

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

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

2563-е заседание 9 ноября 2022 г.

Председатель – профессор С. А. Шляпников

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А. М. Спирина, М. А. Протченков, А. В. Решетов, М. В. Антипова, А. Ю. Титовец, А. Ю. Литвинов, А. В. Елькин, Д. С. Русанов, Д. А. Свиридо (СПбГБУЗ «Городская больница № 26», ФГБОУ ВО «СЗГМУ им И. И. Мечникова», ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Случай успешного минимально-инвазивного лечения пищеводно-бронхиально-легочного свища, осложненного абсцессом легкого и сепсисом.**

Цель демонстрации – показать возможности многоэтапного внутрипросветного лечения пищеводно-бронхиально-легочного свища, осложненного сепсисом.

Больной Т., 58 лет, поступил 29.10.2021 г. в ГБ № 26 с жалобами на лихорадку до 39 °С, слабость, кашель с гнойной мокротой, невозможность перорального питания из-за возникающего кашля. С августа 2021 г. перенес многократные операции в лечебных учреждениях СПб по поводу пульсионного дивертикула нижнегрудного отдела пищевода, осложнившиеся нарушением целостности его стенки. По поводу данного осложнения оперировался повторно с выполнением ушивания стенки пищевода и пластики диафрагмальным лоскутом. Впоследствии диагностирована несостоятельность шва стенки пищевода, потребовавшая повторных оперативных вмешательств и стентирования пищевода.

При поступлении 29.10.2021 г. обследован в объеме МСКТ груди, шеи, ЭГДС, рентгеноконтрастных исследований. На 37 см от резцов выявлен дефект (наружное отверстие свища) правой боковой стенки пищевода 8×6 мм, который сообщался с бронхиальным деревом и полостью абсцесса в средней доле правого легкого. Лабораторно – лейкоцитоз $27,0 \times 10^9/\text{л}$, п/я – 28 %, креатинин – 180,2 мкмоль/л, мочевины – 12,6 ммоль/л. Уровень прокальцитонина 4,7 нг/мл. Верифицирован сепсис, начато ведение по протоколу «Сепсис-3». После стабилизации состояния в условиях ОРИТ 01.11.2021 г. выполнена еюностомия, перевязка абдоминального отдела пищевода абсорбируемым шовным материалом. Пищевод дренирован трансназально, начата активная аспирация. Комплексное лечение включало АБТ, противовоспалительную терапию, нутритивную поддержку. Сепсис купирован на 12 день. Пациент выписан на амбулаторный этап 28.12.2021 г. в удовлетворительном состоянии с формированием сухой остаточной полости абсцесса средней доли правого легкого.

Для 2 этапа лечения пациент поступил 15.02.2022 г. в удовлетворительном состоянии с прибавкой в весе около 5 кг (ИМТ=16,5 кг/м², исходный ИМТ 15,2 кг/м²), нормальными показателями анализов крови.

При МСКТ с пероральным контрастированием определялся пищеводно-бронхиальный свищ, полость абсцесса в

правом легком размерами 4×5 см овальной формы. На боковой стенке пищевода справа на 37 см от резцов определялось свищевое отверстие 6×7 мм с гнойно-слизистым отделяемым. На фоне АБТ и НПВС 20.02.2022 г. установлена внутрипросветная VAC-система, которая подвергалась замене каждые 3–4 суток. Одновременно при ФБС выполнена блокация клапаном Левина бронха, дренирующего абсцесс правого легкого. Энтеральное питание осуществлялось полностью через еюностому. Комплексное лечение на протяжении 45 дней с систематичной заменой внутрипросветной VAC-системы привело к уменьшению полости абсцесса до 1,5×2,0 см, диаметра свищевого хода боковой стенки пищевода справа до 2 мм.

Для следующего этапа лечения больной поступил 28.05.2022 г. Пациенту выполнена аргоно-плазменная коагуляция устья свищевого хода, которая привела к полной облитерации последнего и восстановлению перорального питания. Энтеростома удалена 10.07.2022 г. В настоящее время жалоб не предъявляет. Пероральное питание без ограничений по объему и консистенции. Прибавка в весе составила 15 кг. ИМТ 18,5 кг/м².

Ответы на вопросы.

Профессор К. В. Павелец: Не могли бы вы уточнить, какая операция была выполнена?

– Первая операция – резекция дивертикула пищевода лапароскопически, на 5-е сутки возникла несостоятельность швов. Затем операция – торакотомия – пластика диафрагмальным лоскутом, затем – стентирование. Но все операции были выполнены в других медицинских учреждениях.

Профессор Б. В. Сигуа: Рассматривался ли вариант эндоскопически ассистированной гастростомы?

– Нет.

А. О. Аветисян: Когда еюностому накладывали, была ли перевязка пищевода?

– Да.

А. О. Аветисян: Бронхоблокатор какой?

– Бронхоблокатор Левина.

Прения

Профессор А. В. Решетов: Как участник лечения данного больного, хочу отметить, что до первой операции была полная дисфагия. Операция была показана. Но потом возникли осложнения. Да, это бывает. Мы сейчас диафрагмальные лоскуты для ушивания пищевода не используем. После развития осложнений нам пришлось фактически возвращать пациента к жизни.

