

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

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

2547-е заседание. 8 декабря 2021 г.

Председатель – А. В. Павловский

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. Демонстрация представлена сотрудниками НИИ хирургии и неотложной медицины ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова. *А. Н. Демин, А. З. Цицкарава, П. И. Богданов, А. Ю. Корольков, В. Ю. Ульченко, В. П. Морозов.* **Тактика лечения хронического лучевого проктита у коморбидного пациента.**

Цель демонстрации – показать, что в случае отягощенного анамнеза пациентов в виде коморбидности и тяжелой сердечно-сосудистой патологии, необходимости приема постоянной антикоагулянтной терапии, риска фатальных кровотечений радикальное хирургическое вмешательство является надежным и успешным методом лечения хронического лучевого проктита.

Лучевой проктит встречается как частое осложнение комбинированной терапии пациентов со злокачественными новообразованиями органов малого таза. Выбор стратегии лечения хронического лучевого проктита зависит от его стадии и тенденции к развитию осложнений (ректальные кровотечения, формирование стриктуры прямой кишки). Коморбидный фон пациента отягощает течение лучевого проктита.

Представленный клинический случай описывает последовательность выбора формата лечения, в том числе хирургических вмешательств, при лечении пациента с хроническим лучевым проктитом и сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы (злокачественное новообразование предстательной железы cT3N0M0; приобретенный порок сердца, протезирование аортального, митрального и трикуспидального клапанов в анамнезе).

Неоднозначность и строго индивидуальная эффективность эндоскопических и малоинвазивных технологий не позволяют исключить хирургическое вмешательство как основной метод достижения устойчивого гемостаза при рецидиве ректальных кровотечений, обусловленных лучевым поражением прямой кишки. В случае отягощенного анамнеза пациентов в виде коморбидности и тяжелой сердечно-сосудистой патологии, учитывая необходимость постоянной антикоагулянтной терапии, риск фатальных кровотечений, радикальное хирургическое вмешательство является надежным и успешным методом лечения хронического лучевого проктита.

Ответы на вопросы.

В. И. Бадалов: Эмболизация подвздошных артерий – формат предоперационной подготовки?

– Да.

А. В. Павловский: решение сделать эмболизацию верхней прямокишечной артерии как оказание скорой помощи рассматривали?

– Нет. В нашей стране эта методика используется редко. Такие пациенты не концентрируются нигде, поэтому мы и доложили, чтобы обратить внимание на эту проблему. У нас прошло 20 пациентов с лучевым проктитом. При выраженной анемии 3 пациентам выполнили наложение сигмостомы и 1 пациенту с тяжелой сопутствующей патологией выполнили экстирпацию прямой кишки.

А. Е. Демко: Какой процент кровотечений у пациентов с лучевым проктитом которые лечились у вас в клинике?

– 80 %. Этапность лечения и выбор и выбор тактики – это главный вопрос. Радикальный метод – это крайний метод, когда другие методы неэффективны.

А. Е. Демко: Как выглядели ткани в малом тазу?

– Выраженный процесс в малом тазу, свищей не было.

Прения

В. Ю. Ульченко: К сожалению, никто не проводит концентрацию этих пациентов. После сообщения докторам лучевой диагностики они поблагодарили нас и сказали, что будут паресматривать методику. Никто не изучает качество жизни пациентов с лучевым проктитом. Необходимо, чтобы этих пациентов отслеживали, брали на учет, и тогда лечение было бы более своевременным и они не поступали бы с анемиями по скорой помощи. Оптимальное решение с точки зрения хирурга – местное лечение.

П. И. Богданов: Если пациент коморбидный, можно выполнить аргоноплазменную коагуляцию. Если пациент с тяжелой сопутствующей патологией – 6 месяцев назад выполнено тройное протезирование клапанов – попытались сделать эмболизацию и только, когда возникло сильное кровотечение, выполнили экстирпацию. Говорить о реконструктивной операции в данной ситуации не представлялось возможным. Идеально экстирпация с низведением, которая улучшила бы качество жизни; но у данного пациента, учитывая наличие сопутствующей патологии, выполнить подобную операцию не представлялось возможным.

А. В. Павловский (председатель): Есть острые и хронические лучевые проктиты, которые возникают через 3 или 6 месяцев. Хронический проктит – у 10 %. Методы профилактики могут дать хороший эффект. Эндоскопические методы остановки кровотечения не очень показаны, так как приводят к травматизации этой зоны. Необходимо проводить вычленение групп риска этих пациентов.

2. Демонстрация представлена сотрудниками ГБУ СПб НИИ СП им. И. И. Джанелидзе; ФГБОУ ВО СПбГПМУ; ФГБОУ ВО ВМедА им. С. М. Кирова; ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова. *В. А. Мануковский, А. Е. Демко, А. Н. Тулупов, Я. В. Гавришук, Е. А. Колчанов, И. В. Кажанов, С. Ш. Тания, А. А. Есеноков.* **Клиническое наблюдение**

лечения пострадавшего с повреждением брюшного отдела аорты при тяжелой сочетанной травме.

Цель демонстрации – показать успешное лечение пострадавшего с тяжелой сочетанной травмой с разрывом инфраренального отдела аорты.

Пострадавший Л., 37 лет, 14.07.2021 г. получил тяжелую сочетанную травму груди, живота, позвоночника, в результате сдавления железобетонной плитой на производстве, после чего через 1 ч 39 мин доставлен в травмоцентр I уровня (СПб НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе). Сознание пострадавшего по шкале комы Глазго – 15 баллов, АД – 86/50 мм рт. ст., ЧСС – 106 уд. в мин.

При поступлении жалобы на боли в груди, пояснице справа и слабость. При ультразвуковом исследовании живота (по протоколу e-FAST) определялись забрюшинная гематома, скопление жидкости паранефрально справа. С целью оценки характера повреждения органов брюшной полости выполнена СКТ живота с внутривенным контрастированием. Обнаружены участки разрыва правой почки с экстравазацией контрастного вещества в артериальную и венозную фазы, ушиб с разрывом поджелудочной железы с экстравазацией контрастного вещества в венозную фазу, повреждение инфраренального отдела аорты на уровне тела L2-позвонка, кровь в брюшной полости и в забрюшинном пространстве, оскольчатый перелом тела, поперечных отростков с двух сторон L2-позвонка, поперечных отростков L3,5-позвонков справа. В связи резким ухудшением состояния пострадавшего в виде снижения артериального давления до 50/20 мм рт. ст. выполнена верхнесрединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости выявлено 800 мл жидкой крови, которая была взята на реинфузию аппаратным методом, напряженная забрюшинная гематома в I–II зонах. Под диафрагмой выделен проксимальный отдел брюшной аорты, наложен зажим. Выполнена правосторонняя медиальная висцеральная ротация. Выявлено повреждение (разрушение) правой почки V ст. (по AAST) с повреждением почечных сосудов. Выполнена правосторонняя нефрэктомия. Также определялось повреждение поясничных артерий, которые были взяты на зажимы, прошиты, перевязаны. Выявлен участок разрыва аорты (Grade IV) в инфраренальном отделе размерами 1,5×0,3 см, выполнен шов аорты. Учитывая нестабильную гемодинамику, массивную кровопотерю, тяжесть состояния пострадавшего, решено применить тактику «Damage control»: брюшная полость тампонируется тампонами, установлены два ПХВ-дренажа – в забрюшинное пространство справа, малый таз, лапаротомная рана ушита узловыми швами на кожу.

