

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Председатель правления – Б. Н. Котив, ответственный секретарь – Д. П. Кашкин,
референт – Ю. В. Плотноков

2504-е заседание 14.02.2018 г., посвященное Дню защитника Отечества

Председатели – Б. Н. Котив, И. М. Самохвалов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *В. А. Рева, В. В. Савчук, С. А. Петрачков, В. В. Лужков, О. М. Костюченко* (кафедры военно-полевой хирургии и термических поражений и пластической хирургии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ; ФГКУ «35 Омедо (а)» ВДВ МО РФ, г. Псков; ФГКУ «442-й военный клинический госпиталь» МО РФ, Санкт-Петербург; ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь им. акад. Н. Н. Бурденко» МО РФ, г. Москва). **Первый отечественный опыт применения эндоваскулярной баллонной окклюзии аорты в зоне боевых действий.**

Цель демонстрации – показать эффективность применения эндоваскулярной баллонной окклюзии аорты на передовых этапах медицинской эвакуации.

Раненый Г., 29 лет, находясь в блиндаже, попал под обстрел и получил ранение осколками снаряда в область груди и конечностей. На этапе первой врачебной помощи гемодинамически стабилен. Доставлен одновременно с несколькими ранеными авиатранспортом в медицинский отряд спустя 3,5 ч после ранения. Общее состояние крайне тяжелое, глубокое оглушение. Кожный покров бледный. Систолическое АД 50–60 мм рт. ст., пульс 110 уд./мин. Дыхание поверхностное, ослаблено с обеих сторон. В области груди слева имеются две (как позже выяснено, касательные) раны размером 2×1 см в проекции V и X ребер по средней подмышечной линии. Подкожной эмфиземы и кровотечения нет. Живот мягкий, безболезненный. В средней трети правой голени определяется огнестрельная рана размером 5×4 см с крепитацией костных отломков. Признаков ишемии конечности нет. Выполнение рентгенографии при поступлении было недоступным. При УЗИ обнаружено большое количество жидкости в брюшной полости. Одновременно с интубацией трахеи вслепую выполнена ошибочная пункция правой бедренной вены, в нее установлен интродьюсер 10 Fr для инфузионно-трансфузионной терапии. Затем произведена пункция бедренной артерии, установлен интродьюсер 8 Fr. По внешним ориентирам (расстояние до мечевидного отростка) в грудную аорту заведен и раздут баллонный катетер. АД поднялось до 120/60 мм рт. ст. Выполнено дренирование левой плевральной полости в шестом межреберье, воздуха и крови не получено. Произведена лапаротомия (выявлено повреждение селезенки III степени по AAST раздробленными IX и X ребрами), спленэктомия с последующим медленным (в течение 3–5 мин) опорожнением баллона. Общее время окклюзии аорты составило 25 мин. На фоне проводимой трансфузионной

терапии (8 доз эритроцитной взвеси, 300 мл свежезамороженной плазмы) после опорожнения баллона АД ниже 90 мм рт. ст. не снижалось. Баллонный катетер и интродьюсер удалены с помощью техники фасциального шва без ушивания дефекта артерии. Выполнены ПХО огнестрельной раны нижней трети правой голени, открытая репозиция, внешняя фиксация перелома правой большеберцовой кости. На следующие сутки раненый был переведен в центральный госпиталь, где выполняли повторную хирургическую обработку раны голени. Раны живота и паховой области зажили первичным натяжением. Выписан в удовлетворительном состоянии на 170-е сутки.

Ответы на вопросы. Раненый эвакуирован на вертолете в сопровождении. В настоящее время передвигается с помощью костылей, есть ложный сустав.

2. *В. А. Рева, Р. Ф. Абдурахманов, А. О. Орлов, А. Л. Кудяшев, А. В. Щукин, И. М. Самохвалов* (кафедры военно-полевой хирургии и военной травматологии и ортопедии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ; ФГКУ «354-й военный клинический госпиталь» МО РФ, г. Екатеринбург). **Первая в мире имплантация стент-графта в медицинском отряде по поводу боевого повреждения подмышечной артерии.**

Цель демонстрации – показать возможности эндоваскулярных методов лечения боевых повреждений магистральных сосудов на передовых этапах медицинской эвакуации.

Раненый О., 27 лет, во время взрыва передвигался на подножке грузового автомобиля «Урал», держась обеими руками за поручень. На этапе первой врачебной помощи выполнены ушивание ран лица, конечностей, транспортная иммобилизация обеих верхних конечностей и обезболивание. Доставлен в медицинский отряд спустя 7 ч после травмы. Общее состояние тяжелое, глубокое оглушение. АД 100/60 мм рт. ст., пульс 76 уд./мин. При осмотре определяется неполный отрыв правой верхней конечности на уровне средней трети предплечья, патологическая подвижность на уровне верхней трети предплечья и средней трети плеча. Рука холодная, бледная. Пассивные движения сохранены. Слева – патологическая подвижность на уровне плеча и предплечья, без признаков ишемии. Выполнены ампутация на уровне отрыва, ревизия плечевой артерии (ПлА) в кубитальной ямке. Артерия не пульсирует, имеется слабый антеградный кровоток. При попытке введения катетера Фогарти возникло препятствие на уровне подмышечной артерии. Ретроградно в ПлА установлен интродьюсер 6 Fr, введен диагностический проводник, который также не проходит в дугу аорты. Ввиду отсутствия флуороскопии, путем многократного выполнения обычных рентгенограмм (всего более 50) введен многоцелевой катетер, позиционирован в области препятствия, и выполнена ретроградная ангиогра-

фия. Выявлена гемодинамически значимая диссекция (боковое повреждение более 70 %) подмышечной артерии мелкими металлическими осколками, повредившими стенку артерии (в последующем во 2-й зоне шеи справа выявлены две точечных раны). Выполнена эндоваскулярная операция: проводник под рентген-контролем по катетеру введен в дугу аорты, интродьюсер заменен на HF. По проводнику введен, позиционирован и установлен самораскрывающийся стент-графт Fluency Plus 6×120 мм. Сосудистый этап операции занял 1,5 ч. По данным ангиографии и клинически получено хорошее восстановление кровотока. Переломы обеих верхних конечностей зафиксированы в спице-стержневых аппаратах. Ввиду подозрения на тяжелую черепно-мозговую травму антикоагулянтную и дезагрегантную терапию не назначали. На следующие сутки при КТ повреждения головного мозга не обнаружено, но выявлен тромбоз стент-графта. Выполнена тромбэктомия из стент-графта с последующим внутривенным введением 1000 ЕД/ч гепарина и пероральным приемом 75 мг клопидогрела в сутки. На 5-е сутки переведен в центральный госпиталь с магистральным кровотоком по артериям правой верхней конечности. Спустя 3 недели при контрольном УЗИ выявлен повторный тромбоз стент-графта, что было в последующем подтверждено данными КТ-ангиографии. Клинически признаков ишемии не было, в связи с чем попытки восстановления просвета графта не предпринимались. Впоследствии осуществлена последовательная замена аппаратов внешней фиксации на погружные конструкции. Раненый выписан спустя 80 суток.

