

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Председатель правления – А. Л. Акопов, ответственный секретарь – А. А. Ильин,
референт – А. Н. Галилеева

2543-е заседание 22 сентября 2021 г.

Председатель – А. Л. Акопов

А. Л. Акопов (председатель): Хирургическое общество Пирогова общим голосованием присвоило звание почетного члена Хирургического общества Пирогова Ю. В. Плотникову – профессору кафедры госпитальной хирургии им. В. А. Оппеля Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. Демонстрация представлена сотрудниками НИИ хирургии и неотложной медицины ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И. П. Павлова» (ректор – академик РАН С. Ф. Багненко) *А. Х. Байсиев, А. Ю. Корольков, Д. И. Василевский, А. А. Смирнов, Е. В. Блинов, С. Г. Баландов. Этапное лечение гигантской рецидивирующей послеоперационной вентральной грыжи, осложненной наличием лигатурных свищей.*

Цель – показать возможности и преимущества гибкой эндоскопии при лечении лигатурных свищей, а также особенности этапного лечения осложненной рецидивирующей гигантской грыжи.

Пациент С., 60 лет, в феврале 2016 г. поступил в один из стационаров региона с диагнозом «Острая кишечная непроходимость». Выполнена лапаротомия, разделение спаек, ликвидация тонкокишечной непроходимости. Через месяц возникла эвентрация. Рана ушита повторно, однако края раны вновь разошлись. В течение 6 месяцев – несколько госпитализаций в связи с динамической кишечной непроходимостью, инфильтратом послеоперационной раны, формированием гигантской вентральной грыжи (июнь 2016 г. – пластика по Шампионеру, рецидив), подпапневротической флегмоны послеоперационной раны, абсцесса передней брюшной стенки, лигатурных свищей послеоперационного рубца (вскрытие, санация и дренирование гнойных полостей в сентябре 2016 г.).

В ноябре 2017 г. поступил в нашу клинику с жалобами на наличие грыжевого выпячивания передней брюшной стенки, боли при наклонах и физической нагрузке, наличие свищей с мутным отделяемым (7 свищевых ходов). Оперирован под местной анестезией – отверстия свищевых ходов расширены, выполнена фистулоскопия гибким эндоскопом диаметром 5,6 мм: визуализировано и удалено 7 лигатур с использованием эндоскопических ножниц и биопсийных щипцов, санация. Отделяемое прекратилось на 2-е сутки, пациент выписан. Через 6 месяцев следующий этап лечения – устранение рецидивной гигантской послеоперационной грыжи с пластикой по Rives – Stoppa. В послеоперационном периоде имел место краевой некроз кожи в области операционной раны, что потребовало

иссечения измененного участка и повторного наложения швов. Выписан в удовлетворительном состоянии. Через 6 месяцев вернулся к физическому труду.

Ответы на вопросы.

1. К. В. Павелец: За счет чего грыжа стала вправимой?
– Уменьшение воспалительного процесса и бандажирование.

2. В. В. Семенов: Какие были размеры грыжевых ворот и почему выбрали именно этот вид пластики?

– Ширина грыжевых ворот – 12 см. КТ делали регулярно. Передний и задний листок были состоятельны.

А. Л. Акопов (председатель). Интересное решение – применение гибкого эндоскопа для удаления лигатур. Использование данной методики, длительная тщательная подготовка пациента, снижение массы тела на 20 кг привело к хорошему результату.

2. Демонстрация представлена сотрудниками кафедры госпитальной хирургии им. В. А. Оппеля ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова». *Р. Э. Топузов, В. К. Балашов, В. К. Круглов, О. Н. Кислицына. Хирургическое лечение местно-распространенной десмоидной опухоли брюшной стенки.*

Цель – показать, что адекватным пластическим материалом могут быть биологические эндопротезы, такие как Permacol и его аналоги.

Пациент Ч., 22 лет, в плановом порядке поступил в клинику госпитальной хирургии им. В. А. Оппеля СЗГМУ им. И. И. Мечникова в сентябре 2019 г. Ранее наблюдался и лечился в другом медицинском учреждении.

Жалобы на наличие пальпируемого плотного образования в правой подвздошной области, отек правого яичка.

Данное образование выявлено в феврале 2017 г. Диагноз «Десмоидная опухоль передней брюшной стенки» подтвержден гистологически и иммуногистохимически (ИГХ). Дистанционная лучевая терапия 02.2017 г. – 03.2017 г., 05.2017 г. – 06.2017 г. Частичный регресс. Наблюдение. По данным МРТ от 04.03.2019 г., был отмечен рост опухоли. Назначена химиотерапия (ХТ) (Метотрексан + Винорельбин). Через 3 месяца – контрольное обследование. МРТ от 13.06.2019 г. – без динамики по сравнению с 04.03.2019 г. Для дальнейшего лечения обратился в клинику госпитальной хирургии им. В. А. Оппеля.

МРТ от 11.09.2019 г.: в мышцах правой подвздошной области – опухоль 160×94×48 мм, с инвазией в паховый канал и слепую кишку. Интимно прилежит к подвздошным сосудам. Отек правого яичка.

Операция от 18.09.2019 г.: лапароскопически-ассистированная полнослойная резекция мышц правой подвздошной

области, удаление паховой связки, en-block-резекция илеоцекального угла, правосторонняя орхэктомия, пластика сетчатым эндопротезом (композиционный IPOM).

В ходе операции была выполнена оригинальная реконструкция паховой связки лоскутом из прямой мышцы живота и ее влагалища, ротированным относительно лобкового бугра и подшитым к оси подвздошной кости. Таким образом, данный лоскут восполнял удаленный подвздошно-лонный тракт, защищая наружные подвздошные сосуды. Также служит опорой для сетчатого эндопротеза и кожи при реконструкции. Гистологическое исследование препарата: «Десмоидная опухоль брюшной стенки с инвазией в семенной канатик. Удалена в пределах здоровых тканей».

Послеоперационное течение осложнилось на 7-е сутки частичным некрозом кожного лоскута, покрывающего сетчатый эндопротез. Была выполнена некрэктомия, санация раны. В дальнейшем проведено несколько сеансов терапии раны отрицательным давлением (NPWT). После очищения раны была выполнена кожная пластика.

На 5-е сутки после пластического закрытия раны открылся тонкокишечный свищ, из-под лоскута стало поступать тонкокишечное содержимое. Была предпринята попытка лапароскопической резекции тонкой кишки со свищом. При лапароскопии выявлено массивное припаивание тонкой кишки к сетчатому (композиционный IPOM) эндопротезу, что, по-видимому, и привело к формированию свища. Оперативное пособие было ограничено разобщением и зашиванием свища, формированием обходного илеотрансверзоанастомоза.

В последующем вновь открылся тонкокишечный свищ. Была выполнена эксплантация сетчатого эндопротеза, резекция припаянного к нему участка тонкой кишки со свищами. Учитывая большой размер дефекта брюшной стенки и его вторичное инфицирование, было принято решение отказаться от одномоментной аллоимплантации, вести получившуюся лапаростому с использованием абдоминальной системы терапии ран отрицательным давлением (NPWT). На фоне терапии дефект выполнялся рубцовой тканью, закрылся.