В ходе запрограммированной релапаротомии стабилизации состояния на 2-е сутки после ревизии гематомы выявлено повреждение холедоха, размером 0,2×0,1 см, и серозной оболочки желчного пузыря. Выполнена холецистэктомия, дренирование холедоха по Керу. При дальнейшей ревизии выявлены множественные стеатонекрозы в области малого сальника, мезоколон и брыжейки тонкой кишки. Брюшная полость санирована, произведено дренирование малого таза и полости малого сальника. Рана ушита узловыми швами на кожу.

В послеоперационном периоде проводилась инфузионно-трансфузионная, антибактериальная, дезинтоксикационная, антисекреторная, антикоагулянтная терапия, в динамике выполняли УЗИ живота и контрольные лабораторные анализы. Дренаж из холедоха удален на 20-е сутки. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 48-е сутки после травмы.

Через 3 месяца пациент обратился для контрольного осмотра. Выполнена СКТ с внутривенным контрастированием, на которой определялись оскольчатый перелом тела и поперечных отростков L2-позвонка с начальными признаками консолидации и смещением, L3,5-позвонков справа, ретролистез тела

L2-позвонка. В связи с чем выполнена транспедикулярная фиксация на уровне Th12-, L1-, L3-, L4-позвонков.

Ответы на вопросы.

В. И. Бадалов: Не рассматривался ли вопрос баллонной дилатации и других методов?

– Стент-графт ставится при патологии нисходящей аорты, если состояние пациента позволяет. А при патологии восходящего отдела не ставится.

А. В. Гончаров: Не могли бы по подробнее рассказать о доступах. И что это за повреждение холедоха?

– Повреждение холедоха 2 мм и дренирование через место повреждения. Клинически у него не было ишемии. Исходно было повреждение 50 %.

Прения

В. И. Бадалов: Хотелось бы поздравить с успешно выполненной эффективной и правильной операцией, которая позволила спасти жизнь пациенту. Что можно было бы сделать? Выполнить заведение эндоваскулярного баллона, остановить кровотечение и далее или поставить стент -графт, или выполнить открытую операцию. Непонятно, почему позвоночник не был прооперирован сразу, а вторым этапом это сделано. В целом хирургов хочу поздравить с благоприятным исходом.

А. В. Гончаров: Современные методики позволяют достичь более хорошего гемостаза. Но в данной ситуации выполнить это более сложно. Ситуация экстренная, и найти все необходимое для использования вышеуказанных методик не всегда удается. Результат блестящий. Спасибо большое.

А. Е. Демко: Каждый раз, когда такое повреждение, мы не можем найти баллон. Доступ – вышли на почку, а дальше двух-подреберный разрез. Мы выбрали наиболее быстрый метод. Столкнулись с тяжелым посттравматическим панкреатитом, поэтому пошли на дренирование. Так как не было неврологической симптоматики, пошли на операцию позже, а до этого пациент находился в корсете.

А. В. Павловский (председатель): Можно поздравить хирургов с удачным исходом.

3. Доклад представлен сотрудниками ФГББОУ ВО ВМедА им. С. М. Кирова МО РФ. В. В. Суворов, В. Ю. Маркевич, А. В. Гончаров, А. А. Пичугин, К. В. Петухов, Ж. М. Халаф, М. В. Казначеев, П. И. Кураев, Т. Ю. Скакунова, В. А. Рева, В. С. Свирида, В. И. Бадалов, И. М. Самохвалов. **Актуальные проблемы хирургии повреждений живота.**

Цель работы – показать анализ результатов лечения 151 пострадавшего с сочетанной абдоминальной травмой.

Введение. Актуальность проблемы лечения тяжелых повреждений живота не оставляет сомнений. Повреждения живота в мирное и военное время составляют от 7 до 31 % в структуре входящего потока пострадавших и раненых. Отсутствие единого алгоритма обследования и выбора тактики лечения пострадавших с травмой живота приводит к потере драгоценного времени, а при сочетанной травме величина диагностических и лечебных ошибок возрастает.

Методы и материалы. Современный подход к диагностике повреждений органов живота с использованием малоинвазивных и высокоточных диагностических методов (ангио-КТ) делает возможным применение дифференцированного подхода к лечению абдоминальных травм с возможностью выбора оперативного (лапаротомия, лапароскопия) или неоперативного, в том числе с применением по показаниям эндоваскулярного (ангиоэмболизации) лечения. Основой работы стал анализ результатов лечения 151 пострадавшего с сочетанной абдоминальной травмой.

Результаты. Для диагностики и лечения данной категории пострадавших в клинике военно-полевой хирургии

разработан и успешно применяется оригинальный дифференцированный лечебно-диагностический алгоритм (ДЛДА). В зависимости от полученных результатов обследования, принималось решение о применении той или иной лечебной тактики (тактика многоэтапного хирургического лечения, DCS – Damage Control Surgery, тактика раннего исчерпывающего лечения, ETC – Early Total Care, тактика неоперативного лечения травм живота, NOM – Non-Operative Management).

Заключение. Внедрение в клиническую практику разработанного ДЛДА с использованием объективных шкал с оценкой тяжести состояния пациента/объема выявленных повреждений, применение общепринятых современных практических классификаций представляет возможность определять показания к реализации различных вариантов оперативной (ETC, DCS) и неоперативной (NOM) лечебной тактики, что, в свою очередь, снижает летальность у пострадавших с тяжелой травмой живота (4,8 %).

Ответы на вопросы.

А. В. Дедов: Как вы видите передачу вашего опыта на другие учреждения?

– Процесс передачи наших технологий на гражданские учреждения происходит постоянно. Но и, конечно, создание Национальных рекомендаций по данной патологии. Травмоцентры, которые в нашем городе, должны обладать всем необходимым оборудованием.

Н. Н. Бубнова: Как сейчас ВМА дежурит по скорой помощи?

– До последнего времени мы принимали таких пациентов, но сейчас мы не принимаем. Поэтому наши сотрудники с их опытом работают в Институте скорой помощи им. Джанелидзе и в Мариинской больнице. Надеемся, что с января 2022 г. начнем снова принимать пациентов.

А. Е. Демко: Какова ваша тактика при тяжелых травмах?