Профессор А. Л. Акопов: Нет у торакальных хирургов большого опыта по лечению свищей пищевода. Мы торакоскопически подобные операции не выполняем. Такой инвазивный подход не всегда приносит ожидаемые результаты. Возможно, торакальная большая операция, если бы пациент выдержал, была бы более результативна, но там могли возникнуть другие осложнения: кровотечение и т. д.

Профессор С. А. Шляпников (председатель): У пациента был очень низкий ИМТ, возможно, поэтому и решили выпол-

нять торакоскопическую операцию. Также хочу поздравить всех авторов и пациента с хорошим окончательным результатом, удачно справились с возникшими осложнениями.

2. *А. Е. Демко, В. М. Луфт, С. А. Шляпников, И. М. Батыршин, Д. В. Фомин, Ю. С. Остроумова* (ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»). **Применение тактики этапного лечения тяжелых форм открытого живота.**

Цель доклада – оценить современные преимущества длительной нутриционной терапии, позволяющей выполнять реконструктивные оперативные вмешательства отсроченно на фоне удовлетворительного адгезиолизиса с хорошими функциональными показателями.

Открытый живот (open abdomen, OA) – это состояние, характеризующееся потерей целостности передней брюшной стенки, которое является грозным осложнением с высокой долей летальных исходов. Тяжелые формы открытого живота характеризуются наличием дефекта в стенке полого органа на фоне контаминированной, образующейся или уже сформированной лапаростомы. По классификации М. Вjörck – 2016 это 2с и 4 тип открытого живота соответственно.

Проведено проспективное исследование результатов этапного хирургического лечения 21 больного, у которых исходом третичного перитонита и абдоминального сепсиса явились тяжелые формы открытого живота. На 1 этапе лечения больных с OA-2с (11 больных) после короткой предоперационной подготовки выполнялась резекция анастомоза с выведением проксимальной энтеростомы. В случае технической возможности выводилась и дистальная часть кишки в виде концевой стомы для последующего комбинированного питания. У пациентов с 4 типом OA (10 больных) перед операцией обязательно выполнялась фистулография всех свищей, открывающихся в лапаростому с целью поиска проксимального и дистального. На 1 этапе выполняли пересечение тонкой кишки проксимальнее первого свища и формировали превентивную концевую энтеростому в стороне от лапаростомы. Отделяемое из проксимальной энтеростомы собирали и вводили в дистальный свищ через катетер Фолея.

2 (реконструктивный) этап в обеих группах выполняли не ранее чем через 3 месяца от момента последней операции.

Таким образом, применение данной тактики позволило снизить летальность у данной категории больных до 19 % за счет быстрого и эффективного контроля источника инфекции, что дало возможность в кратчайшие сроки купировать тяжелый сепсис.

Ответы на вопросы

А. О. Аветисян: Каким образом происходит финансирование?

– Оно проходит по тарифам сепсиса (1,5–2 млн руб.).

Профессор А. В. Хохлов: Почему две стомы, нельзя ли было наложить петлевую стому?

– Легче выполнять реинфузию и уход.

Профессор Б. В. Сигуа: Как вы считаете, такие пациенты могут лечиться в любом стационаре или в профильных стационарах?

– За рубежом пишут, что могут лечиться в многопрофильном стационаре. Мы выезжаем, консультируем и берем на финальный этап операции.

Профессор Д. И. Василевский: Какой результат оперированных 4 пациентов с болезнью Крона?

– Всех выписали.

Прения

Профессор С. А. Шляпников (председатель): Я являюсь соавтором этого доклада. С данной проблемой столкнулся еще в конце 1980-х гг. Необходимо закрывать брюшную

полость только сертифицированными пленками. Сегодня, к сожалению, у нас нет соответствующего подхода и единой классификации. И мы единственный город, где есть гнойный септический центр. Благодаря этому мы стараемся обучать докторов и получать неплохие результаты. Спасибо большое за прекрасный доклад.

3. *Д. В. Фомин, А. Е. Демко, В. М. Луфт, И. М. Батыршин, Г. А. Пичугина* (ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»). **Успешное лечение пациента с тяжелой формой открытого живота.**

Цель демонстрации – представить случай сложного лечения пациента с тяжелыми формами открытого живота, требующего мультидисциплинарного подхода.

Пациент Р, 34 лет, поступил в отделение реанимации НИИ СП 09.06.2021 г. переводом из лечебного учреждения Ленинградской области для продолжения лечения с диагнозом «Острая странгуляционная тонкокишечная непроходимость с некрозом большого участка тонкой кишки. Состояние после оперативных вмешательств на органах брюшной полости. Множественные несформированные тонкокишечные свищи. СД-1 типа, декомпенсация».