Ответы на вопросы. Стент нитиноловый, с тетрафторэтиленовым покрытием.

З. В. А. Рева, А. В. Гончаров, А. А. Алимов, В. В. Мусаткин, Д. В. Белоусов, К. О. Вертецкий, Р. Ф. Абдурахманов, А. П. Чурина, А. А. Керимов, Ю. В. Арбузов, Б. Б. Родивилов, И. М. Самохвалов (кафедра военно-полевой хирургии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ; ФГКУ «354-й военный клинический госпиталь» МО РФ, г. Екатеринбург; ФГБУ «3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А. А. Вишневского» МО РФ, г. Красногорск; ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь им. акад. Н. Н. Бурденко» МО РФ, Москва). **Спасение жизни и конечности с применением эндоваскулярной окклюзии аорты у раненого в терминальном состоянии и с критической некомпенсированной ишемией.**

Цель демонстрации – показать эффективность эндоваскулярной баллонной окклюзии аорты на передовых этапах медицинской эвакуации и возможность спасения конечности при критической некомпенсированной ишемии.

Раненый С., 25 лет, получил травму в результате подрыва бронетранспортера. Сидя на броне, был опрокинут, однако удержался левой ногой, вставленной в фиксирующую лямку. На этапе первой врачебной помощи АД 120/70 мм рт. ст. Спустя 3 ч был доставлен на шите в медицинский отряд. Состояние терминальное, сознание – глубокое оглушение. Кожный покров бледный. АД не определяется, частота пульса на сонной артерии больше 120 уд./мин. Дыхание проводится во все отделы, частота 22–24 в мин. Локальная припухлость живота над лоном (тазовая гематома). При нагрузке на таз болезненность и патологическая подвижность (в момент доставки наложен тазовый пояс). В верхней трети левого бедра линейная ссадина шириной до 10 см. Обе нижние конечности бледные, холодные. При УЗИ заподозрена свободная жидкость в брюшной полости. Одновременно с интубацией трахеи вслепую, с первой попытки, выполнена пункция правой общей бедренной арте-

рии (ОБА) и установлен интродьюсер 10 Fr. Под рентгеновским контролем выполнена эндоваскулярная баллонная окклюзия грудной аорты. Систолическое АД поднялось до 130 мм рт. ст. Тотчас выполнена лапаротомия, повреждений не обнаружено, из отдельного доступа – внебрюшинная тампонада таза, после чего баллон сдут и удален. Общее время окклюзии аорты составило 16 мин. Переломы костей таза зафиксированы в аппарате КСТ, после чего удален интродьюсер с сохранением АД на уровне 110 мм рт. ст. За время операции перелито 6 доз эритроцитной взвеси и 4 дозы свежзамороженной плазмы. По окончании операций (спустя 7 ч после травмы) выявлена контрактура в левом голеностопном суставе. Выполнена ревизия ОБА в зоне осаднения, выявлен ее тромбоз в зоне бифуркации. Установлен временный протез из ПХВ-трубки. Выполнена широкая 4-футильная фасциотомия (все мышцы жизнеспособны), реконструкция участком большой подкожной вены бедра, взятого из этого же разреза. На следующие сутки раненый был переведен в центральный госпиталь, где еще через сутки тампоны из малого таза были удалены. Ввиду развития реперфузионного синдрома начаты сеансы гемодиализа, проводившиеся 30 суток, до восстановления функции почек. Раны живота, таза и паховой области зажили первичным натяжением. Выписан в удовлетворительном состоянии на 75-е сутки после травмы. Левая нижняя конечность жизнеспособна и выполняет опорную функцию, однако активные движения в голеностопном суставе отсутствуют.

Ответы на вопросы. Кровоток включен через 7 ч после травмы. Гепаринизацию не проводили.

Б. Н. Котив (председатель). Представлены травмы, не совместимые с жизнью. Применение высокотехнологичных методов спасло жизни раненым.

ДОКЛАД

И. М. Самохвалов, В. А. Рева, А. Н. Петров (кафедра военно-полевой хирургии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ). **Открытая и эндоваскулярная хирургия современных боевых повреждений кровеносных сосудов.**

Проанализирован современный опыт оказания помощи 12 раненым ангиотравматологического профиля специалистами группы медицинского усиления на этапе оказания квалифицированной хирургической помощи (КХП) в условиях отдаленного региона и стратегической воздушной эвакуации. Дважды использован метод интраоперационного временного протезирования (ВП): при повреждении подмышечной артерии – шунт Pruitt-Inahara, общей бедренной артерии – ПХВ-трубка с завершением вмешательств аутовенозной пластикой. 4 раненым выполнена первичная артериальная реконструкция: 3 – аутовенозная пластика бедренной (ПБА), подмышечной и задней большеберцовой артерии (использован реверсированный сегмент большой подкожной вены бедра) и 1 – циркулярный шов подколенной артерии. 1 раненому выполнен боковой шов внутренней яремной вены, еще 1 раненому с тромбозом передней большеберцовой артерии реконструктивная операция не произведена ввиду компенсированной ишемии. Опыт оказания ангиотравматологической помощи в медицинском отряде продемонстрировал возможность применения не только открытой, но и эндоваскулярной хирургии. Наряду с традиционными диагностическими ангиографиями, выполнены три эндоваскулярных баллонных окклюзии аорты по поводу повреждений сосудов живота и таза. С помощью портативного рентгеновского аппарата произведено эндопротезирование