– Вынимаемые органы удаляются (почка, селезенка). Не вынимаемые лечатся – тампонада печени, стабилизация состояния и окончательное лечение. Тампонада печени – 17 пациентов прошли успешно.

А. В. Павловский (председатель): Благодарю за хороший доклад. Всем большое спасибо.

Поступил 17.05.2022 г.

2548-е заседание. 22 декабря 2021 г.

Председатель – профессор А. Л. Акопов

1. Демонстрация представлена сотрудниками ФГБВОУВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ, кафедры госпитальной хирургии. *Б. Н. Котив, И. И. Дзидзава, О. В. Баринев, Е. Е. Фуфаев, О. Г. Марьева, Е. К. Жильцова, К. И. Махмудов, Д. А. Ясюченя, В. М. Нечипорук, А. С. Соков.* **Случай успешного лечения больного с местно-распространенной гигантской герминогенной опухолью средостения с метастатическим поражением головного мозга.**

Цель демонстрации – показать возможности комплексного лечения далеко зашедших стадий распространенных герминогенных опухолей с применением комбинированных расширенных оперативных вмешательств в сочетании с противоопухолевой лекарственной и лучевой терапией.

Пациент В., 27 лет, поступил в клинику госпитальной хирургии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова 23.06.2016 г. с жалобами на дискомфорт в груди, сухой кашель, лихорадку до 39,0 °С, общую слабость в состоянии средней степени тяжести. Обследован (рентгенография груди, КТ головы, груди, живота, ПЭТ/КТ тела, конечностей). Установлен диагноз: «Новообразование переднего средостения (злокачественная тимома? лимфома?) с распространением на грудную

стенку, перикард, плечеголовную и подключичную вены слева, верхнюю долю левого легкого, лимфаденопатия нижней паратрахеальной, бифуркационной, бронхопульмональной групп справа, синдром сдавления верхней поллой вены, левосторонний гидроторакс, гидроперикард, левосторонняя верхнедолевая пневмония».

Выполнена трепанобиопсия новообразования. Заключение гистологического исследования: «Патогистологическая картина в пользу тимомы без четкой дифференцировки на тип». Параллельно выполнены торакосцентез, пункция полости перикарда. По данным цитологического исследования, в перикардальном выпоте выявлены перстневидные атипичные клетки в большом количестве.

По решению консилиума (хирург, онколог, анестезиолог-реаниматолог) с учетом картины прогрессирования опухолевого поражения с инфицированным некрозом и распадом, по жизненным показаниям 05.07.2016 г. выполнено: торакотомия, удаление опухоли переднего средостения, верхняя расширенная лобэктомия слева, краевая резекция верхушки правого легкого, резекция левой плечеголовной и подключичной вены, субтотальная перикардэктомия, лимфаденэктомия медиастинальных лимфоузлов. Гистологическое заключение: «Герминогенная опухоль средостения с прорастанием в перикард, левое легкое. Медиастинальные лимфатические узлы – без признаков опухолевого роста». Иммуногистохимическое исследование: картина соответствует злокачественной опухоли желточного мешка.

Послеоперационное течение гладкое. В послеоперационном периоде проведено 4 курса адьювантной ПХТ по схеме ВЕР (блеомисин, этопозид, цисплатин). Проведение ПХТ осложнялось развитием постцитостатической нейтропении III степени, потребовавшей медикаментозной коррекции. При плановом обследовании в ноябре 2016 г. признаков прогрессирования заболевания не выявлено.

При обследовании в июне 2017 г. отмечено прогрессирование заболевания в виде метастатического поражения левой височной доли и левого полушария мозжечка головного мозга. В клинике нейрохирургии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова 29.06.2017 г. выполнена операция: костно-пластическая трепанация черепа задним срединно-боковым субокципитальным доступом, удаление объемного образования левого полушария мозжечка, краниопластика дефекта черепа титановой пластиной. Гистологическое и ИГХ-исследование: инвазивный рост опухоли желточного мешка микропапиллярного строения, опухоль средостения и головного мозга имеют одинаковый иммунофенотип. В период с августа по сентябрь 2017 г. проведено 3 курса 1-й линии ПХТ по схеме ТПР (паклитаксел, цисплатин, ифосфамид, уромитексан, филграстим) и сеанс стереотаксической радиохирургии на аппарате Leksell Gamma Knife Perfexion (11.10.2017 г.), доза облучения – 36 Гр. Отмечались гастроэнтерологическая токсичность, постцитостатическая миелосупрессия. При контрольном обследовании признаков прогрессирования опухолевого процесса не определялось.

В настоящее время признаков рецидива, прогрессирования заболевания нет. Социально реабилитирован.

Ответы на вопросы.

Профессор А. Л. Акопов: 1. Что определило активную хирургическую тактику при первой операции?

– Признаки высокой агрессивности опухоли, данные о ее распаде и прогрессирующем сдавлении сосудов и сердца.

2. Какие особенности мобилизации и краевой резекции левой плечеголовной вены были при торакотомии?

– Удалось обойтись без расширения доступа с использованием зажима Сатинского и ручного шва.

2. Демонстрация представлена сотрудниками ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ, кафедры госпитальной хирургии. *И. И. Дзидзава, О. В. Баринов, Е. Е. Фуфаев, С. А. Солдатов, С. С. Козлов, В. М. Нечипорук, П. А. Гусарова, А. Р. Закиров. Случай успешного хирургического лечения сочетанного эхинококкоза печени и легкого.*

Цель демонстрации – показать возможности симультанного хирургического лечения распространенного эхинококкоза печени и легких.

Пациентка А., 36 лет, считает себя больной с января 2017 г., когда появились боли в правой половине груди, лихорадка до 39 °С, слабость. 29.01.2017 г. госпитализировалась в один из медицинских стационаров города для обследования и лечения. При рентгенографии груди выявлены признаки правостороннего гидропневмоторакса с деструкцией нижней доли правого легкого, правосторонней нижней долевой пневмонии. Установлен диагноз: «Правосторонняя полисегментарная пневмония, абсцесс нижней доли правого легкого, осложненный правосторонним пиопневмотораксом (31.01.2017 г.)».

Пациентке выполнен торакоцентез, дренирование правой плевральной полости. На фоне санации плевральной полости, антибактериальной, противовоспалительной терапии достигнуто клиническое улучшение. При УЗИ органов брюшной полости в правом подреберье определяется овальное кистозное гипозоногенное образование 10×8 см с четким неровным контуром, толщиной стенки 7 мм, исходящее из нижней поверхности левой доли печени. Выполнена КТ груди и живота, выявлена полость деструкции нижней доли правого легкого размерами 34×35×30 мм, картина правостороннего гидропневмоторакса, кистозное образование левой доли печени 82×60×100 мм с однородным содержимым, окруженное плотной равномерной капсулой. При лабораторных исследованиях выявлены антитела к антигенам эхинококка IgG. Рекомендовано хирургическое лечение по поводу эхинококкоза печени в условиях специализированного стационара, рекомендована противопаразитарная терапия. От операции пациентка отказалась. Специфической терапии не получала.