Пациент выписан, получает гормональную и химиотерапию. Через полгода запланировано обследование для принятия решения о необходимости вторичной пластики дефекта брюшной стенки (герниопластики).

По данным МРТ от 07.02.2020 г.: данных за рецидив опухоли нет.

Выводы. 1. При резектабельных опухолях больших размеров с благоприятным расположением следует склоняться в сторону хирургического лечения (как правило, после неoadъювантной лучевой терапии).

2. При широком иссечении десмоидных опухолей с en-block-резекцией возможно достижение негативного края резекции даже при их больших размерах и инвазии в несколько соседних анатомических структур.

3. При выборе наблюдательной тактики после частичного регресса на фоне лечения следует выполнять оценку динамики в адекватных интервалах, не упуская пациента из-под наблюдения.

4. При обширных резекциях брюшной стенки композиционные IPOM-сетчатые эндопротезы, несмотря на заявляемые производителем антиспаечные свойства, не удовлетворяют всем требованиям, приводя к спайкам и кишечным свищам.

Ответы на вопросы.

1. А. В. Хохлов: Сколько суммарно пациент получил лучевой терапии?

– 36 грэй. Второй курс не проводился.

2. В. И. Кулагин: Свищ из какой кишки?

– Из илеоцекального сегмента. Возможно, восходящая кишка за анастомозом.

3. В. А. Кащенко: Какие приемы использовали для установления ВАК-системы при наличии свища?

– Старались использовать, когда проблемы со свищем купировались и работали на низком давлении.

А. Л. Акопов (председатель). Очевидно, не нужно было проводить предоперационную лучевую и химиотерапию, а сразу решаться на хирургическое вмешательство.

3. Доклад представлен кафедрой факультетской хирургии им. С. П. Фёдорова ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова». П. Н. Ромащенко, Н. Ф. Фомин, Н. А. Майстренко, В. В. Семенов, А. А. Мамошин. **Клинико-анатомическое обоснование эндоскопической герниопластики по методике ТЕР у больных паховыми грыжами.**

Цель – проанализировать с клинико-анатомических позиций технические особенности, преимущества и недостатки эндоскопических методик герниопластики у больных паховыми грыжами.

Методы и материалы. Изучены особенности анатомического строения 11 трупов (мужских – 9, женских – 2), умерших в возрасте от 29 до 80 лет от заболеваний, не связанных с патологией органов брюшной полости. Основу клинического исследования составили сведения о 1006 больных, перенесших предбрюшинную герниопластику ТЕР (total extraperitoneal plasty) в период с 2014 по 2021 г.: 675 пациентов – с односторонними паховыми грыжами и 331 – с двусторонними. В контрольную группу рандомизированы 311 пациентов после лапароскопической операции TAPP (transabdominal preperitoneal plasty): 201 пациент с односторонней и 110 – с двусторонней паховой грыжей.

Результаты. Топографо-анатомическое исследование заключалось в изучении особенностей строения передней брюшной стенки и обосновании доступов в предбрюшинное пространство при выполнении эндоскопической герниопластики по методике ТЕР. В ходе исследования определены необходимые ориентиры и оперативные приемы для выполнения полностью предбрюшинной герниопластики.

В результате клинического исследования установлено, что «кривая обучения» для различных методик варьировала в пределах 20–70 вмешательств, при этом для лапароскопической операции TAPP данный показатель составил в среднем 30 проведенных вмешательств. Методика ТЕР, выполняемая в условиях «хирургии малых пространств», была технически более сложной, в связи с чем «кривая обучения» составила 45–50 оперативных вмешательств. Установлено, что операция ТЕР по сравнению с TAPP обладает такими преимуществами, как малая продолжительность вмешательства, которая составила (43±15) мин (при $p \leq 0,05$), незначительный болевой синдром по шкале ВАШ и короткий средний койко-день после операции. Осложнения были диагностированы у 10 (1,0 %) пациентов, большая часть из которых была II степени по классификации Clavien – Dindo. Рецидивы выявлены в 6 (0,6 %) случаях, что было сопоставимым с результатами лапароскопической герниопластики. Рецидивы диагностированы на этапе освоения методики. Оценивая экономическую эффективность, установлено: при выполнении герниопластики ТЕР отсутствовала необходимость использования герниостеплера. Более короткий послеоперационный период обуславливал уменьшение расходов стационара по сравнению с TAPP-герниопластикой в среднем на 45 % от стоимости лечения (клинико-статистической группы (КСГ) «паховая грыжа» при сохранении общей стоимости операции по КСГ «эндоскопическое пахово-бедренное грыжесечение» и госпитализации по КСГ «паховая грыжа»).

Заключение. Малоинвазивная герниопластика является операцией выбора при двусторонней паховой грыже, рецидивной грыже после традиционной герниопластики, у пациентов с метаболическим синдромом, а также у молодых людей трудоспособного возраста. Использование модифицированной методики ТЕР при четком понимании мультифасциального строения передней брюшной стенки уменьшает риски возникновения как интра-, так и послеоперационных осложнений, повышает экономическую эффективность лечения больных паховыми грыжами, позволяя получить хорошие результаты.

Ответы на вопросы.

1. Методика ТЕР, выполняемая в условиях «хирургии малых пространств», была технически более сложной, в связи с чем «кривая обучения» составила 45–50 оперативных вмешательств.

2. В ургентной хирургии при ущемленных грыжах данная методика не применялась.

Прения

Ф. Х. Басиев: Хочу поддержать методику ЕТЕР, которая имеет место быть при паховых грыжах.

Г. М. Ротенберг: Методика ТЕР и ЕТЕР имеют право на жизнь и принципиального различия не имеют. Обе методики направлены на укрепление поверхности задней стенки. Главное преимущество ЕТЕР – переход на трансабдоминальную пластику.

П. Н. Ромащенко: Эта методика имеет право на жизнь. Мы хотели выделить анатомические аспекты и показать кривую обучения методики этой операции. Методику ЕТЕР мы тоже вводили у себя в клинике, но для других локализаций грыж.

А. Л. Акопов (председатель). Хирургическое пособие при грыжах передней брюшной стенки продолжает совершенствоваться, частота рецидивов должна стремиться к нулю.

Поступил в редакцию 06.05.2022 г.

2544-е заседание 13 октября 2021 г.

Председатель – А. В. Гостимский

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. Демонстрация представлена сотрудниками НИИ хирургии и неотложной медицины ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И. П. Павлова» (ректор – академик РАН С. Ф. Багненко). А. Л. Акопов, А. К. Фридлянд, А. В. Зинченко, Д. В. Дзадза, И. В. Чистяков. **Вариант лечебно-диагностического подхода в случае двустороннего рецидивирующего хилоторакса при лимфангиолейоматозе.**

Цель демонстрации – представить клинический случай дебюта редкой пульмонологической патологии с хирургическим осложнением.

