верхняя мезентерикография, целиакография. Артерии без узурации. Конфлюэнс воротной вены, проксимальный отдел верхней брыжеечной вены, селезеночная вена не определяются, кровоток осуществляется по коллатералям. Выполнена химиоинфузия в чревный ствол преп. доксорубицин, 5фторурацил. 29.05.2013г. Операция. Дистальная субтотальная резекция поджелудочной железы, спленэктомия. Тромбэктомия с резекцией ствола воротной вены с анастомозом конец в конец. Гистологическое исследование 1244/2013 – нейроэндокринный рак ПЖ с инвазией в жировую клетчатку и стенку воротной вены. Край резекции отрицательный. Послеоперационный период гладкий, выписана на 14-е сутки. По данным ПЭТ/КТ всего тела Ga-DOTA-TATE68 от 10.2017 – метастазы в парааортальные лимф. узлы. Операция от 16.11.2017 – удаление опухоли забрюшинного пространства с резекцией стенки тощей кишки. ИГХ №28813 – Нейроэндокринная опухоль Grade 3, Ki-67 – 23%. Позитивная реакция к SSTR 2 типа 100% клеток, негативная реакция к SSTR 5 типа. Послеоперационный период гладкий. По данным очередного ПЭТ/КТ всего тела 68Ga-DOTA-TATE от 19.02.2019 – в S7 печени метастаз до 13мм с SUV=48. 19.03.2019 г. – выполнена ангиография, в.а. химиоэмболизация опухоли печени. 23.04.2019 г. – Операция. УЗИ-контрольная чрескожная радиочастотная (РЧА) деструкция опухоли SVII печени. С 15.10.2019 г.– таргетная терапия препаратом Сунитиниб 50мг. ПЭТ/КТ всего тела Ga-DOTA-TATE68 от 21.07.2020 г.– метастазы в 2 и 6 сегментах печени, размерами 16 и 14 мм, SUV=20. 11.08.20 – Ангиография. Выполнена внутриартериальная химиоэмболизация: доксорубицин 20мг+липиодол 3мл. 15.09.2020 г. – операция: лапароскопия, резекция печени, холецистэктомия.

Заключение. На фоне современного противоопухолевого лечения, циторедуктивные операции при нейроэндокринных опухолях, могут увеличить продолжительность и качество жизни пациента.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*Д.Б. Дегтерев¹, Д.К. Савченков^{1,2}, Д.Ю. Бояринов^{1,2}, К.В. Семенцов^{1,2}, Д.М. Яковлева^{1,2,3},
Д.К. Брызгалов²*

ПРЯМАЯ ПЕРОРАЛЬНАЯ ХОЛЕДОХОСКОПИЯ И ЛАЗЕРНАЯ ЛИТОТРИПСИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У ДОЛГОЖИТЕЛЯ

¹*СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» (нач. госпиталя – проф. Кабанов М.Ю.)*

²*ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ, кафедра общей хирургии (зав. кафедрой - проф. Глушков Н.И.)*

³*ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, кафедра военно-морской хирургии (нач. кафедры – проф. Соловьев И.А.)*

Цель демонстрации: показать современные возможности эндоскопического лечения холедохолитиаза у пациентов старшего возраста.

Пациентка Г., 96 лет, 15.01.2020 г. в экстренном порядке поступила в 21 х.о. СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту. Из анамнеза известно, что указанные жалобы возникли у пациентки впервые в 13 часов того же дня. Ранее по поводу болей в животе госпитализаций не было. При поступлении выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и эзофагогастроскопия. Результаты ультразвукового исследования органов брюшной полости от 15.01.2020 г.: Диффузные изменения структуры печени и поджелудочной железы. Билиарная гипертензия. ЖКБ. Конкременты желчного пузыря. Холедохолитиаз. Увеличение размеров желчного пузыря. Кисты левой почки. Результаты эзофагогастродуоденоскопии от 15.01.2020: Катаральный эзофагит. Эрозивная антральная гастропатия на фоне атрофии слизистой. Дуоденит. Лимфодуоденостаз. Дуоденогастральный рефлюкс. Клинический анализ крови 15.01.2020 г. Нб 161 г/л, эр. $5,32 \cdot 10^{12}/л$, лейкоц. $15,1 \cdot 10^9/л$, тр. $189 \cdot 10^9/л$. Биохимический анализ крови 15.01.2020 г.: билирубин общий 96 мкмоль/л, билирубин прямой 57,9 мкмоль/л, АЛТ 163,3 Ед/л, АСТ 177,8 Ед/л, альфа-амилаза 46,7 Ед/л. Установлен диагноз: Основное заболевание: Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит. Осложнения: Холедохолитиаз. Механическая желтуха. Сопутствующие заболевания: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III ст, риск ССО 4. Последствия ОНМК. ЦВБ. ДЭ III ст. Кисты левой почки.