С мая 2019 г. у пациентки появились жалобы на тянущие боли в правом подреберье. 04.06.2019 г. обратилась в клинику госпитальной хирургии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова.

В мае 2019 г. обратилась в клинику госпитальной хирургии ВМедА в связи с болями в правом подреберье. При КТ груди и живота выявлена КТ-картина кистозных образований в S1 (25×15×12 мм) и S6 (42×35×55 мм), правого легкого и гигантской кисты S3 печени (89×64×91 мм). Выявлены антитела к антигенам эхинококка IgG (методом ИФА). Установлен диагноз: «Первичный распространенный эхинококкоз легкого и печени, множественные (2) кисты правого легкого, киста левой доли печени, серопозитивный». Решением междисциплинарного консилиума (абдоминальный хирург, торакальный хирург, инфекционист-паразитолог, анестезиолог-реаниматолог) рекомендовано комплексное лечение, с выполнением хирургического этапа в первую очередь. 06.06.2019 г. выполнено симультанное хирургическое вмешательство: лапароскопическая резекция S3 печени с эхинококковой кистой, торакоскопическая эхинококкэктомия S1, S6 правого легкого. Послеоперационный период протекал гладко. В течение 6 месяцев больная получала противопаразитарную лекарственную терапию альбендазолом.

При контрольном динамическом обследовании (УЗИ органов брюшной полости, КТ головы, груди, живота, таза) признаков рецидива эхинококкоза не выявлено. Противопаразитарная терапия закончена. В отдаленном периоде признаков рецидива заболевания нет.

Ответы на вопросы.

Профессор А. Л. Акопов: С какими интраоперационными осложнениями приходилось сталкиваться при эндоскопическом доступе?

– Специфических интраоперационных осложнений не было.

3. Доклад представлен сотрудниками ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ, кафедры госпитальной хирургии. *Б. Н. Котив, И. И. Дзидзава, О. В. Баринов, А. А. Курьегин, В. И. Ионцев, А. А. Щемелев, Н. И. Башилов. Академику Колесникову Ивану Степановичу 120 лет.*

Цель доклада – хранить и приумножать клинические и научные направления, заложенные Иваном Степановичем.

15 декабря 2021 г. исполнилось 120 лет со дня рождения выдающегося хирурга, ученого и педагога академика АМН СССР, заслуженного деятеля науки РСФСР, Героя социалистического труда, лауреата Ленинской премии и Государственной премии, профессора, генерал-майора медицинской службы Ивана Степановича Колесникова.

Академик Иван Степанович стоял у истоков становления и развития приоритетных научных и клинических направлений отечественной хирургии. Возглавив кафедру госпитальной хирургии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова в 1953 г., имея за плечами богатый хирургический и боевой опыт гражданской войны, войны в Испании, Советско-финской войны и Великой отечественной войны, Иван Степанович создал передовую хирургическую клинику, в которой проводилось изучение и внедрение в клиническую практику новейших достижений медицины в области торакальной, сердечно-сосудистой хирургии, реаниматологии и трансфузиологии, трансплантологии.

В период с 1953 по 1977 г. академиком И. С. Колесниковым и его сотрудниками выполнено свыше 8000 оперативных вмешательств на легких, проведены глубокие научные исследования по вопросам диагностики, хирургической анатомии, оперативной техники и послеоперационного лечения больных торакального профиля. Результаты научных исследований изложены в ряде уникальных монографий, ставших настольными книгами для нескольких поколений хирургов. Среди них – «Резекция легких», за которую И. С. Колесников в 1961 г. удостоен Ленинской премии СССР, а также «Инородные тела плевры, легких и средостения» (1949), «Атлас огнестрельных ранений», ряд глав «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.»; «Экономные и сегментарные резекции легких при туберкулезе» (1965); «Руководство по легочной хирургии» (1969); «Абсцессы легких» (1973); «Оперативные вмешательства при раке легкого», «Гангрена легких и пиопневмоторакс» (1983); «Хирургия легких и плевры» (1988).

Развитие в стенах клиники проблемы хирургического лечения заболеваний легких и органов грудной полости вызвало к жизни научное становление нового в те годы направления клинической медицины – реаниматологии. В клинике благодаря инициативе И. С. Колесникова создано одно из первых в стране специализированное отделение реаниматологии. В короткое время здесь убедительно доказаны преимущества и высокая эффективность лечения наиболее тяжелых контингентов хирургических больных. В отделении реаниматологии и анестезиологии создана оригинальная система информационного оперативного врачебного контроля за состоянием жизненно важных функций организма больного после операции. Многие годы особое место в трудах сотрудников кафедры госпитальной хирургии занимала проблема кровопотери и способов ее восполнения. Широкую известность приобрел

метод аутоотрансфузии компонентов крови в периоперационном периоде. В стенах кафедры госпитальной хирургии проводилась интенсивная научно-исследовательская и клиническая работа по актуальным разделам кардиохирургии, особенно лечения приобретенных пороков сердца и заболеваний перикарда. В 1968 г. группой профессоров клиники – И. С. Колесниковым, Н. В. Путовым, Ф. В. Баллюзек, Ю. Н. Шаниным – под руководством главного хирурга МО СССР академика АМН СССР А. А. Вишневецкого выполнена первая в нашей стране трансплантация сердца. За годы работы на кафедре госпитальной хирургической клиники под руководством И. С. Колесникова подготовлено и защищено 25 докторских и 43 кандидатские диссертации. Его ученики возглавили кафедры, научно-исследовательские лаборатории и институты страны, крупные лечебные учреждения. Сегодня клиника госпитальной хирургии свято хранит и приумножает клинические и научные направления, заложенные Иваном Степановичем.

Поступил 17.05.2022 г.

2549-е заседание. 12 января 2022 г.

Председатель – А. Л. Акопов, *сопредседатели* – П. Н. Ромащенко, А. М. Беляев

1. Демонстрация представлена сотрудниками НИИ хирургии и неотложной медицины ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова. А. Л. Акопов, М. А. Уртенцова, А. Я. Бедров, И. В. Чистяков. **Комбинированное лечение коморбидного больного местно-распространенным раком легкого.**

Цель демонстрации – показать возможности мультидисциплинарного комбинированного подхода в лечении первичного рака легкого, значимой сопутствующей патологии, множественных отдаленных метастазов с достижением стойкой полной ремиссии.