поврежденной подмышечной артерии стент-графтом. Лишь 1 пациенту, доставленному с признаками необратимой ишемии верхней конечности, с нахождением жгута на конечности в течение 3 ч, выполнена первичная ампутация (частота ампутаций – 10 %). 1 раненому с повреждением ПБА и длительной ишемией конечности в последующем выполнена вторичная ампутация, он же позже скончался от сепсиса. Высокая частота поступления раненых с нестабильной гемодинамикой (ГД) и тяжелой ишемией конечности из-за длительных сроков доставки вынудила нас дополнить существующую классификацию повреждений сосудов конечностей. Рабочая классификация «ВПХ-АТ» («ВПХ-ангиотравматология») основывается на 2 основных компонентах: 1) степень ишемии по В. А. Корнилову в модификации авторов (некомпенсированная ишемия (НКИ) делится на раннюю, когда чувствительность и движения только начинают снижаться, и критическую – когда уже начинает развиваться тугоподвижность в суставах поврежденной конечности); 2) стабильность ГД. В соответствии с этими критериями выделены 4 класса повреждений магистральных артерий конечностей: I – компенсированная ишемия вне зависимости от стабильности ГД; II – ранняя НКИ + стабильная ГД; III – ранняя НКИ + нестабильная ГД или критическая НКИ + стабильная ГД; IV – критическая НКИ + нестабильная ГД или необратимая ишемия вне зависимости от ГД. Диагностика класса повреждения по классификации «ВПХ-АТ» определяет хирургическую тактику на этапе оказания КХП: I класс – восстановление или перевязка артерии, возможен отказ от операции на сосудах при закрытой травме; II класс – ВП или окончательное восстановление артерии; III класс – ВП и широкая открытая фасциотомия; IV класс – первичная ампутация конечности (восстановление кровотока опасно для жизни). В условиях все более широкого распространения эндоваскулярных методов при повреждениях I–III классов возможна имплантация стент-графта (ранение сосуда) или стента (закрытое повреждение сосуда).

Ответы на вопросы. Эндоваскулярная хирургия применяется с 2010 г. Ранее на месте травмы умирали 87 % подобных раненых, среди оставшихся можно было спасти только 24 %. Улучшить результаты, кроме описанного, помог пересмотр «золотого часа». Стремление доставить раненого в стационар сменилось на приближение специалиста к месту травмы. Реинфузия в некоторых условиях допустима.

И. М. Самохвалов (председатель). Доложены возможности прогресса военно-полевой хирургии. Об эндоваскулярной хирургии мечтал Н. И. Пирогов. Новые исследования позволили приблизить помощь к зоне боевых действий, раньше ставить диагноз, уменьшить объем продолжающегося кровотечения, предупредить полиорганную недостаточность. Достижения российских ученых (Н. И. Пирогов, Н. Л. Володось, В. А. Корнилов) признаны в мире.

Б. Н. Котив (председатель). Мы являемся свидетелями яркой демонстрации спасения жизни больных. На первом месте сейчас стоит восстановление жизненных функций, на втором – эвакуация. Группы усиления дополняют отряд особого назначения. Поздравляю с Днем защитника Отечества!

Поступил в редакцию 16.05.2018 г.

2505-е заседание 28.02.2018 г.

Председатель – Г. И. Гафтон

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А. М. Игнашов, Чжо Ван, А. Э. Хон, С. Г. Баландов, А. Н. Морозов, А. Ю. Гичкин, М. В. Мамченкова, С. Д. Мигащук (ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ; клиника № 2 ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова» МЧС России). **Синдром компрессии чревного ствола и аневризмы селезеночной, нижней панкреатической, тощекишечной артерий и дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом.**

Цель демонстрации – поделиться опытом лечения больной с редким сочетанием синдрома компрессии чревного ствола и аневризм висцеральных артерий, дуоденогастроэзофагеального рефлюкса с эзофагитом с респираторными расстройствами и избыточной культёй червеобразного отростка.

Больная Л., 69 лет, поступила 16.06.2017 г. с жалобами на выраженную ноющую боль опоясывающего характера, ощущение тяжести и полноты в надчревной области после приема пищи. В течение последних 6 лет беспокоит ежедневная изжога, распространяющаяся за грудину до ротоглотки, тошнота, вздутие живота, срыгивание кислым содержимым, приступы удушья, кашель, затрудненное дыхание, осиплость голоса, а также боль в левой половине грудной клетки в течение последних трех лет. Беспокоит головная боль, общая слабость, панические атаки. В анамнезе: аппендэктомия, артериальная гипертензия, 6 беременностей. Длительность болезни – около 40 лет, ухудшение состояния с июня 2016 г., снижение массы тела на 10 кг. Заподозрена ишемическая болезнь органов пищеварения. По данным УЗДС и МСКТ-ангиографии определен гемодинамически значимый компрессионный стеноз чревного ствола и 3 истинные мешотчатые аневризмы: селезеночной (7 мм) в воротах органа, нижней панкреатической (5 мм) в 5 мм от верхней брыжеечной артерии и интестинальной (3 мм) артерий. Эндоскопическое и рентгенологическое исследования: антральный гастрит, недостаточность замыкательной функции нижнего пищеводного сфинктера, гипомоторная дискинезия желудка, дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс. Манометрия пищевода: нарушения функции нет. ЭХОКГ – пролапс митрального и трикуспидального клапана, малозначимый гемодинамически. Клинический диагноз: «Синдром компрессии чревного ствола, аневризмы селезеночной, нижней панкреатической и тощекишечной артерий, гипомоторная дискинезия желудка, дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс с неэрозивным эзофагитом и респираторными расстройствами. Артериальная гипертензия». 26.06.2017 г. операция: декомпрессия чревного ствола, спленэктомия с аневризмой ее артерии, резекция аневризм нижней панкреатической и тощекишечной артерий. Произведена мобилизация, низведение и устранение изгиба дистальной части двенадцатиперстной и тощей кишки расчленением связки (мышцы) Трейтца (операция Стронга). Дополнительно удалена культя червеобразного отростка длиной около 2 см, с фекалитом в его просвете, что оказалось случайной находкой после ранее выполненной аппендэктомии. Послеоперационное течение гладкое. 15.12.2017 г. по данным УЗДС анатомические и гемодинамические показатели чревного ствола в норме. Состояние больной удовлетворительное, прежних симптомов не отмечает.