08.04.2021 г. по поводу странгуляционной тонкокишечной непроходимости в экстренном порядке выполнена операция в объеме: лапаротомия, энтеролиз, резекция поврежденной тонкой кишки, санация и дренирование брюшной полости. Спустя сутки выполнено этапное оперативное вмешательство в объеме: релапаротомия, илеотрансверзоанастомоз. Послеоперационный период осложнился перфорациями острых язв тонкой кишки, несостоятельностью швов анастомозов, а также внутрибрюшным кровотечением и разлитым перитонитом, клиникой тяжелого сепсиса. Это потребовало выполнения нескольких срочных оперативных вмешательств, что привело к нагноению лапаротомной раны и образованию обширной лапаростомы, в которую открывались множественные свищи (открытый живот, тип 4 по Бьерку). Пациента перевели в городской центр по лечению тяжелого сепсиса НИИ СП.

Местный статус: на передней брюшной стенке имеется обширная рана (лапаростома) продольного направления, размерами 25,0×10,0 см. В нижней ее половине определяются множественные тонкокишечные свищи с обильным поступлением химуса.

10.06.2019 г. (2-е сутки) выполнено оперативное вмешательство, направленное на разобщение петель кишки, несущих свищи и формирования проксимальной концевой управляемой энтеростомы. После получения одиночного управляемого свища вне области лапаростомы и проведения интенсивного лечения пациента в условиях отделения реанимации состояние пациента стабилизировано, компенсирован по органам и системам и переведен на хирургическое отделение на 5-е сутки. На фоне проводимого местного лечения рана передней брюшной стенки очистилась, активно гранулировалась. 24.06.2022 г. (15-е сутки лечения в НИИ СП) выполнена свободная аутодермопластика. Послеоперационный период протекал без осложнений, кожный лоскут прижился и на передней брюшной стенке сформировались множественные слизистые (отключенной петли) тонкокишечные свищи.

20.08.2021 г. (на 86-е сутки) выполнена операция в объеме: лапаротомия, резекция тонкой кишки, несущей свищи. Восстановление непрерывности желудочно-кишечного тракта.

Ответы на вопросы

Профессор Б. В. Сигуа: В какие сроки была выполнена реконструктивная операция?

– На 76-е сутки.

Профессор Б. В. Сигуа: Какая была первая операция?

– Пластика вентральной грыжи больших размеров в плановом порядке.

Прения

Профессор Б. В. Сигуа: Хорошая традиция, когда на Пироговском обществе присутствуют хирурги всех этапов лечения. Пациент был с тяжелой декомпенсированной вентральной грыжей. Возможность ухода за подобным пациентом, и экономическая составляющая имеет немаловажную роль. Хочу всех поблагодарить за хороший конечный результат.

Профессор С. А. Шляпников (председатель): Хорошая иллюстрация предыдущего доклада. Показана целесообразность этапного лечения. Таких пациентов необходимо периодически выписывать на амбулаторное лечение, и тогда они окончательной восстановительной операции смогут ждать 200 дней, а не 3 месяца. Необходимо формулировать протоколы, и чтобы все старались их придерживаться.

Поступил 21.11.2022 г.

2564-е заседание 23 ноября 2022 г.

Председатель – профессор А. В. Гостимский

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А. А. Дмитриев, М. А. Атюков, О. В. Новикова (СПб ГБУЗ «ГМПБ № 2»). **Успешный опыт лечения тяжелого осложнения после профилактической двусторонней мастэктомии с одномоментной реконструкцией.**

Цель демонстрации – представить вариант тяжелого осложнения плановой пластической операции на молочных железах и способ их устранения.

Пациентка Н., 38 лет, в октябре 2018 г. перенесла профилактическую мастэктомию с одномоментной установкой силиконовых имплантатов в частной клинике. В раннем послеоперационном периоде развилась картина обширного некроза кожи и мягких тканей левой молочной железы и 100 % ареолы с этой же стороны. Обратилась за помощью СПб ГБУЗ «ГМПБ № 2», 20.11.2018 г. была госпитализирована в отделение торакальной хирургии. После дообследования 21.11.2018 г. пациентке выполнено удаление имплантата слева, некрэктомия сосково-ареолярного комплекса с мягкими тканями молочной железы, иссечение капсулы и фиброзных тканей, дренирование кармана. Заживление раны и восстановление мягких тканей проходило в течение 11 месяцев. 2-м этапом в сентябре 2019 г. установлен тканевой расширитель (экспансер) 550 мл Mentog и порционно за 4 раза увеличен до нужного объема. 3-м этапом в декабре 2019 г. произведена замена экспандера на постоянный эндопротез слева Polytech MXS 500 мл и переустановлен имплантат на такой же справа. Еще через 4 месяца в апреле–июне 2020 г. восстановлен сосково-ареолярный комплекс путем локального кожного лоскута и татуажа ареолы. В результате этапного лечения тяжелого осложнения двусторонней профилактической мастэктомии мы добились стойкого, хорошего эстетического и функционального результата. У пациентки полностью восстановлены форма и объем молочной железы, реконструирован из местных тканей сосково-ареолярный комплекс. Устранено нарушение подвижности руки.

Ответы на вопросы

Профессор А. В. Гостимский (председатель): Какие были показания для профилактической двусторонней мастэктомии?

– Генетические, морфологические – атипичная протоковая гиперплазия и желание пациентки.

