

## ЭНДОКРИННАЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ: РАЗУМНЫЕ ПРИОРИТЕТЫ

### РОЛЬ И МЕСТО ГАСТРОШУНТИРОВАНИЯ ПО РУ В СОВРЕМЕННОЙ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

**АСКЕРХАНОВ Р.Г.<sup>1,2</sup>, ПЕТРОВА А.Л.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова, Москва

<sup>2</sup> МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва  
askerkhanov@gmail.com

Актуальность. Шунтирующие операции являются наиболее эффективным методом лечения метаболического синдрома. В 1991 году в США был принят консенсус, допускающий использование гастроинтестинальной хирургии в лечении ожирения. В 2017 году бариатрическая хирургия вошла в клинические рекомендации по лечению сахарного диабета 2 типа в России. В связи с этим актуальным остается выбор оперативного вмешательства при сахарном диабете 2 типа, который бы отвечал требованиям минимальных осложнений и максимальной эффективности.

Материалы и методы. В период с 2008 по 2017 гг. в Московском клиническом научном центре им. А.С. Логинова было выполнено 223 операции лапароскопического гастрощунтирования, из них 50 — аппаратным швом (1 группа), 173 — ручным (2 группа). Критериями оценки эффективности снижения веса являлись: индекс массы тела и процентная доля снижения избытка массы тела. Индекс массы тела (ИМТ) — отношение массы тела (кг) к квадрату длины тела (м<sup>2</sup>). Единицей измерения является кг/м<sup>2</sup>. Percent of excess weight loss (%EWL) — процентная доля снижения избытка массы тела. Характеристика пациентов представлена в таблице 1. Группу 1 составляли следующие пациенты: 8 мужчин (16%), 42 женщины (84%), средний возраст составил 38,2+6,1, средний ИМТ до операции составил 39,1+6,5. Группу 2 составили 173 пациента: 32 мужчины (18%), 141 женщина (82%). Средний возраст составил 32,4+8,5, средний ИМТ 42+9,3. В обеих группах нарушением толерантности к глюкозе страдали 20% больных, имели сахарный диабет 2 типа 17%.

Результаты. Послеоперационные осложнения встречались в обеих группах: несостоятельность анастомоза в группе 1 — 4 случая (8%) против 0 в группе 2, стриктура анастомоза в группе 1 в 1 случае (2%), в группе 2 — 7 случаев (4%), кровотечения в группе 1 в 2 случаях (4%) против

0 во 2 группе. Рецидив ожирения через 3 года в 1 группе 8 случаев (16%), в группе 2 — 2 (0.6%). Летальность в обоих случаях составила 0. В 1 группе длительность койко-дня составила 9,3+3,5 дня. Во 2 группе длительность пребывания пациентов была меньше — 4,9+2,2 дня. Что касается длительности операции, то в рассматриваемых группах не было достоверных отличий этого показателя. При использовании аппаратного шва (1 группа) время операции было 2,4+0,7 часа, при использовании ручного шва (2 группа) — 2,6+0,5 часа. Динамика снижения веса по среднему ИМТ составила в 1 группе через год с 41,2+9,4 до 33,4+7,1, во 2 группе с 44,4+8,9 до 30,8+6,5, через 3 года средний ИМТ в 1 группе составлял 32,2+7,9, в группе 2 29,6+7,7, % снижения избыточной массы тела в 1 группе через год 48,2+12,6, во 2 группе 56,7+13,7, через три года в 1 группе 49+10,6, в группе 2 59,2+12,6. В 1 группе ремиссия диабета через три года достигнута в 65% больных, во второй группе — у 73%.

Выводы. Лапароскопическое гастрощунтирование по Ру является эффективной метаболической операцией. Наш опыт выполнения этой операции аппаратным швом у 50 пациентов и ручным швом у 173 пациентов однозначно определил выбор в пользу ручного шва. Низкий процент осложнений, хороший клинический эффект, простая техника — все эти факторы позволяют рекомендовать именно этот вариант анастомоза.

### РОЛЬ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ В РАЗВИТИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**БАХОВАДИНОВА Ш.Б., СТАРКОВ И.И., КОВАЛЕНКО Н.А., ИОНЦЕВ В.И.**  
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова Минобороны РФ,  
Санкт-Петербург  
dr.bahovadinova@gmail.com

Актуальность. Последние годы характеризуются стремительным ростом частоты заболеваний молочной железы (МЖ). По данным многочисленных исследований, фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ) представляет собой наиболее распространенное доброкачественное заболевание молочной железы. В настоящее время, по данным различных авторов, частота ФКБ составляет 20–60%, а у женщин репродуктивного возраста с гинекологическими заболе-

ваниями достигает 94,8%. Эволюционное представление о биологической составляющей ФКБ в течение столетия сменялось в широком диапазоне: от признания данной патологии в качестве обязательного этапа неопластической трансформации до полного отрицания как «болезни».

**Цель исследования.** Оценить роль клинико-морфологических форм фиброзно-кистозной болезни в развитии рака молочной железы.