Ответы на вопросы. По образованию больная инженер-физик. Беременности протекали нормально. До операции кон-

сультировалась психиатром. Стул нормализовался, питание и сон восстановились, удушье исчезло. В анамнезе травма шейного отдела позвоночника, сотрясение головного мозга. Противовозвратных препаратов не принимала. Доминирующими патогенетическими факторами рефлюкс-эзофагита были ишемический и нейрогенный факторы в связи с компрессионным стенозом чревного ствола, гипомоторная дискинезия желудка и дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс. Беременности и артериальная гипертензия могли способствовать возникновению аневризмы селезеночной артерии. В сложившейся клинической ситуации принято целесообразным открытым путем произвести декомпрессию чревного ствола, резекцию аневризм и операцию Стронга. Аневризмы тонко- и толстокишечных артерий встречаются редко. К 1995 г. опубликовано 26 подобных клинических наблюдений. Возможность острого воспаления избыточно длинной культи червеобразного отростка нужно учитывать при выполнении аппендэктомии.

Г. И. Гафтон (председатель). Представлено редкое и сложное наблюдение с хорошим результатом лечения.

2. К. В. Павелец, О. Г. Вавилова, О. М. Рыбальская, Д. С. Русанов, М. К. Павелец (кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»; СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Отдаленный результат хирургического лечения рака выходного отдела желудка.**

Цель – показать отдаленный результат хирургического лечения рака желудка, обсудить тактику контроля рецидива и прогрессирования заболевания.

Больная С., 57 лет, поступила 13.06.2003 г. в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы в плановом порядке, с жалобами на чувство тяжести в эпигастрии, срыгивание пищи, похудение на 20 кг. Из анамнеза известно, что в течение последних 6 месяцев отмечает чувство тяжести, незначительные боли в эпигастрии, похудение на 7 кг. Обследована амбулаторно. По данным рентгеноскопии желудка и ФГДС выявлен рак выходного отдела желудка. Гистологическая верификация – умеренно-дифференцированная аденокарцинома. По результатам УЗИ и КТ органов брюшной полости отдаленных метастазов не выявлено. Сопутствующие заболевания: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь II стадии. После подготовки 17.06.2003 г. выполнена операция – субтотальная дистальная резекция желудка по Бильрот-I с лимфодиссекцией в объеме D2. Гистологическое заключение: умеренно-дифференцированная аденокарцинома с прорастанием всех слоев стенки желудка. Метастазов в исследованных лимфатических узлах не выявлено. Заключительный диагноз: «Рак выходного отдела желудка T4N0M0». Послеоперационный период протекал без особенностей. При контрольной рентгеноскопии на 5-е сутки анастомоз состоятелен, пассаж бариевой взвеси не нарушен. Рана зажила первичным натяжением. Больная выписана в удовлетворительном состоянии на 10-е сутки после операции. Аджьювантная химиолучевая терапия пациентке не проводилась. При контрольном обследовании с периодичностью 1 раз в 6 месяцев с 2003 по 2010 г. данных за рецидив и прогрессирование не получено. В 2011 г. у пациентки по данным УЗИ и компьютерной томографии живота выявлено солитарное образование левой доли печени размером 3×5 см, что расценено как прогрессирование заболевания. После дообследования 12.02.2011 г. выполнена операция – левосторонняя гемигепатэктомия с интраоперационной фотодинамической терапией. Гистологическое заключение:

метастаз умеренно-дифференцированной аденокарциномы в ткань печени. Послеоперационный период протекал гладко, больная выписана на 14-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. В дальнейшем химиолучевую терапию пациентка также не получала. При систематическом контрольном наблюдении 1 раз в 6 месяцев клинко-инструментальных данных за прогрессирование и рецидив нет, состояние удовлетворительное, функции пищеварения не нарушены.

Ответы на вопросы. Сейчас больная жалоб не предъявляет, диету не соблюдает, масса тела полностью восстановилась.

Прения

М. Д. Ханевич. Хотя больной показана адьювантная и неоадьювантная терапия, ей повезло. Ей показана колоноскопия, продолжение наблюдения.

Г. И. Гафтон (председатель). Интересна длительность заболевания. Даже с таким течением болезни наблюдение должно быть пожизненным.

ДОКЛАД

А. А. Захаренко, К. Н. Вовин, А. Н. Морозов, М. А. Беляев, А. А. Трушин, О. А. Тен (ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ). **Оптимизация хирургического лечения больных раком желудка при различных вариантах строения висцеральных сосудов.**

Вариантная анатомия висцеральных сосудов встречается в 10–30 % случаев. Имеются варианты, при которых магистральные артерии желудка отходят от аорты или верхней брыжеечной артерии. Рекомендуемая стандартизированная хирургическая техника определена для типичной сосудистой анатомии. В исследование включены пациенты с диагнозом (с)T1-4N1-2M0, которые проходили лечение в нашем Университете с 2012 по 2017 г. Предложен лечебно-диагностический алгоритм (СКТА + вариант лимфодиссекции), который применен у 108 пациентов (основная группа). Контрольную группу составили 120 больных, у которых сосудистая анатомия не изучалась. Все пациенты были радикально оперированы. Оценивали величину кровопотери, время операции, частоту послеоперационных осложнений и отдаленную выживаемость. Результаты: 1) у 32,9 % больных при СКТА выявлена вариантная анатомия висцеральных сосудов верхнего этажа брюшной полости; 2) чувствительность СКТА при диагностике сосудистых вариаций составила 95,7 %, специфичность – 94,4 %, точность – 95,4 %; 3) в зависимости от анатомического варианта, при отхождении магистрального или дополнительного сосуда, участвующего в кровоснабжении желудка от аорты или верхней брыжеечной артерии, стандартную D2-лимфодиссекцию дополняли лимфодиссекцией D2+ (№ 14а и (или) 16 а2 и 16 b1); 4) средняя кровопотеря в основной группе оказалась в 1,95 раза меньше и составила (126,5±22) мл, а в группе сравнения – (246,7±34) мл; 5) уровень послеоперационных осложнений статистически не различался, длительность операции было достоверно меньше в основной группе больных; 6) при морфологическом исследовании лимфатических узлов 14-й, 16-й групп у пациентов основной группы с расширенной лимфодиссекцией D2+ выявлено их метастатическое поражение в 66,7 %; 7) отдаленные результаты лечения основной группы оказались лучше, чем в контрольной: 1- и 3-летняя выживаемость в основной группе составила 91,7 и 75 %, медиана выживаемости – (60±9,9) месяца; в контрольной группе 1- и 3-летняя выживаемость составила 87,1 и 71,3 % соответственно, меди-

ана выживаемости – (52,6±12,3) месяца. Вывод: выполнение СКТА на дооперационном этапе является эффективным способом визуализации магистральных сосудов, позволяющим планировать объем операции, избежать периоперационных осложнений и улучшить отдаленные результаты лечения больных раком желудка путем повышения радикальности оперативного вмешательства.