А. И. Коваленко: Нарушение функции руки. Патогенез и как с этим боролись?

– Контрактура и выраженная деформация возникли после второй операции. Убрали рубцовую деформацию+ блокады+ЛФК.

Профессор В. И. Кулагин: Вы иссекли некротические ткани и сразу наложили швы?

– Всегда, когда удаляем имплант зашиваем наглухо и оставляем дренажи.

Профессор В. И. Кулагин: Где взяли ареолу с соском?

– С противоположной стороны.

Профессор В. И. Кулагин: Что вызвало такое осложнение.

– В бригаде были 2 специалиста: онколог и пластический хирург. Недостаточное количество опыта привело к такому осложнению.

Прения

Профессор А. В. Гостимский (председатель): Основным показанием к профилактической двусторонней мастэктомии является наличие генетической мутации. Операция выполнена очевидно не по показаниям, что и привело к осложнению. Авторам, которым удалось устранить данное осложнение, большое спасибо и благодарность за хорошие результаты.

2. М. А. Атюков, А. С. Петров, А. А. Скороход, И. Ю. Земцова, О. В. Новикова, С. А. Мищеряков, М. С. Мартынихина, О. А. Жемчугова-Зеленова, П. К. Яблонский (СПб ГБУЗ «ГМПБ № 2»). **Опыт выполнения одномоментной видеоассистированной медиастинальной лимфаденэктомии и видеоторакоскопической бронхопластической лобэктомии при центральном раке левого легкого – минимальная травматичность в сочетании с максимальной радикальностью.**

Цель демонстрации – представить возможность и преимущества одномоментного выполнения ВАМЛА и ВТС бронхопластической лобэктомии в качестве хирургического этапа лечения пациентов с центральным НМРЛ левого легкого.

Пациент Н., 56 лет, госпитализирован в отделение торакальной хирургии СПб ГБУЗ «ГМПБ № 2» 14.04.2021 г. с жалобами на кашель с небольшим количеством слизистой мокроты. Стаж курения 60 пачка/лет. Амбулаторно по данным бронхоскопии заподозрен рак левого легкого. По результатам комплексного обследования в клинике гистологически верифицирован центральный немелкоклеточный рак (НМРЛ) нижнедолевого бронха левого легкого с переходом на междолевую шпору и дистальный отдел левого главного бронха (ЛГБ) без убедительных признаков метастатического поражения лимфатических узлов средостения, органов грудной, брюшной полости и головного мозга. При комплексном функциональном обследовании абсолютных противопоказаний к операции выявлено не было, индекс Чарльсона (CCI) – 2. 21.04.2021 г. больному выполнена одномоментная видеоассистированная медиастинальная лимфаденэктомия (ВАМЛА) и видеоторакоскопическая (ВТС) расширенная бронхопластическая нижняя лобэктомия слева. Продолжительность ВАМЛА составила 65 минут. Суммарно удалено 23 лимфатических узла (2R – 3, 4R – 7, 7 гр. – 6, 2L – 2, 4L – 5). При срочном гистологическом исследовании лимфатические узлы 4R и 7 группы – без элементов опухоли. Во время ВТС этапа выполнена лимфодиссекция с удалением лимфатических узлов 5, 6, 8, 9, 10 и 11 групп. Последовательно выделены и пересечены нижняя легочная вена, артерия VI сегмента и артерия базальной пирамиды. Выполнена циркулярная резекция ЛГБ и ЛВДБ. Между ними сформирован непрерывный циркулярный анастомоз монофиламентной нитью пролен 3–0. Объем кровопотери 200 мл. Общее время операции – 255 минут. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан на 10-е сутки послеоперационного периода в удовлетворительном состоянии. По результатам планового гистологического исследования подтвержден плоскоклеточный рак

без элементов опухоли в краях резекции бронхов. Изучен 31 медиастинальный лимфоузел (23 – материал ВАМЛИА, 8 – ВТС), а также внутрилегочные лимфоузлы – без признаков метастатического поражения; pT2N0M0 (Ib стадия), R0. При контрольном обследовании через год после операции признаков рецидива и/или прогрессирования заболевания не выявлено.

Ответы на вопросы

Профессор А. В. Решетов: Как вы ведете таких пациентов до и после операции?

– До операции полное обследование+КТ+ПЭТ-КТ+медиастиноскопия, при операции от края опухоли отступаем 5–8 мм. После операции остается под динамическим наблюдением и, если есть необходимость, назначаем химио- или рентгенотерапию.

Профессор А. В. Гостимский: Как изменилась бы тактика, если бы определили наличие mts?

– Такая радикальная операция не выполнялась. Стараемся придерживаться академического стадирования и только после этого принимаем решение об операции.

Профессор А. В. Гостимский: Проводилось ли иммунологическое исследование у пациента?

– У нас нет подобной лаборатории, но мы обязательно отправляем препараты на подобное исследование.

А. А. Ильин: Учитывая отсутствие признаков лимфоаденопатии контралатеральных лимфоузлов, какова частота гистологического подтверждения вовлечения в опухолевый процесс этих лимфоузлов?