Пациент, 68 лет, госпитализирован в ноябре 2016 г. с диагнозом: «Крупноклеточный рак нижней доли левого легкого cT3N2M0 (IIIb стадия)». По данным МСКТ органов грудной клетки: субплевральное образование нижней доли левого легкого (S6) размерами 65×45×38,5 мм с распространением на верхнюю долю. Увеличение бифуркационных и левых паратрахеальных лимфоузлов до 16×11 мм. Выраженная сопутствующая патология: ХОБЛ тяжелого течения, бронхиальная астма, ожирение (ИМТ 32,2) вторичная легочная гипертензия 1-й ст., ДН II, ГБ II, ИБС, стеноз внутренней сонной артерии (ВСА) слева, стеноз 80 % передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии; стеноз правой коронарной артерии в средней трети 95 %. В анамнезе повторные транзиторные ишемические атаки. В результате функционального и онкологического обследования как операбельность, так и резектабельность пациента оценены как сомнительные, прогноз неблагоприятный.

На первом этапе выполнено стентирование передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии, проведено два цикла полихимиотерапии (карбоплатин+паклитаксел, после двух курсов прекращено в связи с плохой переносимостью), стентирование ВСА. Проводилась предоперационная реабилитация ХОБЛ.

В мае 2017 г. произведена операция – левосторонняя пневмонэктомия, интраоперационная фотодинамическая терапия. Патоморфологическая стадия T3N1. Иммуногистохимическое исследование: крупноклеточная нейроэндокринная карцинома, Ki67 – 40 %; PD-L1 – 30 %. Послеоперационный период без осложнений.

В январе 2018 г. обратился с жалобами на прогрессирующую одышку, непереносимость физической нагрузки,

отсутствие аппетита, слабость, боли в области выбухания в зоне VII–VIII ребер слева. При остеосцинтиграфии, МСКТ органов грудной клетки: множественные очаги в костях скелета, единственном легком, увеличение лимфатических узлов средостения. ECOG 2–3, кислородозависимость. От химиотерапии решено воздержаться, проведено два курса иммунотерапии пембролизумабом, после чего специального лечения не получал.

В настоящее время, по результатам клинко-инструментального обследования, стойкая полная ремиссия опухоли. Работает, курит.

Ответы на вопросы.

П. К. Яблонский: 1. Опухоль до операции верифицировали каким способом?

– До операции диагноз верифицировали путем чрезбронхиальной биопсии. Были признаки сдавления 2-го и 6-го сегментарных бронхов без эндобронхиального роста. Перед операцией появились экзофитные очаги в левом главном бронхе и осенью перед операцией имели верификацию – крупноклеточный рак. До операции по КТ средостения большинство лимфоузлов до 16 мм – это N2. Инвазивную диагностику не проводили. Во время операции проводили стандартную лимфодиссекцию.

2. Была обструктивная болезнь или бронхиальная астма?

– Пациент – многолетний курильщик, и нет сомнения, что у него есть ХОБЛ и эмфизема легкого. Также была обратимая обструкция, на основании чего установлен диагноз бронхиальной астмы.

3. Какова динамика давления в легочной артерии?

– До операции – 35, после операции среднее давление тоже – 35.

А. В. Павловский: Как часто вы его обследуете?

– Хорошо бы каждый год или каждые полгода его обследовать, но уговаривать его не будем. Терапию не получает несколько лет, и мы сейчас не будем ничего менять, потому что нет признаков опухоли.

В. А. Кашенко: Какие курсы иммунотерапии он получал, и почему только два курса?

– В результате проводимой иммунотерапии (два курса) у пациента были тяжелейшие запоры, и он самовольно уехал, прекратив лечение. Мы даже думали, что с ним произошло несчастье, но потом вдруг он появился. Но ПЭТ-КТ, безусловно, ему необходимо выполнить.

Прения

П. К. Яблонский: Хочу поздравить авторов с необычным и успешным наблюдением. Хотел сделать акцент на той коморбидности, на которой сделал акцент Андрей Леонидович, которая часто связывает руки хирургам, лишая больных каких-либо шансов. Нельзя отказывать больным в помощи. Больной при крайне негативном фоне операцию пережил. Необходимо, невзирая на риски, взвесив все, все-таки прооперировать больного. Но хирурги должны оценивать обязательно все рекомендации онкологов. И тогда мы будем жить дружно. И впредь встречаться в этой аудитории, как это было при наших учителях и продолжится при наших учениках.

А. М. Беляев: Хотел бы поздравить авторов демонстрации с успехом. Но данная демонстрация, прежде всего, демонстрирует успехи онкологии. В 2018 г. применение иммунотерапии было еще не очень известно, поэтому хочется еще раз поздравить авторов, что они тогда на это решились.

2. Демонстрация представлена сотрудниками СПб ГБУЗ «Городская больница № 40», ФГБОУ ВО СПбГУ, Медицинский факультет, кафедра последипломного медицинского образования. Д. В. Гладышев, С. А. Коваленко, М. Е. Моисеев,

С. С. Гнедаш, В. А. Ветошкин. Непосредственные результаты комбинированного лечения рака желудка с применением малоинвазивных технологий.

Цель демонстрации – показать возможности комбинированного лечения местно-распространенного рака желудка в отобранной группе больных на примере одной пациентки.

Пациентка К., 21.08.1954 г. рождения, обратилась за медицинской помощью в августе 2021 г. с жалобами на одышку, слабость, утомляемость. Вышеописанные жалобы стала отмечать в марте 2021 г. В ходе обследования 20.08.2021 г. при ЭГДС обнаружена циркулярная инфильтративная опухоль от верхней трети тела желудка до антрума, с бугристой поверхностью, покрытая некротическими массами. Гистологическое заключение: «Аденокарцинома lowgrade». По данным иммуногистохимического исследования – без признаков dMMI/MSI-H; Her 2 отр.; PD-L1 CPS 60. По данным компьютерной томографии органов брюшной полости с болюсным внутривенным контрастированием от 27.08.2021 г., определяется объемное циркулярное образование в верхней трети тела желудка с инфильтрацией всей толщи стенки (до 13 мм), с преимущественно эндофитным характером роста, с отсутствием распространения на пищевод, с признаками распространения на перигастральную жировую клетчатку на уровне тела поджелудочной железы, отдаленные метастазы достоверно не дифференцируются; определяются гиперплазированные регионарные лимфатические узлы групп № 3, 12. Оценена анатомия целиакомезентериального бассейна – особенностей строения, дефектов контрастирования магистральных артерий и вен не выявлено.

В рамках дообследования 15.09.2021 г. пациентке выполнена стадияющая диагностическая лапароскопия, в ходе которой признаков отдаленного метастазирования не выявлено, визуализирована циркулярная опухоль с преимущественным ростом по малой кривизне желудка от кардиального до антрального отдела протяженностью около 12 см, прорастающая все слои стенки желудка с прорастанием висцеральной брюшины, без распространения в соседние органы и ткани, также определяются гиперплазированные парагастральные лимфатические узлы по малой кривизне. Помимо этого, выполнены перитонеальные смывы, по данным цитологического исследования, изолированных опухолевых клеток не выявлено.