Ответы на вопросы. Активное использование теории сторожевого лимфоузла позволяет ограничивать объем операции до эндоскопической диссекции опухоли. Использование адьювантной терапии улучшает результаты на 15 %. Край удаленного препарата во время операции не исследовали. В среднем исследовалось 28 лимфатических узлов, минимум – 17. Рекомендательный объем операции – гастрэктомия, только при T1 – субтотальная резекция. Проксимальных резекций желудка не делали. Неоадьювантную терапию проводили при T3 и N1. Диагностическую лапароскопию до операции не делали.

Прения

А. М. Игнашов. В докладе на основании выполненного исследования представлены очень важные данные об анатомических вариантах строения чревного ствола и его ветвей, что, несомненно, имеет значение при выполнении онкологических операций на органах верхнего отдела брюшной полости, в частности, диссекции лимфатических узлов. В протокол предоперационного обследования таких больных целесообразно включать ультразвуковое дуплексное сканирование и мультиспиральную томографическую ангиографию брюшной аорты и ее ветвей. При онкологических операциях на этих органах следует учитывать вероятное окклюзионно-стенозирующее поражение чревного ствола и верхней брыжеечной артерии и предусмотреть соответствующие меры предупреждения ишемических расстройств.

С. Я. Ивануса. Знание вариантов кровоснабжения расширяет кругозор хирурга, но необходимо повысить доказательность онкологической составляющей процесса.

М. Д. Ханевич. Доклад онкологически грамотен и интересен. Неоадьювантная терапия определена и доказана. В ней нуждаются до 80 % больных. При M1 стадия IV, следовательно, должны быть исследованы парааортальные лимфоузлы.

Г. И. Гафтон (председатель). Интересный и перспективный доклад.

Поступил в редакцию 16.05.2018 г.

2506-е заседание 14.03.2018 г.

Председатель – А. Л. Акопов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. С. Ю. Дворецкий, И. В. Комаров, А. П. Литвинов, А. А. Смирнов, М. А. Уртенцова, И. В. Чистяков, А. В. Прудников, Д. И. Василевский, А. Л. Акопов (ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ). **Применение комплексного подхода при лечении пациента с местно-распространенным раком грудного отдела пищевода.**

Цель демонстрации – показать возможности современного комплексного радикального лечения местно-распространенного рака грудного отдела пищевода.

Больной И., 63 лет, обратился на торакальное отделение ПСПбГМУ им. И. П. Павлова в сентябре 2016 г. с жалобами на дисфагию, слабость, снижение массы тела. По дан-

ным рентгеноскопии, ФГДС и МСКТ у больного выявлена экзофитная стенозирующая опухоль нижней трети пищевода протяженностью 10,5 см, увеличенные лимфатические узлы средостения, сливающиеся с первичной опухолью, инвазия опухоли в нижнюю долю правого легкого, правую нижнюю легочную вену, перикард, со сдавлением и оттеснением левого предсердия. Отдаленные метастазы не обнаружены. Диагноз: «Низкодифференцированная аденокарцинома нижнегрудного отдела пищевода, cT4bN2M0, IIIС; дисфагия 2 ст.». На первом этапе, с целью реканализации пищевода, проведена эндоскопическая фотодинамическая терапия опухоли (фотосенсибилизатор Фотодитазин, плотность энергии – около 150 Дж/см²). В дальнейшем начата химиолучевая терапия: два цикла полихимиотерапии (Карбоплатин 350 мг, Паклитаксел 300 мг) в режиме радиомодификации (D1, 8, 15) синхронно с дистанционной лучевой терапией СОД 50 Гр. По данным контрольного обследования через 6 недель после окончания индукционного лечения, выявлен частичный регресс опухоли пищевода. Принято решение провести хирургический этап лечения. В январе 2017 г. проведена операция. В области опухоли пищевода выраженный фиброз с вовлечением перикарда, устья нижнедолевой вены справа, нижней доли правого легкого. Выполнена лапароскопическая мобилизация желудка, расширенная комбинированная субтотальная резекция пищевода с резекцией нижней доли левого легкого, левого предсердия, перикарда с одномоментной пластикой широким желудочным стеблем в правой плевральной полости. Торакальный этап операции сопровождался техническими трудностями, связанными как с распространенностью опухолевого процесса, так и с проведенной лучевой терапией. Продолжительность операции составила 421 мин, кровопотеря – 500 мл. Послеоперационный период протекал гладко, длительность пребывания в ОРИТ – 3 суток, энтеральное питание начато на 7-е сутки. По результату гистологического исследования удаленного препарата – pT4bN0M0 G2, IIIС, регресс опухоли III степени (по А. М. Mandard и соавт.). Проводилась адьювантная иммунотерапия. Пациент обследован в марте 2018 г., через 18 месяцев после начала лечения. Признаков рецидива нет.

Ответы на вопросы. Верхняя граница опухоли была на расстоянии 30 см от резцов, ниже бифуркации трахеи. Опухоль прорастала правую нижнюю легочную вену, перикард. Лапароскопическая мобилизация желудка заняла 1,5 ч, вся операция – 7 ч. При опухолях верхней трети пищевода операцию начинаем с торакоскопии, ниже – с лапароскопии. Кровопотеря составила 500 мл. В данное время проходимость пищевода не нарушена. Больной избегает принимать грубую пищу. Периодически (редко) возникают изжога, отрыжка, их до операции не было.

Прения

С. В. Нохрин. Получен великолепный результат при распространенном опухолевом процессе. Неоадьювантная терапия позволила резко улучшить результаты при опухолях пищевода, в том числе T1 и T2.

Б. И. Мирошников. Изменилась тактика лечения опухолей. Мы даже лечение рака желудка начинаем с химио-, пищевода – химиолучевой терапии. Резко повысилась 5-летняя выживаемость. Возникает вопрос: нужно ли оперировать, если после терапии опухоль перестала определяться?

К. В. Павелец. Полный ответ на неоадьювантную терапию наблюдается не более чем в 30 %. Снижает качество жизни степлерный анастомоз при гибридных операциях. Здесь получен хороший результат.