Лимфангиолейоматоз (ЛАМ) – редкая системная патология, возникающая у женщин детородного возраста 18–50 лет; характеризуется прогрессирующей одышкой, пневмо-, хилотораксом и кровохарканьем; распространением в легких аномальных гладкомышечных клеток (ЛАМ-клеток), которые вызывают разрушение и кистозную дегенерацию легочной ткани, а также внелегочные поражения – инфильтрацию ЛАМ-клетками грудных, абдоминальных лимфатических узлов и лимфатических узлов малого таза. В результате образуются лимфангиолейомиомы, а также происходит развитие хилоторакса, асцита, ангиомиолипом.

Первое описание ЛАМ датировано 1918 г., затем в 1937 г. С этого времени зарегистрировано немногим более 100 случаев ЛАМ. Летальный исход наступает в срок от 6 месяцев

до 15 лет, при этом наличие хилоторакса является крайне неблагоприятным прогностическим признаком. За последние пять лет отмечается резкий рост данной патологии в странах Европы.

Пациентка Л., первые жалобы появились в феврале 2012 г. – диагностирован двусторонний идиопатический хилоторакс. Регулярные потери из плевральных полостей – порядка 4000 мл. Назначение безжировой диеты без эффекта.

22.10.2012 г. – выполнена ВТС справа, биопсия легкого, распыление порошкообразного талька; 31.10.2012 г. – ВТС слева распыление порошкообразного талька. Гистологическое заключение: «Лимфангиолейомиоматоз легких, диффузная форма».

По данным КТ брюшной полости, определяется внеорганный объемное многокамерное образование в забрюшинном пространстве. От оперативного лечения принято решение отказаться.

На фоне проводимой терапии отрицательная динамика: рост забрюшинного новообразования, появление хилезного асцита, ТЭЛА от августа 2014 г.

КТ от 06.11.2014 г.: мультикистозный процесс в легочной ткани (ЛАМ), интерстициально-альвеолярные изменения в нижних и средних отделах обоих легких, инфаркты легкого, двусторонний частично осумкованный гидроторакс, свободный газ в левой плевральной полости, минимальный пневмомедиастинум, асцит, забрюшинное жидкостное многокамерное образование (лейомиома). Получала Сиролimus – 1 таблетка с ноября 2014 г.

В мае 2016 г. выполнено устранение ущемленной пупочной грыжи.

Мультидисциплинарной комиссией показаний к постановке в лист ожидания для трансплантации легких в настоящий момент не выявлено.

Ответы на вопросы.

Профессор К. В. Павелец: На каком уровне клипирован лимфатический проток?

– Не клипировали.

Профессор Н. А. Бубнова: Были ли отеки нижних конечностей?

– Были безбелковые отеки.

Профессор С. Я. Ивануса: Было ли лабораторное подтверждение состава лимфатической жидкости и каков механизм действия октреотида при хилотораксе?

– Не было. Отмечали положительное воздействие на стенку лимфатических сосудов и стенку желудочно-кишечного тракта.

Профессор Д. И. Васильевский: Каков механизм действия препарата сиролimus?

– Это иммунодепрессант. Под его воздействием образование значительно уменьшилось в размерах.

Профессор А. В. Гостимский (председатель): Исследовали у пациентки женские половые гормоны?

– Нет.

Прения

Профессор А. Л. Акопов: Главных момента два. Первое – удалось спасти жизнь пациентки в условиях прогрессирующего ухудшения состояния благодаря очень небольшой минимально травматичной операции. Второе – в процессе многолетнего наблюдения за пациенткой появились новые препараты, позволившие достичь хорошего эффекта.

Профессор С. Я. Ивануса: Чтобы поставить диагноз, необходимо было выполнить биохимический и цитологический анализ. Четкого хирургического лечения нет, но необходимо попытаться докопаться до истины и постараться помочь пациенту.

Профессор А. В. Гостимский (председатель): Редкая сложная патология, но возможность сочетания небольшого хирургического вмешательства и применение препарата Сиролимус привело пациента к хорошему самочувствию и 10-летней выживаемости.

2. Демонстрация представлена сотрудниками СПб ГБУЗ «Городская больница № 26»; ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» (ректор – профессор А. Г. Сайганов). *А. В. Решетов, А. А. Найденов, А. Ю. Литвинов, А. М. Яровенко, А. В. Елькин, Д. А. Свиридо, А. А. Доброва, С. Н. Тареев, Ю. Ф. Юхимик.* **Успешное хирургическое лечение травматического разрыва пищевода, осложненного тяжелой кровопотерей, медиастинитом, эмпиемой плевры и сепсисом.**

Цель демонстрации – показать приоритет лечения гнойных осложнений разрыва пищевода при поздней диагностике как одну из возможных тактик ведения этих больных.

Больной М., 19 лет, поступил в ГБ № 26 31.07.2021 г. в 00:40, через 3 ч после ДТП в крайне тяжелом состоянии. Диагностированы ЗЧМТ, закрытая травма груди и живота, ушиб легких и сердца, множественные переломы ребер слева. Шок. Оперирован через 1 ч после поступления. Выявлены множественные разрывы селезенки и левой почки, потребовавшие их удаления, разрыв левого купола диафрагмы, который ушит после дренирования плевральной полости. Пациент находился в отделении реанимации в крайне тяжелом состоянии на инотропной поддержке. 02.08.2021 г. состояние больного удалось стабилизировать, но стали нарастать воспалительные явления, диагностирован сепсис.

03.08.2021 г. отмечено появление желчи в плевральном экссудате. Диагностирован разрыв пищевода. 03.08.2021 г. выполнена торакотомия в VII межреберье слева. В плевральной полости осумкованные полости с гноем, выраженные явления гнойного медиастинита. В наддиафрагмальном отделе – линейный дефект стенки пищевода до 2 см – ушит двухрядным швом. Дренирование средостения и плевральной полости. Состояние больного продолжало оставаться тяжелым. Нарастали маркеры воспаления. 09.08.2021 г. диагностировано нагноение операционной раны. 10.08.2021 г. обнаружено поступление желудочного содержимого по плевральному дренажу. 10.08.2021 г. выполнена реторакотомия, выявлен некроз стенки пищевода и несостоятельность в зоне его ушивания с образованием дефекта на треть диаметра, размером 3×1 см. Учитывая состояние стенки пищевода, от повторного ушивания решено отказаться. Пищевод ниже дефекта перевязан двойной кетгутовой нитью, проксимальная часть пищевода не заглашалась, до уровня дефекта введен перфорированный назогастральный зонд, подключенный затем к активной аспирации. Повторная санация, дренирование плевральной полости, средостения, декорткация левого легкого, мини-лапаротомия – параректально, наложение еюностомы.