– 5–7 %.

А. А. Ильин: Дренаж когда убираете?

– Дренаж всегда стараемся убирать на 2–3-и сутки при отсутствии отделяемого.

Прения

А. В. Решетов: Показания для бронхопластической операции при нижнедолевом расположении опухоли чрезвычайно редки, чаще слева. В данной демонстрации – справа. Хочется поздравить авторов с хорошим результатом. Назначение лучевой терапии при бронхопластической операции считается оправданным. Особенно, если технически не удается полностью радикально убрать опухоль, тогда есть показания к адьювантной лучевой терапии. Еще раз хочется поздравить авторов с замечательным результатом.

Профессор А. В. Гостимский: А. В. Решетов достаточно подробно выступил с прениями. Мне остается только еще раз поздравить авторов и пациента с великолепным результатом.

З. А. А. Кашищев, В. Ю. Пруцкий, Н. Ю. Коханенко, А. А. Завражнов, И. А. Соловьев, К. В. Медведев, О. Г. Вавилова, Л. Г. Шенгелия, Э. Б. Кутумов, А. С. Надеева (СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Профилактика гнойных осложнений острого панкреатита.**

Цель доклада – Улучшить результаты лечения острого панкреатита путем применения специального зонда.

Введение. Аутолитическое воспаление при остром панкреатите сопровождается нарушением ряда физиологических процессов: продолжающаяся гуморальная стимуляция экзокринной функции поджелудочной железы, парез тонкой и двенадцатиперстной кишки, нарушение оттока панкреатического сока, желчи и рефлюкс как кислот, так и кишечного содержимого в вирусного протока, миграция и транслокация микрофлоры. Совокупность этих процессов приводит к неконтролируемому воспалительному процессу, а отсутствие специфических лечебных мер приводит к высокой доле осложнений и высокому уровню летальности.

Методы и материалы. Был разработан новый метод лечения острого панкреатита на основании ориги-

нального зонда «Изикат». Принцип основан на изолировании области двенадцатиперстной кишки вокруг большого дуоденального сосочка и создании в нем физиологического отрицательного давления, введения в эту область противовоспалительных препаратов, а также для проведения регионарной гипотермии. С 2020 г. по 2022 г. проводится открытое рандомизированное проспективное многоцентровое исследование. В группу было включено 11 стационаров из 7 городов РФ. В протокол включались среднетяжелые и тяжелые формы острого билиарного (без показаний для проведения ЭПСТ) и алиментарно-алкогольного панкреатита. Степень тяжести оценивали по шкалам CTSI, BISAP, RANSON. В 1 группу были включены больные, получавшие стандартную терапию с применением зонда, 2 группа получала исключительно стандартную терапию согласно клиническим рекомендациям Российского общества хирургов 2015 г. Период наблюдения продолжался до окончания клинического случая и включало 5 обязательных визитов и заключительный. Оценивались следующие параметры: частота инфекционных осложнений, частота хирургических вмешательств, летальность, длительность пребывания в отделении интенсивной терапии и в стационаре, а также стоимость лечения.

Результаты. В результате исследовано 122 больных со среднетяжелой и тяжелой формами острого панкреатита, 34 – исключены из исследования как несоответствующие критериям. Все пациенты равномерно распределены по этиологии, полу, возрасту и массово-ростовому индексу. В результате проведенного анализа получено, что частота инфекционных осложнений снизилась с 21,6 % до 5,0 % ($p=0,030$). Летальность с 8,11 до 2,5 % ($p=0,267$). Частота хирургических операций в группе с катетером составила 5,0 %, а в контрольной – 21,62 % ($p=0,030$). Среднее время пребывания в отделении интенсивной терапии в группе с катетером – 3,23, в контрольной – 4,08 ($p=0,517$) дней. Койкодень составил для 1 группы – 13,65, во 2 – 17,81 ($p=0,276$) дней. Анализ экономической эффективности по одному клиническому центру показал, что стоимость лечения в группе 1 в среднем на 18,3 тыс. рублей была меньше.

Заключение. Проводимое исследование показало, что применение нового метода лечения в самом начале заболевания играет важное значение в «разрушении» патологического круга аутолитического воспаления. Предложенный комплекс лечебных мер позволяет в большинстве случаев улучшить течение заболевания в сторону уменьшения частоты инфекционных осложнений и количества хирургических вмешательств в 4 раза и как следствие снизить летальность в 3 раза. Исследование продемонстрировало как безопасность, так и эффективность предложенного метода лечения.

Ответы на вопросы

Профессор Б. И. Мирошников: Что я должен сделать пациенту острым панкреатитом после вашего доклада?

– Устанавливаем зонд в двенадцатиперстную кишку, локально создаем гипотермию и проводим непосредственно инфузионную терапию.

Прения

Профессор В. И. Кулагин: Своим докладом не убедили. Я выступаю, учитывая свою длительную работу в панкреатическом центре. Панкреатит – это заболевание фазное. И в каждой фазе пациент может чувствовать себя по-разному. Период гнойно-септических осложнений начинается с 14 суток. А вы говорите о положительном результате на 12 суток. Гнойно-септические осложнения еще не возникли, а вы их уже вылечили. Новое нужно приветствовать, но его нужно докладывать так, чтобы было понятно все тем, кто этой проблемой занимается.