А. Л. Акопов (председатель). Химиолучевую терапию мы проводим всем больным. После нее можно выполнить радикальную операцию более чем у 80 % больных. Правая и левая нижние легочные вены были очень коротки, поэтому их пришлось резецировать с перикардом единым блоком.

2. А. А. Захаренко, Д. В. Маслевцов, К. Н. Вовин, М. В. Павлов, М. А. Беляев, А. А. Трушин, О. А. Тен, Д. А. Зайцев, В. А. Рыбальченко (кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ; СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Мультидисциплинарный подход в симультанном хирургическом лечении больного раком желудка и трехсосудистым поражением миокарда.**

Цель демонстрации – показать результаты успешного симультанного хирургического лечения больного с конкурирующими заболеваниями, требующими мультидисциплинарного подхода в многопрофильном стационаре.

Пациент К., 56 лет, госпитализирован в кардиохирургическое отделение ПСПбГМУ в марте 2017 г. с жалобами на общую слабость, потливость, быструю утомляемость, одышку, учащенное сердцебиение и давящие боли в левой половине грудной клетки при незначительных физических нагрузках, незначительные отеки. Отмечалось постоянное повышение АД до 160/80 мм рт. ст. Из анамнеза известно, что с 2015 г. появились жалобы на дискомфорт за грудиной, в связи с чем 22.03.2016 г. доставлен в многопрофильный стационар Санкт-Петербурга с диагнозом: «Инфаркт миокарда, Q-нижний». Выполнена коронарография: стеноз передней межжелудочковой ветви до 80 %, огибающей ветви до 75 %, правая коронарная артерия (ПКА) окклюзирована в средней трети. Рекомендовано обследование и решение вопроса о шунтирующей операции на коронарных сосудах. В июне 2017 г. доставлен в тот же стационар с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения. При ФГДС выявлен язвенный дефект нижней трети тела желудка без признаков продолжающегося кровотечения. За результатом гистологического исследования пациент не явился. Противоязвенную терапию не получал. Из поликлиники по месту жительства направлен в кардиохирургическое отделение ПСПбГМУ, обследован. При коронарографии дополнительно выявлен стеноз промежуточной ветви артерии тупого края до 75 %, при эхокардиографии – нарушение локальной сократимости миокарда левого желудочка в зоне кровоснабжения ПКА, фракция выброса – 54 % (по Simpson). При ФГДС в антральном отделе желудка определялся инфильтративно-язвенный дефект слизистой оболочки под фибрином. Заключение гистологического и иммуногистохимического исследований: умеренно-дифференцированная аденокарцинома. Показатели РЭА, СА 19-9, СА 72-4 – в пределах референсных значений. При компьютерной томографии органов грудной клетки, брюшной полости в ангиографическом режиме регионарной лимфоаденопатии данных за отдаленное метастазирование не выявлено. Тактика лечения больного обсуждена на онкологическом и мультидисциплинарном консилиумах. Принято решение выполнить симультанное оперативное лечение по поводу рака желудка и трехсосудистого поражения миокарда. При этом первым этапом запланирована операция на коронарных сосудах. 28.11.2017 г. выполнена симультанная операция – маммарное и аутоартериальное коронарное шунтирование ПМЖА, ВТК 1 ОА, ВТК 2 ОА, ЗМЖВ ПКА на работающем сердце и дистальная субтотальная резекция желудка, лимфодиссекция D2.

Патоморфологическое стадирование: pT4N1(2/12)M0G2R0V1. Пациент выписан на 16-е сутки послеоперационного периода, протекавшего гладко, без особенностей.

Ответы на вопросы. Больной стал меньше есть, худеет. Изжоги нет. Ингалятором не пользовался. Стенокардия появляется после прохождения 50 м. Нитроглицерином не пользовался. После инфаркта миокарда качество жизни ухудшилось, но пока курить не бросил. Строение сосудов не требовало расширения объема операции.

Прения

С. В. Нохрин. Одномоментные операции на сердце и при опухолях выполняем с 2001 г. Подавляющее число больных желательно оперировать поэтапно, вторую операцию выполнять через 2–3 недели после стентирования.

А. Л. Акопов (председатель). В этой группе больных всегда ставится вопрос: оперировать симультанно или последовательно? Последние операции менее рискованны, но возникают проблемы с проведением антикоагулянтной и других видов терапии. Выбор тактики лечения у данного больного следует считать рациональным.

ДОКЛАД

И. В. Дейнега, П. М. Ионов, Г. А. Яковлев, А. Л. Акопов (ГБУЗ «Покровская больница» Санкт-Петербурга; ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ). **Диагностика и хирургическое лечение рака легкого в условиях специализированного торакального отделения для больных с нагноительными заболеваниями легких, плевры, средостения.**

Первичный рак легкого сопровождается параканкротными воспалительными изменениями не менее чем в 25 % наблюдений, а инфекционные деструкции легких, как первые проявления рака, отмечаются у 15 % больных. У отдельных пациентов клинические проявления воспалительного процесса опережают и даже полностью нивелируют симптомы раковой опухоли, что существенно затрудняет диагностику. Диагностические ошибки могут достигать 40 %, но если диагноз поставлен правильно и вовремя, результат лечения такой опухоли может быть вполне приемлемым. В то же время некоторые онкологи и хирурги относят больных раком легкого с параканкротными гнойно-деструктивными изменениями к категории инкурабельных. Проведение лучевого и химиотерапевтического лечения признается противопоказанным, а к возможности выполнения радикального хирургического вмешательства отношение сдержанное. Немаловажное значение при принятии решения о тактике лечения имеет и общее тяжелое состояние пациентов, их социальный статус, есть или нет легочное или внутривисцеральное кровотечение. В докладе приведен анализ результатов диагностики и лечения 427 больных раком легкого, у которых течение заболевания осложнилось развитием гнойно-деструктивного процесса в паренхиме легкого и(или) плевральной полости. Рассмотрены возможности лечения гнойных осложнений. Резекция легкого произведена 61 (14 %) больному. Отмечены технические особенности операций, предоперационной подготовки, послеоперационного периода. Оценены непосредственные и отдаленные результаты лечения. Показано, что хирургическая диагностика, адекватное лечение гнойных осложнений позволяют в ряде наблюдений выполнить радикальное оперативное вмешательство с приемлемыми результатами.