После повторной операции регрессируют симптомы воспаления, явления медиастинита и эмпиемы плевры. 16.08.2021 г. удалены плевральные дренажи. Явления медиастинита полностью регрессируют. 25.08.2021 г. на оставшемся дренаже сформировался пищеводно-плеврально-кожный свищ. Рана грудной стенки зажила вторичным натяжением 02.09.2021 г. Проходимость пищевода восстановилась через 2 недели после операции, но питание больного продолжалось через энтеростому. Пищеводно-кожный свищ лечили консервативно. Частично энтеральное питание восстановлено 15.09.2021 г. Выписан на амбулаторное лечение 20.09.2021 г. Полностью энтеральное питание восстановлено с 05.10.2021 г. после полной облитерации пищеводно-кожного слюнного свища.

Ответы на вопросы.

А. И. Бабиц (НИИ им. Джанелидзе): Использовали ли шкалы для выбора метода лечения?

– Нет. Пищевод ушивался ночью дежурной бригадой двухрядным швом, установлен назогастральный зонд в желудок для питания.

Профессор К. В. Павелец: Выполняли КТ груди и живота при поступлении?

– Не выполняли, так как пациент поступил в состоянии геморрагического шока и в течение часа был взят в операционную.

Профессор Р. В. Чеминава: Через какое время накладывали швы на пищевод?

– На 3-и сутки, так как в силу тяжести состояния патологии сразу не была распознана из-за геморрагического шока у пациента.

В. В. Семенов: Почему использовали дренажи, а не ВАК-систему?

– Дренажи были эффективны, так как подключались к аппарату активной аспирации.

Профессор Ш. Н. Даниелян: Почему на 3-и сутки ушивали пищевод без укрепления линии швов? Назогастральный зонд при дистальных разрывах не используется.

– Мы в своей практике не используем лоскуты для укрепления швов, так как в поздние сроки есть элементы инфицирования.

Профессор В. А. Кашенко: Почему использовали прием перевязки дистальной части пищевода нитью ниже дефекта?

– Это кетгутовая лигатура, и она через 2–3 недели сама рассасывается, по данным зарубежных источников.

Профессор Ш. Н. Даниелян: Эта методика перевязки не применяется лет 20, так как это приводит к обструкции пищевода.

Профессор В. П. Морозов: Стали бы ушивать пищевод на 3-и сутки после травмы сейчас?

– Да, мы понимали, что это временное явление. Но чтобы выиграть время и купировать гнойные осложнения, медиастинит и др., решили применить эту методику. Стентирование пищевода мы не рассматривали, так как задача была – спасти пациента.

Прения

Профессор Д. И. Василевский: Спасибо за очень интересную демонстрацию.

Профессор К. В. Павелец: Швы нужно обязательно укреплять. В ранние сроки – сальником, в поздние – фундопликация. Несостоятельности швов после этого обычно не возникает.

Профессор А. Е. Демко: Поздравляю с благоприятным исходом. Затрудняюсь, как назвать и поставить диагноз. Разрыв пищевода? Необходимо было делать КТ 5 зон. Я бы также выполнил фундопликацию, потому что даже если после этого и возникнет несостоятельность, она протекает намного легче.

Профессор А. В. Гостимский (председатель): Поздравляю коллектив с успешным результатом лечения, а пациента – с выздоровлением.

ДОКЛАД

Представлен сотрудниками ГБУЗ Москвы «НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского ДЗ г. Москвы». *Ш. Н. Даниелян, М. М. Абакумов, Е. А. Тарабрин, К. М. Рабаданов, М. А. Гасанов, Т. Г. Бармина.* **Современные подходы к диагностике и лечению механических повреждений пищевода.**

С момента основания НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского накоплен громадный опыт диагностики и лечения повреждений пищевода. С 80-х гг. XX столетия пролечены

более 1500 пациентов, в том числе с перфорациями пищевода инородными телами, ятрогенными, спонтанными и гидравлическими разрывами, ранениями и закрытой травмой.

Развитие новых диагностических и лечебных технологий в последние годы привело к серьезному пополнению арсенала для оказания помощи пациентам с повреждениями пищевода, в том числе в вопросах хирургических доступов, способов санации плевральной полости и средостения, методов разобщения пищевода и временного протезирования его функции, новых возможностей мониторинга патологического процесса.

В настоящее время КТ с внутривенным и пероральным контрастированием является «золотым стандартом» диагностики, позволяющим верифицировать локальные характеристики повреждения пищевода и распространенность осложнений. Рентгенография пищевода со взвесью сульфата бария должна быть выполнена при отрицательных результатах КТ. Показания к диагностической эзофагоскопии строго ограничены случаями неинформативности или невозможности выполнения контрастных методов исследования.

Хирургическая тактика зависит от давности повреждения, локализации и размеров дефекта, наличия фоновой патологии пищевода, вида и распространенности осложнений и тяжести состояния пациентов.

Ушивание дефекта пищевода с укреплением линии швов, независимо от локализации, показано при давности перфорации до 24 ч. Продольная цервикотомия с ушиванием дефекта и миопластикой должна быть выполнена на стороне перфорации. Видеоторакоскопия является оптимальным доступом для ушивания дефекта грудного отдела пищевода и санации плевральной полости и средостения. При перфорации дистального отдела пищевода в пределах до 5 см от кардии видеолапароскопический трансхиатальный доступ позволяет выполнить ушивание дефекта и фундопликацию.

Торакоскопическую резекцию пищевода из правостороннего доступа, независимо от давности перфорации, необходимо выполнить при наличии фоновой патологии пищевода (стриктуры, опухоли, нервно-мышечные заболевания). При разрыве нескомпрометированного пищевода решение о резекции принимается интраоперационно на основании наличия обширного дефекта протяженностью более 6 см или выраженных некротических изменений. При этом пищевод полностью может быть мобилизован как торакоскопическим, так и комбинированным видеолапароскопическим трансхиатальным и трансцервикальным доступами.

Адекватная санация плевральной полости и средостения является ключевым компонентом хирургической тактики. При перфорации грудного отдела пищевода давностью более 24 ч без эмпиемы плевры эффективна эндоскопическая вакуумная терапия (ЭВТ) со сменой вакуумной системы каждые 72 ч.

При наличии эмпиемы плевры или прогрессировании медиастинита на фоне применения ЭВТ видеоторакоскопическая санация является вмешательством выбора. Возобновление ЭВТ через 2–3 суток после санации плевральной полости способствует скорейшему разобщению пищевода и плевральной полости.

Для обеспечения адекватного энтерального питания в настоящее время мы предпочитаем эндоскопическую гастростомию, при наличии противопоказаний – лапароскопическую еюностомию.

Анализ собственного опыта последних пяти лет показал, что применение дифференцированной минимальноинвазивной лечебной тактики в зависимости от давности перфорации пищевода и распространенности осложнений позволило снизить продолжительность стационарного лечения и летальность в 2 и 3 раза соответственно.

Использование минимально инвазивных технологий позволяет улучшить результаты лечения пациентов с механическими повреждениями пищевода.

Ответы на вопросы.

А. И. Бабич: При применении эндоскопической ВАК-системы когда и куда используете губку?