23.01.2020 г. выполнена лечебно-диагностическая эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. При холангиографии внутривенные протоки не расширены, холедох до 15 мм, в просвете холедоха два конкремента размерами 12 на 15 и 15 на 25 мм. Выполнена папиллосфинктеротомия и прямая пероральная холедохоскопия системой Spy Glass, Boston Scientific, США. Обнаружено два конкремента указанного диаметра: дистальный конкремент смешанного строения, проксимальный, более крупный - пигментного. Выполнена лазерная контактная литотрипсия гольмиевым лазером Auriga XL, Boston Scientific, США (12 Гц, 1200 мДж), фрагменты низведены в ДПК корзиной типа Dormia. При повторном контрастировании теней конкрементов нет. При повторной холедохоскопии желчевыводящие пути осмотрены до устьев секторальных протоков, конкрементов нет. Длительность операции составила 2 часа 40 минут.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Проведено лечение: режим, диета, антибиотики, спазмолитики, противоязвенные, антисекреторные препараты. Выписана 27.03.2020 г. в удовлетворительном состоянии. При выписке общий билирубин 19,1 мкмоль/л, прямой 6,2 мкмоль/л. АЛТ 28,5 Ед/л, АСТ 35,8 Ед/л.

Применение системы прямой пероральной холангиоскопии и лазерной контактной литотрипсии у данной пациентки позволило за один этап достичь полной санации желчевыводящих путей от конкрементов, избежать потенциальных осложнений, связанных с выполнением механической литотрипсии в гепатикохоledoхе.

ДОКЛАД

К.В. Павелец^{1,2}, М.А. Протченков^{1,2}, Д.С. Русанов^{1,2}, М.К. Павелец^{1,2}

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА В СТАДИРОВАНИИ РАКА ПИЩЕВОДА И ОЦЕНКЕ РАДИКАЛИЗМА РЕЗЕКЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

¹ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова (зав. кафедрой - проф. Коханенко Н.Ю.)

²СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» (гл. врач - проф. Емельянов О.В.)

Цель - показать возможности интраоперационного стадирования рака пищевода (РП) с помощью метода фотодинамической/флуоресцентной диагностики (ИО ФДД), определить роль методики в оценке резектабельности пищеводной карциномы, радикализма резекционного вмешательства, выборе варианта эзофагопластики.

Материалы и методы. В докладе представлены результаты хирургического лечения 210 больных в период с 2004 по 2017 гг., которым проведено интраоперационное стадирование опухолевого процесса во время резекционного вмешательства по поводу рака пищевода. Основную группу составил 101 случай, когда интраоперационное стадирование и оценка радикализма выполненной операции проводились посредством интраоперационного флуоресцентного устройства «Флуовизор». В контрольную группу включены 109 больных РП, оценка распространенности процесса которых, онкологическая адекватность резекции пищевода и лимфодиссекции оценивалась методом физикального исследования органов брюшной полости, макроскопического изучения образца резекции опытным хирургом. Эталонной методикой стадирования являлось патоморфологическое исследование образцов резекции с определением категорий pTNM, стадии карциномы пищевода.

Результаты. Чувствительность и точность методики ИО ФДД в оценке критерия Т пищеводной карциномы составили 88,6% и 79,2%. По точности определения глубины инвазии карциномы ИО ФДД значительно превосходила методику физикального определения Т-критерия. По чувствительности сравниваемые методики оказались сопоставимы. Значимое превосходство ($p < 0,001$) интраоперационного фотодинамического определения критерия N больных РП выявлено по показателям специфичности и точности в сравнении с физикальной методикой (82,3%; 85,2% vs. 25,7%; 51,7%, соответственно). По показателю чувствительности методики не различались (79,2% vs. 86,6% при $p = 0,157$). По результатам проведения ROC-анализа показатель $AUC = 0,873$ свидетельствовал о высоком качестве интраоперационного фотодинамического моделирования N-статуса больных раком пищевода.

В интраоперационной визуализации отдаленных метастазов РП методика ИО ФДД оказалась более чувствительной по сравнению с физикальным М-стадированием (85,7% vs. 66,7%, при $p=0,001$). Специфичность и точность сравниваемых методик не различались (97,9%; 94,5% vs. 98,9%; 97,0%, соответственно).