Диагноз после стадияющей лапароскопии: «Рак тела желудка cT4aN+M0». Пациентка обсуждена на МДК, учитывая стадию заболевания, принято решение о проведении неoadъювантной/периперитонеальной химиотерапии. С 28.09.2021 г. по 22.11.2021 г. проведено четыре цикла по схеме FLOT, на фоне которых наблюдался значительный клинический регресс опухоли по данным ЭГДС и компьютерной томографии.

По данным ЭГДС от 26.11.2021 г., инфильтративные изменения тела желудка (значительное уменьшение), преимущественно по малой кривизне от кардиального до антрального отдела.

По данным КТ ОГК, ОБП, таза с внутривенным болюсным контрастированием от 25.11.2021 г., визуализируемое ранее эндофитное образование в теле желудка не определяется, признаки наличия 3 конкрементов в полости желчного пузыря до 10 мм в диаметре.

10.12.2021 г. пациентке выполнена симультанная робот-ассистированная расширенная гастрэктомия с холецистэктомией, внутрибрюшная лимфаденэктомия в объеме D2 с формированием эзофагоэнтероанастомоза на отключенной по Ру петле. Время оперативного вмешательства составило 240 мин, объем кровопотери – 30 мл. Послеоперационный период протекал гладко, осложнений не было. По данным окончательного патоморфологического и иммуногистохимического исследова-

ований операционного материала: при макроскопическом исследовании отмечается опухоль в 5 см от проксимальной границы резекции протяженностью 4,5 см, макроскопически представлена распространенными полями бесклеточной слизи, располагающейся в подслизистой основе, мышечном, субсерозном слоях, парагастральной жировой клетчатке и в 1 лимфатическом узле малой кривизны; отмечается выраженная лимфогистиоцитарная инфильтрация всех слоев стенки желудка и парагастральной жировой клетчатки, выполнено ИГХ-исследование с антителом раpCK, при котором выявлено 15 опухолевых клеток в парагастральной жировой клетчатке с выраженными дистрофическими изменениями. Выраженный регресс опухоли на фоне лечения (морфологический регресс 1-й степени по TRS, в соответствии с протоколом Stomach_4.2.1.0.REL_CAPCP). Проксимальный и дистальный края резекции негативные, край резекции малого сальника без опухолевых элементов. Исследовано 28 регионарных лимфатических узлов (16 малой кривизны, 12 большой кривизны), 12 фрагментов жировой ткани большого сальника – опухолевого поражения не выявлено.

Несмотря на выраженный лечебный регресс, в связи с наличием остаточной опухоли в виде скопления опухолевых клеток в парагастральной жировой клетчатке, произведено окончательное стадирование: «Рак тела желудка уpT3N0M0».

Ответы на вопросы

А. В. Павловский: 1. Планируется ли адъювантная терапия?

– Да, запланирована.

2. Как часто в смывах при лапароскопии вы обнаруживаете опухолевые клетки? Какую методику используете?

– Не часто, в 5 %. Методика стандартная: это проведение по всем полям отсоса, лаваж. Затем аспират центрифугируется и исследуется на наличие клеток. Планируется добавить иммуногистохимическое исследование сейчас, это обсуждается. Поможет уточнить диагноз.

Прения

1. Л. Л. Панайотти: Рак желудка, когда проводится неoadъювантная терапия и наблюдаем полный регресс опухоли – а нужно ли оперировать? Мы сейчас находимся на заре эры, когда, возможно, хирург будет востребован только для взятия биопсии.

2. Д. В. Гладышев: Главная цель – проведение комбинированного лечения. И у нашей пациентки все выполнено правильно. Ориентируемся мы на Национальные рекомендации, которые являются законом к обязательному выполнению. Роботическая операция – это эволюция, но не революция. Инструменты практически те же. В прошлом году НИИ им. Петрова приобрел тоже данный аппарат. Но онкологические принципы, независимо от того, каким способом мы оперируем, должны соблюдаться обязательно.

3. Доклад представлен сотрудниками ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. А. М. Карачун, Л. Л. Панайотти, А. С. Петров. **Применение индоцианина зеленого для картирования регионарного лимфатического коллектора при операциях по поводу рака ободочной кишки.**

Цель доклада – результаты данного исследования позволяют сделать вывод о целесообразности широкого внедрения подхода, основанного на индивидуализации границ резекции кишки.

На сегодняшний день общепринятым стандартом объема резекции ободочной кишки по поводу рака является удаление по 10 см визуально неизменной кишки в проксимальном и дистальном направлениях. Данный подход основан на низкой

(1,4 %) вероятности обнаружения лимфогенных метастазов в параколическом коллекторе за пределами 10 см от первичной опухоли. Однако недавно доказанный факт возможности гематогенного метастазирования из вторично измененных лимфатических узлов диктует необходимость индивидуализации подхода к объему удаления регионарного лимфатического коллектора с целью исключения возможности оставления вторично измененных лимфатических узлов.

Перспективным способом индивидуализации объема резекции является интраоперационное картирование регионарного лимфатического коллектора участка кишки, пораженного опухолью. Одним из вариантов данного маневра является картирование при помощи индоцианина зеленого. Для этого водный раствор индоцианина зеленого в концентрации 2,5 мг/мл вводится паратуморозно в субсерозный слой кишки по проксимальному, дистальному, серозному и мезоколическому краю опухоли. Через 30 мин после инъекции краситель распространяется по лимфатическим протокам в пределах регионарного коллектора, что позволяет при использовании инфракрасной камеры увидеть его флюоресценцию в границах зоны вероятного лимфогенного метастазирования.

Использование данной методики позволяет, с одной стороны, выполнять более экономные резекции кишки в ситуациях, когда зона латерального лимотока от опухоли составляет менее 10 см, и, с другой стороны, увеличивать объем резекции, если присутствуют aberrантные лимфатические пути, либо зона лимфооттока составляет более 10 см.

Основной проблемой рутинного внедрения данного подхода является отсутствие данных о точности картирования описанным способом. В связи с чем на базе хирургического отделения абдоминальной онкологии НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова проводится исследование, в рамках которого пациентам с опухолями ободочной кишки интраоперационно выполняется картирование регионарного лимфатического коллектора с последующей резекцией кишки в стандартном объеме и определением статуса и локализации лимфатических узлов относительно границ распространения индоцианина при патоморфологическом исследовании операционного материала. В перспективе результаты данного исследования позволят сделать вывод о целесообразности широкого внедрения подхода, основанного на индивидуализации границ резекции кишки.

Ответы на вопросы.

В. А. Кащенко: 1. Вы всегда вводите индоцианин внутрь опухоли или эндолюминально тоже?

— Эндолюминально мы никогда не вводили. Проще вводить при опухолях прямой кишки, но смысла особого нет. Мы планируем попробовать вводить эндолюминально, но пока не делали.

2. Если делать оценку перфузии флюоресцентно, мешало ли когда-либо лимфографическое исследование?