Профессор А. В. Гостимский (председатель): Тяжелый панкреатит – это серьезная проблема, но 12 дней его лечения – это не очень серьезно. Надо работать над новыми методиками. В заключение хочу поблагодарить всех докладчиков, принимавших участие в наших дискуссиях.

Поступил 10.01.2023 г.

2566-е заседание 28 декабря 2022 г.

Председатель – профессор А. Л. Акопов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А. В. Решетов, А. Ю. Литвинов, М. А. Протченков, Д. Н. Ганенко, А. А. Петросян, О. В. Осипцов, А. В. Елькин (СПб ГБУЗ «Городская больница № 26», ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова», ФГБОУ ВО «СПбГПМУ»). **Случай успешного лечения декомпенсированного стеноза трахеи у ВИЧ-инфицированного больного.**

Цель демонстрации – показать возможности лечения ВИЧ-инфицированного больного с тяжелым стенозом трахеи в условиях многопрофильной больницы.

Больной С., 21 г., поступил в ГБ № 26 23.05.2022 г. в экстренном порядке с диагнозом «Острая дыхательная недостаточность, бронхиальная астма?». При поступлении состояние тяжелое: вынужденное положение сидя, стридорозное дыхание с частотой до 30 в минуту, умеренный цианоз губ. Из анамнеза удалось выяснить, что 5 недель назад лечился в одном из стационаров города по поводу острой интоксикации, где находился 4 суток на искусственной вентиляции легких. При поступлении больному выполнена КТ, визуализировавшее декомпенсированный стеноз трахеи (3 ст. по Шафировскому) протяженностью 2,5 см на расстоянии 1 см от перстневидного хряща. В экстренном порядке выполнено бужирование трахеи тубусами ригидного бронхоскопа Storz от № 6 до № 12. Явления ДН полностью купированы, просвет трахеи восстановлен, переведен в хирургическое отделение. По данным анамнеза, дополнительного обследования выявлено, что у больного ВИЧ-инфекция 46 ст., на АРВТ 2019 г., содержание CD4 – 150 cell/mcl. Выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдением хирурга и врача-инфекциониста по месту жительства на 8-е сутки. Получал антиретровирусную терапию саквинавиром. Назначен бисептол и азитромицин.

Повторное поступление 25.06.2022 г. в связи с рецидивом ДН II ст. При ФБС и МСКТ выявлен рецидив стеноза трахеи. На фоне получаемой АРВТ содержание CD4 достигло 245 cell/mcl. В связи с рецидивом стеноза, сопровождающегося ДН II–III ст. при достижении уровня CD4 245 cell/mcl, отсутствии вирусной нагрузки, принято решение о выполнении радикальной операции. После 10-дневной подготовки, включающей иммуностимулирующую терапию реамберинем и реафероном, 05.07.2022 г. была выполнена из шейного доступа операция в объеме циркулярной резекции измененного участка трахеи протяженностью 2,5 см (5 полуколец). Послеоперационное течение без особенностей, выписан на 12-е сутки после операции. В настоящее время здоров, жалоб не предъявляет. По данным контрольного обследования данных за рецидив стеноза не получено. **Цель демонстрации** – показать возможности лечения ВИЧ-инфицированного больного с тяжелым стенозом трахеи в условиях многопрофильной больницы.

Ответы на вопросы

М. А. Атюков: Как вы полагаете, после последней операции не будет вновь осложнений, связанных с диафрагмальной грыжей?

– Сложно ответить, но будем надеяться, что не будет.

Профессор А. Л. Акопов: Дивертикул сформировался, а раньше он был?

– Не исключая, но достоверно нам выяснить не удалось.

Профессор К. Н. Мовчан: В ГКБ № 31 гастроэнтерологи принимали участие в показаниях к операции?

– Это было около 10 лет назад, и нам выяснить не удалось.

Профессор К. Н. Мовчан: После первой операции сколько лет позитивный период?

– 3 года.

Профессор К. Н. Мовчан: А после 2-й сколько времени она страдает?

– 7 лет.

Профессор К. Н. Мовчан: Как к этому отнеслась страховая компания?

– Потребовали истории болезни на контроль, но удалось оплату за последнюю операцию получить полностью.

Профессор К. Н. Мовчан: В ГБ № 26 после первой операции сколько прошло дней перед последующей?

– 11 дней.

Прения

Профессор Д. И. Василевский: 3 операции выполнял я с коллегами. Дивертикул операционный в связи с развитием спаянного процесса. Пришлось выполнить мобилизацию желудка; ранее, вероятно, были повреждены блуждающие нервы, а затем, очевидно, развился парез и некроз стенки желудка. Замечательно, что она поправилась. Спасибо всем.

М. А. Атюков: Хочется поздравить коллектив с таким хорошим результатом у столь сложной пациентки.