Флуоресцентные маркеры резидуальной опухоли проксимального края резекции пищевода выявлены у 5 больных, дистального края резекции кардиального отдела желудка – у 8 пациентов, что потребовало расширения границ резекции органов и коррекции варианта формирования трансплантата. После выполнения абдоминальной, медиастинальной D2S лимфодиссекции ИО ФДД подвергались ткани верхнего средостения и верхний этаж брюшной полости. Флуоресцентные маркеры метастатического поражения лимфоколлекторов выше бифуркации трахеи выявлены у 8 больных, метастазирование в забрюшинные лимфоузлы, расположенные вне зоны произведенной абдоминальной ЛД были определены «Флуовизором» в 12 случаях. Чувствительность метода интраоперационного контроля онкологической адекватности выполненных резекций составила 81,8%, а специфичность – 95,0%.

Выводы. Методика ИО ФДД, используемая по принципам флуоресцентно-наведенной хирургии позволяет интраоперационно уточнить TNM-критерии и стадию опухолевого процесса, предоставляет возможность обоснованно определять границы резекции, дифференцировать объем лимфодиссекции, корректировать вариант формирования трансплантата, повышая радикализм и онкологическую полноту резекции.

ПРАВЛЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Ханевич Михаил Дмитриевич, *председатель*
(моб. тел. +7-911-722-40-43)

Соловьев Иван Анатольевич, *заместитель председателя*
(моб. тел. +7-911-241-12-77)

Акимов Владимир Павлович, *член правления*
(моб. тел. +7-911-919-01-82)

Кашенко Виктор Анатольевич, *член правления*
(моб. тел. +7-911-928-95-25)

Гладышев Дмитрий Владимирович, *член правления*
(моб. тел. +7-911-144-91-21)

Левченко Евгений Владимирович, *член правления*
(моб. тел. +7-911-750-00-05)

Федотов Леонид Евгеньевич, *член правления*
(моб. тел. +7-921-905-13-42)

Плотников Юрий Владимирович, *референт*
(моб. тел. +7-953-346-63-42, plotnikster@gmail.com)

Сизоненко Николай Александрович, *ответственный секретарь*
(моб. тел. +7-911-747-30-75, hopsekretar@mail.ru)

Лукьянюк Петр Петрович, *казначей*
(моб. тел. +7-965-768-56-06, hopsekretar@mail.ru)

Образец представления заявок на демонстрацию (доклад)

ДОКЛАД (ДЕМОНСТРАЦИЯ)

(пробел)

*И.О. Фамилия^{1,4,5}, И.О. Фамилия^{4,6}, И.О. Фамилия^{3,4}, И.О. Фамилия^{1,2},
И.О. Фамилия⁵*

(пробел)

НАЗВАНИЕ РАБОТЫ

(пробел)

*(указывается официальное сокращенное место работы авторов,
ученая степень (звание) руководителя учреждения или подразделения)*

¹ *ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ (ректор – академик РАН
Багненко С.Ф.)*

² *ФГБОУ ВО СПбГУ, медицинский факультет, кафедра факультетской хирургии (зав.
кафедрой – проф. Кащенко В.А.)*

³ *ФГБВОУ ВО Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, кафедра
госпитальной хирургии (нач. кафедры – д.м.н. Дзидзава И.И.)*

⁴ *ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе (директор – проф. Парфенов В.Е.)*

⁵ *СПб ГБУЗ Елизаветинская больница (гл. врач – проф. Петров С.В.)*

⁶ *ФГБУЗ КБ № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА РФ (гл. врач – Накатис Я.А.)*

(пробел)

Объем текста не более 1 (одной) страницы.

В тезисах доклада кратко приводятся собственные материалы и результаты.

Выдержки из обзора литературы, ссылки на публикации, неинформативные рассуждения не подлежат включению в текст тезисов. Текст не рецензируется, рекомендуется тщательно его проверить перед отправкой, удалить непечатаемые символы, исправить опечатки.

Шрифт Times New Roman, размер 12 пт, интервал 1,15, поля сверху 2 см, снизу 2 см, слева 3 см, справа 1,5 см.

Обязательно предоставление материалов в электронном виде (hopskretar@mail.ru), с указанием ФИО (полностью), контактов (телефон, электронная почта) докладчика и 1 экземпляр в печатном виде с визой руководителя «В печать» (допускается скан-копия на hopskretar@mail.ru).

**Заседания Хирургического общества Пирогова
проводятся во вторую и четвертую среду месяца
в аудитории № 7 ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
(СПб, ул. Льва Толстого, 6/8, ст. м. «Петроградская»)
Начало заседаний в 17:00**

Адрес для корреспонденции:

194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д.6.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

кафедра военно-морской хирургии

Сизоненко Николаю Александровичу

<http://pirogovskoe.com>

<http://vk.com/club522845592>