— По поводу объединения перфузионного исследования и картирования лимфатического коллектора, мы не пытались их совместить именно из тех соображений, что они могут между собой конкурировать. У нас стоит задача каждую из методик отработать и идеологически, и с точки зрения маневра. Потому что оценка перфузии — это тоже достаточно не тривиальная задача, технологически в первую очередь. Так как мы все знаем, что если флюоресценции нет, значит, и перфузии нет; если флюоресценция есть — это гарантии не дает. Флюоресценция была, и некроз в послеоперационном периоде возникал. Мы пытаемся сейчас строить графики флюоресценции и пытаемся находить закономерности и предугадывать. То есть это находится в рамках исследования и много на что влияет. Индоцианин распространяется по одному коллектору на 3–4–5 см и проксимально, и дистально. Если удастся доказать,

что за пределы индоцианина опухоль не распространяется, то пациентам будут выполняться маленькие операции и с очень хорошими результатами. Вся проблема, чтобы это доказать. Но в литературных данных есть описание, что редко, но иногда индоцианин заставляет хирурга увеличить объем операции.

Прения

А. Л. Акопов: Я здесь выступал 5–6 лет назад по этой же технологии, но при другой патологии (рак легкого). В 2015 г. была публикация в журнале «Вестник хирургии». А. А. Ильин по этой же технологии, но при раке легкого защитил кандидатскую диссертацию с материалом — 100 пациентов. У нас есть свое понимание вопроса и очень большой опыт в этом. Хотя рак легкого — совсем другое заболевание и другие лимфатические коллекторы. Сегодня мы от этой технологии в рутинной практике отказались, потому что она ничего не дает конкретному пациенту. Настолько разнообразен лимфатический отток, что все равно нужно убрать всю регионарную группу лимфоузлов, и попытка индивидуализации в наших руках не получилась. Сегодня мы рутинно используем эту технологию при операциях на пищеводе для того, чтобы определить кровоснабжение дистального участка желудочного стебля, и, если кровоснабжение недостаточно, выполняем ререзекцию дистальной части, что позволило существенно снизить частоту несостоятельности. Вот вся польза от этой технологии. Я не вижу здесь большой перспективы. Но что можно поискать в иностранной литературе и в наших работах — есть при добавлении к индоцианину определенных молекул, которые имеют таргетные свойства к опухолевой клетке, то здесь индоцианин может накапливаться в опухолевых тканях, и тогда это существенно изменит диагностику. Мы в клинике создали первый в мире бронхоскоп с возможностью индоцианиновой флюоресцентной визуализации раннего центрального рака легкого. И при введении индоцианина в вену за 1 мин до исследования мы можем визуализировать очаги накопления индоцианина в слизистой, производим биопсию. Это вопрос перспективы, но тут можно что-то получить. В саму перспективу индоцианина в онкологии я не очень верю, но, возможно, авторы нас когда-либо смогут удивить.

В. А. Кащенко: Мне доклад очень понравился. Основной посыл, который сделал докладчик, что тренд идет на вспомогательную визуализацию. Но основная идея заключается в том, что хирург до операции и во время ее получает максимальную информацию о состоянии лимфатической системы, когда вводит индоцианин эндолимфатически; о состоянии перфузии — вводит индоцианин внутривенно. Вводите технологии дополнительной реальности, просецируйте дооперационные КТ и МРТ в операционную, но обкладывайте себя дополнительными информационными каналами. Поэтому сегодня была продемонстрирована прекрасная технология, которую нужно принять и обсудить. Хорошо то, что этот доклад вызывает яркую эмоциональную реакцию.

Поступил 17.05.2022 г.

2550-е заседание, 26 января 2022 г.

Председатель — профессор Г. М. Рутенбург

1. Демонстрация представлена сотрудниками ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ. П. Н. Ромащенко, Н. А. Майстренко, А. А. Курыгин, В. В. Семенов, А. А. Феклюнин, А. И. Строганов, А. А. Мамошин, С. А. Прудьева, В. Б. Михин. **Этапное лечение большого осложненным течением субтотальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.**

Цель демонстрации — показать обоснованный этапный хирургический подход в лечении большого осложненным течением субтотальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

На демонстрации представлен пациент П., 53 лет, поступил в клинику факультетской хирургии Военно-медицинской академии в тяжелом состоянии на носилках с диагнозом направления «Острая кишечная непроходимость». Предъявлял жалобы на выраженную общую слабость, чувство тяжести в эпигастриальной области, периодическую отрыжку и рвоту, невозможность употребления как твердой, так и жидкой пищи. Из анамнеза заболевания известно, что в январе 2021 г. впервые появились жалобы на изжогу и отрыжку, затем присоединилась периодическая рвота на фоне приема сначала твердой, а затем и жидкой пищи. На фоне невозможности употреблять пищу в течение одной недели 01.03.2021 г. пациент госпитализирован в клинику по неотложным показаниям, где установлен диагноз: «Субтотальная невправимая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы 3 степени, III типа, осложненная: 1) нарушением желудочной проходимости; 2) острым повреждением почек прerenальной этиологии; 3) анемией легкой степени алиментарного и железодефицитного генеза; 4) пищеводом Барретта (по Пражской классификации от 2004 г.: C1,0M1,5)». Первым этапом скорректированы алиментарно-метаболические нарушения: установлен кишечный зонд для питания и желудочный – для декомпрессии в совокупности с проводимой инфузионной и антианемической терапией. Признаков ущемления и нарушения кровоснабжения желудка не выявлено. На фоне консервативного лечения явления анемии, острого повреждения почек и нарушения нутритивного статуса постепенно регрессировали. Зонды были удалены, и пациент начал самостоятельно питаться. С учетом выявленного пищевода Барретта вторым этапом выполнена эндоскопическая абляция зон кишечной метаплазии пищевода.

В октябре 2021 г. при контрольном обследовании в клинике с выполнением ФГДС признаки метаплазии кардиоэзофагального перехода регрессировали. 01.11.2021 г. выполнена операция: лапароскопическое устранение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, задняя и передняя куруорофия, протезирование по методике «mesh-reinforce», фундопликация по методике «shot-floppy» Nissen на 360°. Послеоперационный период протекал без осложнений. При контрольном обследовании через 3 месяца данных за рецидив ГЭРБ и ГПОД нет.

Ответы на вопросы.

С. Я. Ивануса: Как вы сформулировали показания к использованию сетчатого протеза?

– У пациента в процессе обследования расстояние между ножками больше 6 см, в норме – 5 см; также была диагностирована грыжа. Это и послужило показанием для использования сетчатого протеза.

В. И. Кулагин: Эндоскопическая абляция была до операции. Какова длина пищевода?

– Да, до операции. 38 см.

А. Л. Акопов: Желудок в средостении мог вызвать компрессию сердца. У пациента были проявления сердечной патологии?