Профессор А. Л. Акопов: Хорошо, что она осталась жива. Я сомневаюсь, что все было хорошо выполнено при первой операции. Возможно, все-таки была травма нервов или сосудов. Результат лечения, несомненно, отличный.

2. Ю. Ф. Юхимик, А. В. Решетов, М. А. Протченков, А. Ю. Литвинов, А. В. Рыбас, Д. И. Василевский, С. Ю. Дворецкий (СПб ГБУЗ «Городская больница № 26», ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова», ФГБОУ ВО «ЛСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова»). **Этапное лечение рецидивной диафрагмальной грыжи, осложненной эмпиемой плевры, медиастинитом, сепсисом.**

Цель демонстрации – показать возможности этапного лечения больной с осложненной рецидивной диафрагмальной грыжей.

Больная К., 51 г., в 2012 г. перенесла лапароскопическую фундопликацию по Ниссену по поводу СГПОД с ГЭРБ. В 2015 г., в связи с миграцией антирефлюксной манжеты и поперечно-ободочной кишки в заднее средостение выполнены низведение поперечно-ободочной кишки в брюшную полость, лапароскопическая фундопликация по Дору на 180°, передняя крурорафия. В ноябре 2021 г. больная госпитализирована в НИИ хирургии и неотложной медицины с жалобами на тошноту и рвоту после приема пищи. При обследовании у больной диагностирован эпифренальный дивертикул пищевода слева. 14.03.2022 г. в 2 этапа выполнены: лапароскопия (рецидива ГПОД не выявлено), снятие фундопликационной манжеты, мобилизация абдоминального отдела пищевода; левосторонняя торакотомия, резекция дивертикула пищевода с укрытием швов фундопликационной манжетой. 22.04.2022 г. больная была экстренно госпитализирована в СОСМП с клинической картиной перфорации полого органа (при КТ выявлен левосторонний гидропневмоторакс, расширение фундопликационной манжеты с вероятной ее перфорацией). Выполнена операция: 1) диагностическая лапароскопия (при которой выявлены наложения соляно-кислого гематина на петлях тонкой кишки в подпеченочном пространстве, желудочное содержимое в брюшной полости)

санация и дренирование брюшной полости; 2) левосторонняя торакотомия (выявлена странгуляционная борозда на желудке с порфорационным отверстием, желудочное содержимое в плевральной полости), санация плевральной полости, ушивание перфорации. Выписана в удовлетворительном состоянии после 2 эпизодов кровотечения из линии швов желудка.

14.07.2022 г. больная в экстренном порядке поступила в ГБ № 26 с диагнозом направления «ИБС. ОКС? без подъема сегмента ST. Острый живот» после эпизода переедания. Состояние тяжелое, налицо признаки септического шока. Рентгенологически определяется в левой плевральной полости желудок, пневмомедиастинум и пневмогидроторакс. Заподозрено ущемление диафрагмальной грыжи с развитием перфорации стенки желудка, пиопневмоторакса, медиастинита, септического шока. После краткой подготовки в ОРИТ выполнена торакофренолапаротомия слева в 7 м/р. Интраоперационно обнаружены явления медиастинита и эмпиемы плевры с наличием пищевых масс в ней. Желудок в виде «песочных часов», тело и дно его спаяны с нижней долей легкого. Участок некроза стенки желудка с перфоративным отверстием 4×6 см переходит на кортикальные отделы базальной поверхности нижней доли легкого, где имеются множественные бронхиолоальвеолярные свищи.

Учитывая крайне тяжелое состояние больной, требующее инотропной поддержки, объем операции сведен к необходимому минимуму: санация плевральной полости и средостения, ушивание просвета пищевода викрилом и наложение гастростомы в антральном отделе желудка, расположенном в брюшной полости. Дефект желудка ушит, бронхиолоальвеолярные свищи не ушивались. Операция закончена дренированием средостения и плевральной полости, ушиванием диафрагмы с оставлением дренажа в брюшной полости.

В послеоперационном периоде проводились санация и активная аспирация по дренажам, стоящим в средостении и плевральной полости, питание больной через гастростому. Вместе с симптоматическим лечением и массивной антибактериальной терапией это позволило вывести пациентку из септического шока и, несмотря на развитие несостоятельности шва стенки желудка на 12-е сутки после операции, нормализовать клинико-лабораторные показатели.

Улучшение состояния больной позволило провести 2 этап оперативного лечения. Выполнена реторакофренолапаротомия с резекцией 7 и 8 ребер, мобилизация желудка и легкого с декортикацией последнего. Далее выполнена атипичная резекция измененных участков нижней доли легкого и продольная резекция желудка с измененным участком и гастротомическим отверстием, наложена петлевая еюностома. Низведение пищеводно-желудочного перехода в брюшную полость не производилось. Последующее комплексное лечение с питанием через еюностому позволило окончательно стабилизировать состояние больной, восстановить пассаж пищи по пищеводу. Все вышеуказанное, несмотря на заживление раны грудной стенки вторичным натяжением и необходимость лечения острых язв желудка, позволило удалить еюностому и выписать пациентку на амбулаторное лечение. В настоящее время энтеральное питание без ограничений. Симптомов ГПОД не отмечено.