– Позиционирование губки за пределами пищевода, иначе инородное тело в просвете пищевода 10–15 дней приводит к стриктурам пищевода. Поэтому губку ставим только вне просвета пищевода.

К. В. Павелец: Что обычно выполняете для постановки диагноза – Rtq с барием или КТ с в/в-контрастированием?

– Обязательно КТ с в/в-контрастированием, и только если остаются вопросы выполняем Rtq с барием.

В какие сроки после ожогов прибегают к резекции пищевода?

– В идеале – год, после химических ожогов, но я прибегаю через 7–8 месяцев. Что касается бужирования, мы его не любим, но делаем – от месяца до полугода.

А. В. Хохлов: Как относитесь к вакууму и фундопликации?

– Если травма до 24 ч, однозначно пищевод ушиваем. Если диагностика позже 24 ч, выполняем санацию, ставим дренажи и переводим наружный свищ во внутренний и используем эндовакуум терапию.

А. Е. Демко: Стоит ориентироваться на сроки от момента разрыва или на наличие развития инфекционного процесса?

– Я в докладе показал стандартные методы лечения, а не индивидуальный подход высокопрофессиональных специалистов.

А. С. Лапшин: Какую тактику используете при разрыве абдоминального отдела пищевода?

– Считаю, что абдоминального отдела нет – есть дистальный. Подход при разрыве дистального отдела пищевода остается тот же. Если сроки более 24 ч, возможен не двухрядный шов, а однорядный шов с фундопликацией. Торакоскопия – для санации.

Прения

В. А. Кашенко: Хочу поздравить А. Л. Аكوпова и новое правление, которое выводит докладчиков на новый современный уровень.

А. В. Решетов: Лечение должно быть направлено на быстрое, простое установление диагноза и оказание помощи пациентам. Торакоскопическое дренирование средостения бывает сложным.

А. Л. Аков: Сегодня выдающееся заседание по количеству выступлений, а дискуссии превзошли все предыдущие. Также дискуссии по теме данного доклада показали, что стандарты в данном разделе не всегда подходят, а опыт конкретного специалиста не менее важен. Всем спасибо.

А. В. Гостимский (председатель): Благодарю докладчика и всех выступающих.

Поступил в редакцию 06.05.2022 г.

2545-е заседание 27 октября 2021 г.

Председатели – П. Н. Ромашенко, Е. Г. Солоницын

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. Демонстрация представлена сотрудниками НИИ хирургии и неотложной медицины ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И. П. Павлова». А. А. Захаренко, А. А. Трушин, Д. А. Зайцев, Р. В. Курсенко, И. В. Вerveкин, С. Ф. Багненко. Лапароскопическая спленосберегающая дистальная резекция поджелудочной железы с резекцией селезеночных сосудов

без их реконструкции (операция Warshaw) у пациентки с солидно-псевдопапиллярной опухолью поджелудочной железы.

Цель демонстрации – представить клинический случай выполнения резекции селезеночных сосудов, без их реконструкции, у пациентки с солидно-псевдопапиллярной опухолью поджелудочной железы при сохранении левых желудочно-толстокишечных сосудов и коротких желудочных сосудов.

Введение. Солидно-псевдопапиллярная опухоль поджелудочной железы – редкая опухоль с низким потенциалом злокачественности, которая впервые описана американским патоморфологом V. K. Frantz в 1959 г. У большинства пациентов заболевание имеет локализованную форму, и только от 9 до 15 % пациентов болезнь имеет местно-распространенный и метастатический характер. Основным видом лечения является хирургическое. Пятилетняя выживаемость – от 94 до 97 %. При этом предпочтение отдается малоинвазивным и органосберегающим операциям.

Клинический случай. Пациентка Ф., 28 лет, обратилась 06.2020 г. с жалобами на хронические боли в эпигастриальной области. При МСКТ-АГ выявлено новообразование в теле поджелудочной железы 4,9×3,4×3,3 см без признаков инвазии в окружающие органы и магистральные сосуды, с рентгенологическими признаками солидно-псевдопапиллярной опухоли. Секундарных изменений органов груди и живота не выявлено. По месту жительства выполнена трепанобиопсия, гистологическое и ИГХ-исследование. Установлен диагноз: «Нейроэндокринная опухоль поджелудочной железы». Выставлены показания к выполнению лапароскопической спленосберегающей дистальной резекции поджелудочной железы с резекцией селезеночных сосудов без их реконструкции (операция Warshaw). Под наркозом наложен пневмоперитонеум. В брюшную полость введено 4 троакара и лапароскоп. Вскрыта сальниковая сумка, в теле поджелудочной железы определяется кистозное багрово-синее образование ~ 5×5 см. Выделены *v. Mesentericasup.*, конfluence *v. portae*. Сделан тоннель под перешейком поджелудочной железы. Поджелудочная железа пересечена с помощью аппарата ECHOLON 60 (1 синяя кассета). При этом выявляется интимное сращение селезеночных сосудов с опухолью – селезеночная артерия лигирована у основания, селезеночная вена у места впадения в спленопортальный венозный конfluence. В области хвоста поджелудочной железы селезеночная артерия и вена лигированы проксимальнее и *v. gastroepiploica*. Мобилизация поджелудочной железы по верхнему и нижнему контурам. Препарат удален.

Результаты. Время операции – 210 мин, кровопотеря – 70 мл. Ранний послеоперационный период – без осложнений, перевод из ОРИТ в 1-е сутки после операции. Выписана на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии на 6-е сутки. Окончательный морфологический диагноз: «Иммунофенотип соответствует солидной псевдопапиллярной опухоли поджелудочной железы».

Заключение. Сохранение селезенки при дистальных резекциях поджелудочной железы по поводу доброкачественных/погранично злокачественных образований позволяет избежать в отдаленном периоде осложнений, связанных со спленэктомией. Выполнение резекции селезеночных сосудов без их реконструкции безопасно при сохранении левых желудочно-толстокишечных сосудов и коротких желудочных сосудов.

Ответы на вопросы.

Профессор А. В. Гостимский: Проводилось ли пациенту иммуногистохимическое исследование?

– Да, псевдопапиллярная опухоль. Классификация по Грэйту – 0.

Профессор Н. Ю. Коханенко: Панкреатический проток был расширен?

– Нет.

Профессор В. И. Кулагин: Сколько времени болела?

– 3–4 месяца.

Прения

Профессор Н. Ю. Коханенко: Тромбоз сосудов селезенки после перевязки обычно не наступает. Но я бы селезенку не стал сохранять, я бы удалил.

Профессор В. И. Кулагин: Лучше, чтобы доказательная база была больше. Но будем считать, что это все-таки доброкачественная опухоль. Метод удаления хвоста поджелудочной железы с сохранением селезенки появился недавно. И это очень хорошо, что представили такую демонстрацию, так как даже открытым способом подобную операцию на заседании Пироговского общества не докладывали.