Ответы на вопросы. Основным критерий возможности операции – функция внешнего дыхания на фоне предоперационной подготовки. Дооперационное дренирование гнойных скоплений улучшало самочувствие. Не все абсцессы нужно дренировать, достаточно пункционного лечения. Помогали абсцессоскопии, удаление секвестров. При диаметре абсцесса 5 см и более пункционное лечение недостаточно. Культю бронха обрабатывали с затруднениями, иногда интраперикардially, по Оверхолту или аппаратом. Стали чаще привлекать химиотерапевтов.

Прения

А. В. Елькин. Инфекционные осложнения при раке легкого наблюдаются у 12–14 % больных. Приведены отличные результаты. Параканкрозные изменения необходимо отличать от канкрозных. Стали чаще появляться ВИЧ-инфицированные больные, с осложнениями. Дренирование при экстраплев-

ральном выделении легкого лучше выполнять двумя дренажами и длительно – до месяца. Для обработки культи бронха редко пользуемся шовными, чаще применяем ручной шов.

А. А. Аветисян. У этих больных возможно только интраоперационное стадирование. Лечение повторными пункционными санациями не нужно, необходима торакостомия. Наблюдается до 8 % бронхиальных свищей, иногда требуется трансстеральная окклюзия бронха или перевязка легочной артерии.

И. М. Кузнецов. При абсцедировании пункций иногда достаточно, дренаж нужен при эмпиемах. Полезна миопластика широчайшей мышцей спины.

А. Л. Акопов (председатель). Представлено лечение тяжелой группы больных, требующих постоянного ухода. Качество представляющего доклад отделения – европейского уровня.

Поступил в редакцию 16.05.2018 г.

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ

в соответствии с едиными требованиями Международного комитета редакторов медицинских журналов (ICMJE) и Комитета по публикационной этике (COPE)

(рукописи, оформленные не по правилам, не рассматриваются!)

Рукописи направлять по адресу:

197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, дом 6-8. ПСПбГМУ им. И. П. Павлова. Редакция журнала «Вестник хирургии им. И. И. Грекова»

1. Статья должна быть загружена в электронном варианте через online-форму на сайте журнала <http://www.vestnik-greкова.ru/>. Одновременно статью необходимо представить в 2 печатных экземплярах (для рецензирования и редактирования), напечатанной на одной стороне листа формата А4 с двойным межстрочным интервалом, шрифтом высотой не менее 2,5 мм, включая резюме и сведения об авторах. На странице должно быть не более 30 строк, в строке — не более 60 знаков, т. е. всего 1800 знаков, включая пробелы между словами. Размеры полей страницы: верхнее и нижнее — по 20 мм, левое — 30 мм, правое — 10 мм. Страницы должны быть пронумерованы. В случае расхождения между печатной и электронной версией статьи подлинной и единственно верной считается последняя версия, загруженная через «Личный кабинет» на сайт журнала.
2. В начале первой страницы указывать в следующем порядке: инициалы и фамилии авторов; название статьи (в скобках — её сокращенное название для колонтитула, не более 40 символов, включая пробелы); юридическое название учреждения(-ий), из которого вышла работа; ученое звание (степень) инициалы и фамилия его (их) руководителя; город, где находится учреждение(-ия). Все указанные выше данные и в таком же порядке необходимо представить на английском языке. Если работа подана от нескольких учреждений, то их нумеруют надстрочно. Авторы статьи должны быть пронумерованы надстрочно в соответствии с нумерацией этих учреждений. В конце статьи подписывают все авторы с указанием полностью имени, отчества, а также с указанием об отсутствии конфликта интересов.
3. Статья должна иметь визу руководителя на право опубликования, направления в редакцию журнала от всех учреждений, из которых исходит статья, с указанием названия статьи и автора(-ов), заверенные печатью.
4. На отдельном листе должны быть представлены сведения об авторах: фамилия, имя, отчество (полностью), основное место работы, должность, учёная степень и учёное звание, адрес электронной почты, почтовый адрес учреждения (-ий), из которого(-ых) выходит статья. Для автора, с которым следует вести переписку, указать номер телефона.
5. Представленные в статье материалы должны быть оригинальными, не опубликованными и не посланными в печать в другие периодические издания. Авторы несут ответственность за достоверность результатов научных исследований, представленных в рукописи.
6. Статья должна иметь разделы: «Введение», «Материал и методы», «Результаты», «Обсуждение», «Выводы», «Библиографический список» (цитированных в статье работ), «Резюме» на русском и английском языках (объёмом не более 15 строк) на отдельном листе. Оно должно иметь следующие рубрики: цель исследования, материал и методы, результаты, заключение, ключевые слова. Объём оригинальной статьи не должен превышать 10 страниц, включая таблицы, иллюстрации, библиографический список (не более 30 источников), наблюдения из практики — не более 3 страниц, обзоры — не более 14 страниц (включая библиографический список не более 50 источников). В статье и библиографическом списке должны быть использованы работы за последние 5–6 лет, не допускаются ссылки на учебники, диссертации, неопубликованные работы.
7. К статье необходимо обязательно приложить ксерокопии авторских свидетельств, патентов, удостоверений на рационализаторские предложения. На новые методы лечения, лечебные препараты и аппаратуру (диагностическую и лечебную) должны быть представлены ксерокопии разрешения на их использование в клинической практике Минздрава или этического комитета учреждения.
8. В разделе «Введение» должны быть указаны актуальность исследования и его цель.
9. В разделе «Материал и методы» необходимо указать, что все пациенты и добровольцы, участвовавшие в научном и клиническом исследовании, дали на это письменное добровольное информированное согласие, которое должны хранить автор(-ы) статьи, а исследование выполнено в соответствии с требованиями Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (в ред. 2013 г.). При выполнении экспериментальных исследований на животных необходимо указать, что при этом обеспечено гуманное обращение с ними и в соответствии с требованиями соответствующего приказа Минздрава. Русские медицинские термины должны соответствовать указанным в «Энциклопедическом словаре медицинских терминов» (М.: Сов. энцикл., 1982–1984. В 3 т.). Наименование лекарственных препаратов следует приводить по официальным справочникам, анатомические и гистологические термины — по Международным анатомической и гистологической номенклатурам. Единицы измерения физических величин, биохимических, гематологических, функциональных и других исследований необходимо указывать только по Международной системе единиц (СИ, ГОСТ 8.417). Различного вида формулы визируются автором на полях страницы.
10. Сокращение слов и терминов (кроме общепринятых) не допускается. Аббревиатуры в названии статьи и ключевых словах не допускаются, а в тексте должны быть расшифрованы при первом упоминании.
11. Фамилии отечественных авторов в тексте необходимо писать с инициалами, а иностранных — только в оригинальной транскрипции (без перевода на русский язык) с инициалами. В тексте ссылки на номер в библиографическом списке или после фамилии цитируемого автора указываются в квадратных скобках.
12. Таблицы должны быть наглядными и пронумерованы, иметь заголовки, их номера и цифровые данные точно соответствовать приведенным в тексте. Для всех показателей в таблице необходимо указать единицы измерений по СИ, ГОСТ 8.417. Таблицы не должны дублировать данные, имеющиеся в тексте статьи.
13. Иллюстративные материалы (распечатка) присылать в 2 экземплярах в конверте, в электронном виде — отдельными файлами в формате TIF с разрешением 300 dpi, размером по ширине не менее 82,5 мм и не более 170 мм. Диаграммы, графики и схемы, созданные в Word, Excel, Graph, Statistica, должны позволять дальнейшее редактирование (необходимо приложить исходные файлы). Рисунки, чертежи, диаграммы, фотографии, рентгенограммы должны быть чёткими. Буквы, цифры и символы указываются только при монтаже рисунков в файле статьи (на распечатке), в исходных файлах на рисунках не должно быть дополнительных обозначений (букв, стрелок и т. д.). Рентгенограммы, эхограммы присылать с пояснительной схемой. На обороте каждого рисунка и фотографии карандашом указать порядковый номер, фамилию автора и название статьи, верх и низ. Подписи к иллюстрациям печатать на отдельном листе через 2 интервала с указанием номера рисунка (фотографии) и всех обозначений на них (цифрами, русскими буквами). В подписях к микрофотографиям указывать увеличение, метод окраски препарата. Число иллюстраций не должно быть более 8. Если иллю-