Ответы на вопросы

М. А. Атюков: Перед операцией посевы выполнялись?

– Посев выполнялся.

М. А. Атюков: Какая была флора?

– Синегнойной палочки и внутрибольничной инфекции у нее не было. Какая была точно, не помню.

М. А. Атюков: Какие нитки используете и как шьете анастомоз?

– Шью как представлено в большинстве источников. Нити викрил 000, а на заднюю стенку – проленом.

Профессор А. Л. Акопов (председатель): После первой операции прошло сколько времени?

– 2,5 месяца.

Профессор А. Л. Акопов: Есть мнение, что необходимо созревание рубца. Как вы к этому относитесь?

– Если при бронхоскопии нет воспалительных данных, оперировать необходимо как можно быстрее.

Профессор А. Л. Акопов (председатель): Были ли у вас осложнения после бужирования?

– Да, были, но в пределах допустимого.

Прения

Профессор М. А. Протченков: Наша команда позволила себе применять многоэтапность, и это дало хорошие результаты. Во 2-м случае пациенту позволили подготовиться с лечением сопутствующего и фонового заболевания.

Профессор А. Л. Акопов (председатель): Очень радует, что в обычной городской больнице проводят высокотехнологичные операции. Поздравляю вас с хорошей организацией и замечательными результатами.

З. А. В. Елькин, Т. С. Басек, Г. М. Бояркин, П. М. Ионов, А. В. Реиетов, Д. В. Алказ, Т. В. Трунина (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова», СПб ГУЗ «Городская больница № 26», СПб ГУЗ «Городская Покровская больница»). **Торакальная хирургия у больных ВИЧ-инфекцией.**

Цель доклада – показать, что в основе уменьшения частоты послеоперационных осложнений и летальности лежит соблюдение пациентами медицинских рекомендаций, проведение АРВТ, отсутствие к моменту операции вирусной нагрузки и компенсация хронических вирусных гепатитов.

В докладе представлен опыт выполнения торакальных операций 328 пациентам с различными стадиями ВИЧ-инфекции. 56 больным произведены диагностические операции с целью верификации диагноза, 273 пациентам произведены лечебные вмешательства: 148 по поводу туберкулеза легких, 89 в связи с нагноительными заболеваниями легких и плевры, 26 по поводу рака легкого, 5 пациентам по поводу микотических поражений и 4 в связи с рубцовым стенозом трахеи. Проведен анализ послеоперационного течения в описанных группах пациентов в зависимости от предоперационного уровня CD4+-лимфоцитов, вирусной нагрузки и антиретровирусной терапии. Сделан акцент на необходимости предоперационной подготовки этих пациентов с учетом состояния иммунного статуса, необходимости его коррекции и высокой частоты сопутствующих хронических вирусных гепатитов. Обсуждены особенности течения послеоперационных осложнений в различных группах больных. Отмечено, что наиболее тяжелое послеоперационное течение было у пациентов с острыми нагноительными заболеваниями легких и плевры. Уровень послеоперационной летальности в таких случаях был максимальным и достиг 20 %. В группах, оперированных по поводу туберкулеза и рака легкого, послеоперационная летальность составила 3,1 и 3,2 % соответственно. Отмечено, что в основе уменьшения частоты послеоперационных осложнений и летальности лежит соблюдение пациентами медицинских рекомендаций, проведение АРВТ, отсутствие к моменту операции вирусной нагрузки и компенсация хронических вирусных гепатитов.

Ответы на вопросы

Профессор Н. А. Бубнова: В НИИ фтизиопульмонологии оказывают помощь с ВИЧ?

– Мы этим стали заниматься значительно раньше, но кому-то оказывают.

Профессор К. Н. Мовчан: Какая главная проблема у этих пациентов?

– Их желание и настрой на операцию, которые позволяют пациентам отказаться от каких-то негативных привычек.

Профессор К. Н. Мовчан: Какое соотношение традиционных доступов и торокоскопических?

– У нас определяется наличием сшивающих аппаратов и кассет. У больных с туберкулезом операции традиционные – 90 %; диагностические – торокоскопические.

Профессор А. Л. Акопов (председатель): Почему количество инфицированных больных больше в области, а не в Санкт-Петербурге?

– Очевидно, в области выше % асоциальных пациентов. На данном этапе пациенты с ВИЧ-инфекцией могут получать хорошую антивирусную терапию, что хорошо нормализует их состояние. Но, к сожалению, они не всегда соглашаются ее принимать.

Профессор А. Л. Акопов: Какое количество сотрудников у вас заразилось?

– У нас не было заражения сотрудников. Используем двойные перчатки, не применяем острые крючки и т. д. Стараемся соблюдать все правила защиты и техники безопасности.

Прения

Профессор К. Н. Мовчан: Вызывает восхищение доклад, собран уникальный материал, в частности по Ленинградской области.

Профессор А. Л. Акопов (председатель): Этические моменты требуют обсуждения. Но у нас нет собственного опыта, чтобы участвовать в обсуждении. Это уникальный опыт авторов. Удачи вам.

Поступил 10.01.2023 г.