Профессор В. А. Кашенко: Хочется поздравить коллег с такой красивой демонстрацией. Это редкая опухоль. Ее было сложно диагностировать. Но, тем не менее, авторы нам продемонстрировали удаление данной опухоли лапароскопически. Здесь высокий онкологический риск, но рака еще нет. Операция выполнена своевременно. Эта категория пациентов нуждается в предупреждающих операциях.

Профессор П. Н. Ромашенко (председатель): Я благодарен своим коллегам, которые облегчили мое выступление. Хочу поздравить авторов, но тем не менее нужно было перепроверить у нас в городе иммуногистохимическое исследование. Но в показаниях все выдержано. Пограничные опухоли – выполнено все правильно. Когда речь идет о нейроэндокринных опухолях или пограничных, лапароскопическая операция с сохранением селезенки оправдана. Поздравляю авторов с демонстрацией.

2. Демонстрация представлена сотрудниками НИИ хирургии и неотложной медицины ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова». *Е. Г. Солоницын, И. Н. Данилов, Ш. У. Киреев, А. В. Поддымова, А. А. Ковалев.* **Восстановление непрерывности толстой кишки с использованием эндоскопических технологий. Клинический случай.**

Цель демонстрации – представить клинический случай эндоскопического восстановления непрерывности толстой кишки под ЭУС-наведением.

В результате этапного хирургического лечения у пациента с огнестрельным ранением живота была выведена сигмостома. Несмотря на множественные реконструктивные вмешательства, сохранялась облитерация толстой кишки в проекции ректосигмоидного отдела. Из-за выраженного рубцово-спаечного процесса восстановление непрерывности толстой кишки традиционным хирургическим способом было связано с высокими рисками.

Пациенту выполнено эндоскопическое восстановление непрерывности толстой кишки под ЭУС-наведением, с последующим поддерживающим лечением в течение года, после чего сигмостома была закрыта.

Через 2 года после выполнения вмешательства проходимость ректо-сигмоидного отдела сохранена, у пациента сохраняется самостоятельный стул.

Ответы на вопросы.

Доцент З. Х. Османов: Как Вам удалось избежать контакта с тонкой кишкой?

– Благодаря ультразвукографии мы смогли четко установить зону рубцовых изменений.

Профессор В. И. Кулагин: До операции функцию прямой кишки изучали?

– К сожалению, нет.

Профессор П. Н. Ромашенко (председатель): Как удалось установить наличие полной облитерации?

- Колоноскоп был введен со стороны сигмовидной кишки, что и позволило установить полную облитерацию кишки.
- Сколько сеансов бужирования понадобилось?
- Один сеанс бужирования + четыре сеанса баллонной дилатации.

Прения

Профессор П. Н. Ромашенко (председатель): Очень интересная демонстрация. Хотелось бы увидеть самого пациента. Демонстрация показывает яркий пример того, что благодаря применению ЭУС-навигации удалось выполнить подобную операцию.

Необходимо продолжать осуществлять динамическое наблюдение за пациентом.

ДОКЛАД

Доклад представлен сотрудниками ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И. П. Павлова». А. А. Смирнов, М. М. Кирильцева, М. Е. Любченко, Л. И. Давлетбаева, Н. В. Конкина, И. В. Комаров, С. Ю. Дворецкий. **Пути улучшения диагностики и энтероскопического оперативного лечения ахалазии кардии.**

Цель доклада – показать безопасность и клиническую эффективность ПОЭМ в лечении больных ахалазией кардии.

В работу включен 161 больной ахалазией кардии (АК), которым в промежутке января 2015 г. по март 2020 г. была выполнена пероральная энтероскопическая миотомия. Всем больным выполнялась манометрия высокого разрешения (МВР) для оценки типа АК и выявления сократительных особенностей. У 16 больных не были получены соответствующие АК цифры давления НПС (показатель IRP). Согласно Чикагской классификации нарушения моторики пищевода, показания для операции выставлялись на основании клинических данных (оценка по шкале Eckardt) и характерной рентгенологической картины. В декабре 2017 г. был выполнен первичный анализ полученных результатов 59 больных (ретроспективная группа). Средняя оценка по шкале Eckardt до операции составила 7,6 балла, а после ПОЭМ – 1,74 балла. Средняя протяженность миотомии составила 10,1 см. Рецидив клинической симптоматики (Eckardt >3 баллов) был диагностирован у 5 (8,5 %) больных. Явления рефлюкс-эзофагита были отмечены у 29 (49,1 %) больных: степень А – у 15 больных, степень В – у 10 больных, степень С – у 4 больных. У 3 больных были констатированы послеоперационные осложнения: несостоятельность шва клипс (2), гематома в тоннеле (1). На основании анализа данных были изменены алгоритмы диагностики и лечения АК. Разработан модифицированный вариант проведения манометрического зонда, предложен способ распознавания скрытых (во время МВР) за контуром высокого энтероскопического давления сокращений у больных II типом АК, которые разделены по степени значимости. Сформированы показания для увеличения протяженности миотомии у больных II и III типами АК. Для уменьшения частоты послеоперационного рефлюкс-эзофагита предложено уменьшение протяженности желудочного этапа миотомии. С 2018 по 2020 г. ПОЭМ была выполнена 104 больным АК, что привело к снижению клинической симптоматики с 7,3 до 0,81 балла после операции. Средний период наблюдения составил 16,8 месяца. Рецидив симптоматики был отмечен у 3 (2,9 %) больных. Послеоперационный рефлюкс-эзофагит был зафиксирован у 42 (40,4 %) больных. В проспективной группе 10 больным была выполнена трансоральная фундопликация одновременно с ПОЭМ. Средний период наблюдения – 14,4 месяца. Осложнений во время

операции отмечено не было. Рефлюкс-эзофагит отмечен у 1 (10 %) больного. В послеоперационном периоде были отмечены несостоятельности шва клипс у 2 больных и интраслизистая гематома.

Таким образом, в работе была показана безопасность и клиническая эффективность ПОЭМ в лечении больных АК, превышающая 90 %. Также предложенные алгоритмы позволили улучшить результаты диагностики и энтероскопического лечения. Предложенный метод энтероскопической фундопликации безопасен и позволяет значительно уменьшить частоту послеоперационного рефлюкс-эзофагита.

Ответы на вопросы.

Профессор В. И. Кулагин: Аппарат, на котором вы проводили манометрию?

– Аппарат голландской фирмы, 15 мм рт. ст. – это нормальная цифра давления. Все, что выше, – ахалазия.

– Коррелируют ли хирургические параметры с энтероскопическими? Хотелось бы проблеме этой патологии ближе приблизиться к хирургии.

– Это общемировые данные. У нас есть два специалиста функциональной диагностики, которые учились в Голландии, и все показатели манометрии определяют достаточно точно. Ни у кого из здоровых людей показателя 15 мм рт. ст. не будет, у всех ниже.

Профессор В. А. Кашенко: Энтероскопические методы полностью вытеснили лапароскопические? Есть ли место эндовидеохирургии в сочетании с вашей методикой?