**Материалы и методы.** Материалом для данного исследования послужили результаты гистологического исследования биопсийного и операционного материала 78 больных, находившихся на лечении в клинике госпитальной хирургии ВМедА им. С.М. Кирова с диагнозом – новообразование молочной железы, возраст от 18 до 75 лет. Все пациентки прошли стандартное комплексное обследование, включающее ультразвуковое исследование МЖ, рентгеновскую маммографию, трепан- и эксцизионную биопсию с последующим морфологическим исследованием материала. В проведенном исследовании оценивали: возраст больных, размеры опухолей, результаты гистологического исследования, оценивали степень процесса при фоновых заболеваниях МЖ и частоту развития рака молочной железы (РМЖ) при различных клинико-морфологических формах ФКБ.

**Полученные результаты.** Средний возраст обследуемых женщин составил 49,62,7 лет. Средний размер новообразования составил 2,30,9 (диапазон 0,7–4,8 см). По результатам морфологического исследования, в 36 (46,15%) наблюдениях выявлена непролиферативная форма узловой ФКБ, и при этом в основном отмечена средняя степень процесса – в 43,2% наблюдений, легкая и тяжелая – в 36,9% и 19,9% наблюдений соответственно; пролиферативная форма узловой ФКБ выявлена в 17 (21,79%) наблюдениях, с преимущественно тяжелой степенью выраженности процесса – 41,7%, легкая и средняя – в 37,6% и 20,7% соответственно. В 2 (2,56%) случаях преобладал миоэпителиальный тип пролиферации, характерный для склерозирующего аденоза (СА), в 16 (20,5%) наблюдениях выявлена фиброэпителиальная пролиферация, типичная для фиброаденомы, в 7 (8,96%) – эпителиальный тип пролиферации. В проведенной работе при гистологическом исследовании протоковая карцинома МЖ выявлена у 4 (5,12%) больных: при пролиферативной форме с преобладанием фиброэпителиального типа в 3,85% наблюдениях, при непролиферативной форме узловой ФКБ – в 1,28%. Объем и характер оперативного лечения определялся совокупностью лучевых и морфологических методов – в 5,12% наблюдениях с выявленной карциномой МЖ выполнено органосохраняющее хирургическое лечение.

**Выводы.** Решающим фактором в оценке степени риска развития РМЖ у больных различными формами ФКБ является морфологическое исследование ткани МЖ, полученное при оперативном лечении и биопсии. Таким образом, риск РМЖ не повышается или является минимальным при непролиферативных формах узловой ФКБ, а при пролиферативной узловой ФКБ риск возрастает в 2 раза.

## МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ КИСТ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**БАХОВАДИНОВА Ш.Б., КОВАЛЕНКО Н.А., ИОНЦЕВ В.И.**

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова Минобороны РФ, Санкт-Петербург  
bahovadinova@rambler.ru

**Актуальность.** Кисты молочной железы (МЖ) являются проблемой современной маммологии. Риск малигнизации кист МЖ, по данным ряда авторов, составляет при непролиферативной форме – 0,86%, при умеренной пролиферации – 2,34%, при резко выраженной пролиферации – 31,4%. В большинстве случаев кисты МЖ размером более 2 см носят множественный и рецидивирующий характер, это ставит под сомнение обоснованность выполнения секторальной резекции МЖ в условиях отсутствия подозрения на малигнизацию процесса. Активная интеграция методов интервенционной радиологии в практическую хирургию способствует появлению новых малоинвазивных хирургических вмешательств, выполняемых под контролем ультразвукового исследования (УЗИ), магнитно-резонансной томографии, рентгеновской маммографии (РМГ), позволяющие произвести полную деструкцию узловых образований с минимальной травматизацией окружающих тканей.

**Цель.** Улучшение результатов лечения больных сложными кистами молочной железы путем внедрения малоинвазивной хирургической тактики.

**Материал и методы.** В работе представлены сравнительные результаты комплексного обследования и лечения 58 женщин с диагнозом сложная киста МЖ, наблюдавшихся в клинике госпитальной хирургии ВМедА им. С.М. Кирова с 2016 по 2017 гг. Средний возраст обследованных больных составил  $41,7 \pm 2,5$  года. Комплексное обследование во всех наблюдениях включало выполнение УЗИ МЖ по стандартной методике, включающее режим серой шкалы, энергетического и цветового доплеровского картирования с линейным мультислотным датчиком 6–13 МГц, рентгеновскую маммографию всем больным старше 35 лет, тонкоигольную аспирационную биопсию с последующим срочным цитологическим исследованием.

Больные разделены на две группы: 1–я группа – 12 больных с кистами МЖ, которым выполнена секторальная резекция МЖ, 2–я – 46 пациенток, в отношении которых выбран дифференцированный подход к лечению с применением малоинвазивных методов – чрескожная этаноловая склеротерапия под УЗ-навигацией.

**Результаты.** При оценке результатов УЗИ, сложная киста в 71,42% случаев визуализировалась как анэхогенное округлое узловое образование, имеющее неравномерную толщину стенки без акустической тени; овальное анэхогенное образование с внутрикистозными полиповидными эхоструктурами со слабой акустической тенью – в 20,62%; анэхогенное образование с гиперэхогенными тонкими внутрикистозными перегородками без акустической тени – в 7,92%. При сравнении результатов УЗИ