страции были ранее опубликованы в других изданиях, то необходимо указать источник и представить письменное разрешение (автора или редакции) на их воспроизведение в статье.

Авторы оплачивают публикации иллюстраций в цветном изображении и если общее число иллюстрацией превышает допустимое.

14. Библиографический список должен быть представлен в виде одного списка под названием «ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]», напечатан через 2 интервала и оформлен с учётом ГОСТ 7.0.5-2008 следующим образом:

- а) источники располагаются в порядке цитирования с указанием всех авторов;
- б) для периодических изданий (журналов и др.) необходимо указать всех авторов, полное название статьи, после двух косых линеек (//) — название источника в стандартном сокращении, место издания (для сборников работ, тезисов), год, том, номер, страницы (первой и последней) с разделением этих данных точкой;
- в) для монографий указывать всех авторов, полное название, редактора, место издания, издательство, год, страницы (общее число или первой и последней), для иностранных — с какого языка сделан перевод;
- г) ссылки на русскоязычные источники должны состоять из оригинальной (русскоязычной) части и в квадратных скобках — в транслитерации на латиницу (все русские буквы представить по латинскому алфавиту, см. <http://www.translit.net>, кодировка BSI), а не переводить

на английский язык) всех библиографических данных, причем название журнала на латинице приводить полностью, без сокращения. Если журнал включён в базу MedLine, то его сокращённое название в англоязычной версии следует приводить в соответствии с каталогом названий этой базы (<http://www.ncbi.nlm.gov/nlmcatalog/journals/>), в противном случае название журнала необходимо приводить на латинице без сокращений.

Пример:

Хасанов А.Г., Нуртдинов М.А., Ибраев А.В. Обтурационная кишечная непроходимость, вызванная желчными камнями // Вестн. хир. 2015. № 3. С. 20–23. [Khasanov A.G., Nurtidinov M.A., Ibraev A.V. Obturatsionnaya kishhechnaya neprohodimost', vysvannaya zhelchnymi kamnyami // Vestnik khirurgii. 2015. № 3. P. 20–23].

- д) все библиографические сведения должны быть тщательно выверены по оригиналу, за допущенные ошибки несет ответственность автор статьи.
15. Редакция оставляет за собой право сокращения и исправления присланных статей. Корректуре авторам не высылается, вся дальнейшая сверка проводится по оригиналу. Рецензенты статей имеют право на конфиденциальность.
16. Статьи, посвященные юбилейным событиям, следует присылать в редакцию не позже, чем за 6 месяцев до их даты с приложением на отдельном листе фотографий в бумажном и электронном виде.

ОБРАЗЕЦ СОПРОВОДИТЕЛЬНОГО ПИСЬМА К СТАТЬЕ

Реквизиты направляющего учреждения

Главному редактору журнала
«Вестник хирургии
имени И. И. Грекова»
академику РАН, проф. С. Ф. Багненко

Направляем научную статью (Ф.И.О. всех авторов, название статьи) для опубликования в журнале «Вестник хирургии имени И. И. Грекова».

Настоящим письмом гарантируем, что помещение научной статьи в Вашем журнале не нарушает ничьих авторских прав. Авторы гарантируют, что статья содержит все предусмотренные законодательством об авторском праве ссылки на публикации цитируемых авторов и издания, используемые в статье результаты, полученные другими авторами или организациями. Авторы несут ответственность за научное содержание статьи и гарантируют оригинальность и новизну представляемых результатов и выводов. Статья не содержит материалы, не подлежащие опубликованию в открытой печати. Текст статьи согласован со всеми авторами, и конфликта интересов нет.

Авторы согласны на передачу журналу авторских прав в объёме и на условиях, изложенных в «Правилах для авторов».

Авторы передают исключительные права журналу «Вестник хирургии имени И. И. Грекова» на использование научной статьи путём её воспроизведения и размещения на сайтах распространителей журнала в электронном виде.

Авторы в соответствии со ст. 6 Федерального закона РФ «О персональных данных» от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ согласны на обработку своих персональных данных и контактной информации, указанных в статье, для опубликования направляемой статьи в Вашем журнале.

Авторы подтверждают, что направляемая статья нигде ранее не была опубликована, не направлялась и не будет направлена для опубликования в другие научные издания без уведомления об этом редакции журнала «Вестник хирургии имени И. И. Грекова».

Авторы направляемой статьи согласны с требованиями «Правил для авторов» журнала.

Переписку вести с (Ф.И.О.), почтовый адрес, телефон, e-mail.

Авторы статьи
(личные подписи всех авторов).

Руководитель учреждения (подпись)
Круглая печать учреждения