– По сравнению с фундопликацией, мы добиваемся лучших результатов, слайд был приведен в докладе. В нашей работе прибегать к помощи лапароскопических хирургов не приходилось.

Профессор В. И. Кулагин: Принципиально ли, что вы выполняете миопластику по передней стенке?

– Так удобнее.

Профессор П. Н. Ромашенко (председатель): Ахалазия и кардиоспазм – это одно и то же понятие?

– Ахалазия и кардиоспазм тождественны. Мы лечим симптомы. Методы хирургические все хороши, если правильно применялись, самая опасная баллонная дилатация (4 % перфораций). Другие виды операций таких осложнений не дают.

– Операция ПОЭМ – это операция выбора, или есть место другим оперативным вмешательствам? Встречались ли пациенты с осложнениями после операции Гиллера?

– Да, у нас наблюдалось таких 12 пациентов. Диагностический поиск у этих пациентов достаточно сложный.

Прения

Профессор В. И. Кулагин: Хирурги грыжи пищеводного отверстия диафрагмы уже оперируют лапароскопически. А теперь энтероскопически добрались и до нейромышечных заболеваний пищевода: ахалазии и кардиоспазма (энтероскопически прооперированы 400 пациентов). Таким образом, подошли к изучению функции органа и ее исправлению. Но когда подходим к исправлению функции, начинаются неудовлетворительные результаты.

Профессор В. А. Кашенко: Мы прослушали великолепную лекцию, в которой показали блестящее правильное функциональное обследование.

Профессор П. Н. Ромашенко (председатель): Спасибо огромное за такой интересный доклад. Окончательного ответа пока нет, много белых пятен: хирург или энтероскопист не должны соперничать. Во главе должен стоять пациент и его благо. Огромное спасибо за вопросы и высказывание мнений.

Поступил в редакцию 06.05.2022 г.

2546-е заседание 10 ноября 2021 г.

Председатель – Г. М. Рутенбург

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. Демонстрация представлена сотрудниками НИИ хирургии и неотложной медицины ФГБОУ ВО «ПСПБГМУ им. И. П. Павлова» (ректор – академик РАН С. Ф. Багненко) и Городской клинической больницы № 31. *З. Х. Османов, А. А. Каманин, О. Б. Щукина, А. Ю. Корольков, Е. Г. Ганич, А. А. Виниченко, В. П. Морозов. Успешное лечение пенетрирующей формы болезни Крона, осложненной мочепузырно-кишечным свищем.*

Цель демонстрации – показать хорошие результаты этапного хирургического лечения.

На демонстрацию представлен пациент 19 лет, с ИМТ 15,2, у которого через 1 год от дебюта заболевания диагностирована болезнь Крона, терминальный илеит, пенетрирующая форма, осложненная формированием стриктуры илеоцекальной зоны и рецидивирующего мочепузырно-тонкокишечного свища, что явилось показанием к плановому оперативному лечению. Стоит отметить, что, несмотря на высокую частоту осложнений течения данного заболевания, лечение данных осложнений, как правило, проводится в плановом порядке. В экстренной помощи данные больные нуждаются редко, подчас подвергаясь хирургической агрессии в непрофильных стационарах.

Больной был обсужден на междисциплинарном консилиуме в составе хирургов-колопроктологов, гастроэнтерологов, реаниматологов, нутрициологов, а также врачей УЗИ- и МРТ-диагностики. Учитывая данные предоперационной МР-энтерографии о наличии протяженного участка поражения тонкой кишки, хирургическое лечение было поэтапным. Первым этапом была выполнена лапароскопическая обструктивная илеоцекальная резекция с ликвидацией мочепузырно-тонкокишечного свища, после чего больному была инициирована биологическая терапия. Вторым этапом было выполнено восстановление непрерывности тонкой кишки, с последующим продолжением биологической терапии в рамках профилактики послеоперационного рецидива, на фоне которой, спустя 2,5 года после операции, возник рецидив в области неоилюм. И, несмотря на оптимизацию терапии, сохраняется эндоскопическая активность.

Ответы на вопросы.

Сигуа Б. В.: На какие критерии ориентировались при определении объема резекции?

– Важен минимальный объем резекции кишки. Анастомоз наложен «бок в бок», ручной двухрядный шов.

Профессор А. Е. Демко: Если рецидив (стриктура) в зоне анастомоза, что вы сделаете: резекцию или бужирование?

– Для каждого случая индивидуально. Пока только дважды делали резекцию.

Профессор В. А. Кащенко: Какой интервал между операцией и биологической терапией?

– Обычно 6 месяцев, но может быть и меньше.

2. Демонстрация представлена сотрудниками ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», кафедра госпитальной хирургии и СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница». *А. В. Гостимский, А. К. Ушкац, З. С. Матвеева, М. А. Протченков, Н. Н. Волков, С. М. Бахар. Болезнь Крона, осложненная перфорацией, у беременной в третьем триместре.*

Цель демонстрации – показать успешный результат хирургического лечения пациентки болезнью Крона, осложненной перфорацией подвздошной кишки с формированием абсцесса

брыжейки, на фоне беременности 33–34 недели, и обсудить хирургическую тактику.

Пациентка П., 23 лет, поступила в 3-е хирургическое отделение СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» 30.09.2020 г. в экстренном порядке с жалобами на боли в верхних отделах живота на протяжении 3 дней. Беременность первая. Около месяца назад находилась в 5-м хирургическом отделении с диагнозом «Аппендикулярный инфильтрат, прогрессирующая беременность», получала консервативное лечение.

В анализе крови выявлен лейкоцитоз, в ходе УЗИ брюшной полости над дном матки визуализирован инфильтрат 67×56 мм, содержащий петлю кишки и жидкостной компонент. В ходе МРТ диагностировано патологическое образование подпеченочной области размером 105×42×68 мм, интимно спаянное с брыжейкой, проксимальным отделом подвздошной кишки, поперечно-ободочной кишкой – инфильтрат брюшной полости.

В связи с ухудшением состояния, появлением перитонеальных симптомов пациентке выполнено экстренное хирургическое вмешательство. Лапаротомия разрезом в правом подреберье. В ходе операции установлено, что в брюшной полости имеется инфильтрат, образованный петлей подвздошной кишки, ее брыжейкой, печеночным углом и начальным отделом поперечно-ободочной кишки; аппендикс не изменен. В ходе выделения инфильтрата выделилось 25 мл густого белого гноя. Учитывая расположение гнойника, прогрессирующую беременность, невозможность адекватного дренирования, произведена резекция подвздошной кишки с наложением илео-асцендоанастомоза.

При гистологическом исследовании – картина болезни Крона.

В послеоперационном периоде получала инфузионную терапию, антибиотики, наблюдалась совместно с акушерами-гинекологами. Показаний к досрочному родоразрешению не выявлено. Проводилась профилактика преждевременных родов. На 4-е сутки переведена в гинекологическое отделение для дальнейшего лечения и сохранения беременности. Выписана 12.10.2020 г. на 12-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

В ноябре 2020 г. в ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» пациентка естественным путем родила доношенного здорового мальчика.