– Не было.

Д. И. Василевский: Не страшно ли крепить протез впереди ножек диафрагмы, так как здесь располагается сердце?

– Не страшно, сетчатый протез фиксировали максимально близко к пищеводу. Грыжевой мешок мы иссекали.

Г. М. Рутенбург: Всегда ли первым этапом при пищеводе Барретта выполняете абляцию?

– Да.

Прения

В. И. Кулагин: Всегда радуюсь, когда на обсуждение выносятся пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы.

Вопросов до сих пор остается много, клинические рекомендации не утверждены. Подход к подобным смешанным грыжам, конечно, хирургический. Но проблем у этих пациентов много. Странно то, что эти пациенты иногда жалоб не предъявляют. И грыжи подразделяют на симптоматические и асимптоматические. В данном случае выбрана активная тактика, мы это приветствуем и благодарим авторов за хорошую презентацию.

В. В. Стрижелецкий: Данная демонстрация показывает, как правильно лечить пациента. В результате получен прекрасный результат.

Г. М. Рутенбург: Обращаю внимание на взвешенный и междисциплинарный подход с соблюдением современных рекомендаций лечения данной патологии.

2. Демонстрация представлена сотрудниками СПбГБУЗ «Городская Покровская больница», ФГБОУ ВО СПбГПМУ, кафедра факультетской хирургии им. А. А. Русанова, ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова», кафедра факультетской хирургии им. И. И. Грекова. *Г. Г. Накопия, С. А. Данилов, Ю. В. Радионов, Ю. В. Гребцов, Е. В. Пыхтин, Н. Ю. Коханенко.*
Случай успешного лечения пациента с тяжелым течением новой коронавирусной инфекции и развившимися гнойными осложнениями после левосторонней гемиколэктомии на фоне иммуносупрессивной терапии.

Цель демонстрации – показать возможные гнойные послеоперационные осложнения на фоне иммуносупрессивной терапии при лечении новой коронавирусной инфекции и продемонстрировать успешные результаты их лечения.

На демонстрации представлен пациент Ч., 69 лет, в одной из больниц Санкт-Петербурга в феврале 2021 г. перенес операцию: обструктивную левостороннюю гемиколэктомию по поводу аденокарциномы нисходящего отдела ободочной кишки T4N0M0, осложненной острой обтурационной толстокишечной непроходимостью. На 7-е сутки после проведенной операции у пациента диагностирована новая коронавирусная инфекция, был переведен из хирургического стационара в СПбГБУЗ «Городская Покровская больница». На 5-е сутки от начала вирусного заболевания и на 12-е сутки после операции появились признаки «цитокинового шторма», увеличился объем поражения легких с 6 до 50 %, росли явления дыхательной недостаточности. Больному назначена иммуносупрессивная терапия (высокие дозы глюкокортикоидов, блокаторы интерлейкинов). Состояние удалось стабилизировать. На 20-е сутки после операции и 13-е сутки от начала диагностики новой коронавирусной инфекции появились признаки перитонита, что потребовало выполнения лапароскопической санации и дренирования брюшной полости по поводу распространенного серозного перитонита без первичного очага. На 26-е сутки после гемиколэктомии и 19-е сутки от начала коронавирусной инфекции произведено внебрюшинное вскрытие забрюшинной флегмоны слева. На 61-е сутки после гемиколэктомии и 68-е сутки от начала коронавирусной инфекции – внебрюшинное вскрытие флегмоны забрюшинного пространства справа. На 78-е сутки – выписан из стационара в удовлетворительном состоянии.

Ответы на вопросы.

А. С. Прядко: 1. С чем связана причина возникновения псевдомембранозного колита?

– С применением антибактериальной терапии на всех этапах лечения и иммунодефицитом.

2. Пациенту проводилось многократно КТ-исследование, где виден плеврит.

– Выполняли пункцию – выпот серозный. Диагноз «Сепсис» мы ему не выставляли.

С. Я. Ивануса: Причина возникновения флегмоны слева?

– При выполнении гемиколэктомии справа – гематома, ее нагноение. Слева – возможно гематогенное распространение.

А. Е. Демко: Были ли клинические проявления псевдомембранозного колита?

– Жидкий стул по колостоме, лейкоцитоз и системная воспалительная реакция. Колоноскопия не проводилась.

Заключение. Профессор Г. М. Рутенбург (председатель): Поздравляю докладчиков и пациента с хорошим результатом.

3. Доклад представлен сотрудниками ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), ФГБУ «ФКЦ ВМТ ФМБА России», СПбГБУЗ «Клиническая больница Святителя Луки», МНОЦ МГУ им. М. В. Ломоносова, ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России, ФГБУ «ФНКЦ ФМБА России», НУЗ ДКБ РЖД города Нижний Новгород, ММЦ Банка России. Э. А. Галлямов, Р. Г. Биктимиров, С. В. Попов, Л. Н. Аминова, М. А. Агапов, В. П. Сергеев, А. Е. Санжаров, А. Д. Кочкин, А. Б. Новиков. **Лапароскопические мультидисциплинарные мультиорганные вмешательства.**

Цель доклада – показать, что одномоментные лапароскопические операции безопасны и оправданы при рациональном планировании этапов операции с учетом уровня сложности, подготовки хирурга и ассистентов, технологической обеспеченности и при должной интраоперационной эргономике.

В презентации авторы, представленные рядом дружественных, объединенных единой идеологией клиник, представляют свою философию в выполнении лапароскопических мультиорганных, мультидисциплинарных вмешательств. Совокупный опыт коллектива превышает 40 000 лапароскопических опе-

раций, из которых более 4000 сочетанных, комбинированных, расширенных, одномоментных. Единые подходы и идеология коллектива позволяют делать тактические и стратегические выводы, основанные на коллективном опыте, дающие и определяющие перспективы развития данного направления в эндохирургии. Выделены четыре группы проблем, ограничивающих выполнение лапароскопических одномоментных операций, предложены способы их решения. Представлены видеофрагменты мультидисциплинарных, мультиорганных лапароскопических вмешательств с систематизацией принципов, идеологии и философии подобных операций.

Резюмируя опыт, авторы заключают, что одномоментные лапароскопические операции безопасны и оправданы при рациональном планировании этапов операции с учетом уровня сложности, подготовки хирурга и ассистентов, технологической обеспеченности и при должной интраоперационной эргономике.

Прения

В. И. Кулагин: Мультидисциплинарный подход к лечению острого панкреатита – начинают с инфузионной терапии, а затем по этапам: секвестрэктомия, лапароскопическая санация и т. д. Очень интересный доклад.

Г. М. Рутенбург (председатель): Огромное спасибо за доклад. Несмотря на то, что симультанные операции выполнялись давно еще традиционными способами, таких объемов операции достаточно редки, так как симультанные вмешательства не оплачиваются по стандартным тарифам.

Поступил 17.05.2022 г.