В дальнейшем боли в животе не беспокоили, самочувствие хорошее, отмечала периодически кашицеобразный стул до 2 раз в сутки.

Спустя 8 месяцев обследована в плановом порядке, при эндоскопическом обследовании ЖКТ (ФЭГДС и ФКС) с биопсией признаков болезни Крона не выявлено.

Ответы на вопросы.

Д. А. Чернышов: Можно ли было не оперировать так радикально?

– Если бы не была беременна, можно было бы попробовать дренировать.

Профессор В. А. Кащенко: На основании каких признаков поставили болезнь Крона?

– Макроскопически были признаки болезни Крона. Препараты пересматривались.

Прения

Профессор А. Е. Демко: Великолепные презентации. Проблема остается сложная со стриктурами. Это пластики или минимальные резекции. Поздравляю авторов.

В. З. Григорян: Последнее веяние нескольких лет – переводить пациентов в плановых больных, а затем илеоцекальные резекции. Назначается биологическая терапия консилиумом,

если положительная динамика – лечится у гастроэнтерологов, если отрицательная – хирурги накладывают илеоцекальные анастомозы «конец в конец» или «бок в бок». Это та патология, когда пациент участвует в консилиуме.

Профессор В. П. Морозов: Две замечательные демонстрации. Мы их выслушали в один день и можем сравнить. Очень важно у этих пациентов сохранить каждый сантиметр кишки. Для этого накладывают илеостому. И как ни странно, эти пациенты буквально оживают. И вторым этапом восстанавливают непрерывность кишечника – накладывают анастомоз. Из этих двух демонстраций можно теперь сделать вывод. Если поступает пациент в обычный стационар, а хирург понимает, что здесь болезнь Крона, необходимо консультироваться с теми коллегами, которые занимаются лечением болезни Крона. Пациенты должны наблюдаться у гастроэнтеролога.

Профессор Г. М. Рутенбург (председатель): Данная патология требует мультидисциплинарного подхода. Медикаментозная терапия во главе угла, и только когда возникает осложнение, начинают работать хирурги. Хочу поблагодарить докладчиков за очень интересные презентации.

ДОКЛАД

Доклад представлен сотрудниками ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова», кафедра факультетской хирургии им. И. И. Грекова и СПбГБУЗ «Елизаветинская больница». *Б. В. Сигуа, С. В. Петров, В. П. Земляной, В. А. Игнатенко, А. В. Вовк, Д. А. Чернышев, П. А. Котков. Современная концепция хирургического лечения больных с распространенным перитонитом.*

Цель доклада – показать улучшение результатов лечения больных с распространенным вторичным перитонитом путем разработки и внедрения в практику балльно-прогностической шкалы, позволяющей выявлять группы больных с высоким риском развития третичного перитонита для дальнейшего планирования санационных вмешательств.

Лечение тяжелых форм осложненной интраабдоминальной инфекции зачастую требует проведения неоднократных оперативных вмешательств, от своевременности проведения которых во многом зависят исходы лечения данной группы пациентов. Основу работы составил анализ результатов лечения 111 больных с осложненной интраабдоминальной инфекцией, позволивший выявить ряд факторов, обладающих предиктивной ценностью в плане прогнозирования развития третичного перитонита. На основании обнаруженных признаков разработана балльная шкала оценки тяжести перитонита, с помощью которой 109 больных основной группы были стратифицированы в соответствии с риском прогрессирования заболевания на подгруппы низкого, среднего и высокого риска. В последней подгруппе был применен лечебный алгоритм, подразумевавший проведение ранних (до 2 суток) плановых санационных вмешательств с интраоперационным повторным подсчетом значения балльной шкалы, исходя из которого определялась последующая тактика – продолжение оперативных вмешательств при превышении значения в 11 баллов или, в противном случае, отказ в пользу дальнейшего консервативного лечения.

Согласно полученным результатам, средние койко-день и длительность пребывания в реанимационных отделениях среди выживших больных основной группы были статистически значимо выше, чем аналогичные показатели группы сравнения, что объясняется большей выживаемостью пациентов с

тяжелыми формами перитонита в основной группе. Частота и тяжесть послеоперационных осложнений существенно не отличались среди больных сравниваемых групп и в целом соответствовали литературным данным. Показатель послеоперационной летальности в основной группе был статистически ниже ($p=0,001$), составив 30,2 % (33 пациента) против 51,3 % (57 больных) в группе сравнения.

Резюмируя вышесказанное, можно сделать вывод, что применение разработанной шкалы привело к некоторому увеличению общего числа хирургических пособий, снизив послеоперационную летальность в 1,7 раза ($p=0,001$) преимущественно за счет улучшения показателей выживаемости в группе больных с тяжелыми формами перитонита.

Ответы на вопросы.

А. О. Аветисян: Как вы оцениваете роль ВАК-системы?

– Внимание не акцентировали, так как были единичные пациенты.

Профессор А. Е. Демко: Какова доля пациентов с септическим шоком?

– Затрудняюсь ответить.

– Если не ВАК-система, то что тогда используете?

– Промывание брюшной полости и швы на кожу. Антибактериальная стартовая терапия одинакова – антибиотиками широкого спектра действия.

Профессор С. А. Шляпников: Что понимаете под третичным перитонитом?

– Если при повторной операции источника не находим, относим к третичному перитониту.

Профессор А. Ю. Корольков: Какую классификацию сепсиса вы использовали? Очевидно, наиболее приемлемо использовать классификацию Савельева, которая сейчас принята.

– Да, я согласен.

– Проводилось ли микробное исследование отдельно верхнего и нижнего этажей брюшной полости?

– Проводилось. Значительных изменений не было.

Прения

Профессор А. Е. Демко: Самая сложная проблема, когда пациент поступает с перитонитом и септическим шоком. Это в основном пациенты с перфорацией кишки. Мы ориентируемся на коморбидность пациента. Если коморбидность >9 и шкала SOFA >6 , мы стараемся на радикальную операцию не идти. ВАК при перитоните особого значения не имеет, играет роль только для закрытия брюшной полости.

Профессор С. А. Шляпников: Хотел бы внести уточнение в терминологию. После выполненной в полном объеме операции по поводу вторичного перитонита вновь возникло осложнение воспалительного характера – трактуется как третичный перитонит. В СПб. приняты и действуют рекомендации, мы остаемся на позиции сепсиса первичного и вторичного.

Профессор Б. В. Сигуа: Мы провели в стране первый метаанализ. Проведен анализ около 9000 публикаций. 4000 – дублирующие, осталось 5000. 16 рандомизированных и 1 нерандомизированное исследования были представлены, всего 3700 пациентов. Релапаротомия по требованию и релапаротомия по взятой нами шкале. Разделили пациентов на две группы и проанализировали. Удовлетворились своими результатами и решили поделиться на Пироговском обществе.

Профессор Г. М. Рутенбург (председатель): Автор и его руководитель показали план действий при лечении перитонита.

Поступил в редакцию 06.05.2022 г.