

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

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

2567-е заседание 11 января 2023 г.

Председатель – профессор А. В. Гостимский

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А. Ю. Навматуля, Б. И. Мирошников, А. Е. Царегородцев, Ф. Р. Альмухаметова, А. И. Кузнецов, С. А. Савчук, К. И. Королева, В. В. Егоренков, В. М. Моисеенко (СПб ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)»). **Возможность формирования желудочного трансплантата для эзофагопластики на правой желудочной артерии.**

Цель демонстрации – показать новый вариант решения проблемы желудочного трансплантата для эзофагопластики в сложной клинической ситуации.

При типичных клинических ситуациях в качестве пластического материала для эзофагопластики предпочтение отдается желудочному трансплантату из-за большой его кривизны на правой желудочно-сальниковой артерии. Создание трансплантата на левой желудочно-сальниковой артерии имеет лишь историческое значение. Правая желудочная артерия не рассматривается как потенциально значимый сосуд, на котором возможно формирование желудочного трансплантата.

При нестандартных ситуациях выбор трансплантата носит индивидуальный характер (желудок, тонкая, толстая кишка) и определяется особенностями строения сосудистой системы органа и арсеналом владения хирургом пластическим материалом.

Одной из больных при нестандартной ситуации пластика пищевода была выполнена желудочным трансплантатом на правой желудочной артерии. В доступной нам литературе мы не встретили описания подобного случая. Приводим наше наблюдение.

У больной С., 74 лет (рост – 158 см, вес 48 кг), имелся плоскоклеточный рак ретроперикардального сегмента пищевода сT₂N₀M₀. В прошлом (5 лет назад) перенесла лапароскопическим доступом правостороннюю гемиколэктомию по поводу рака восходящего отдела ободочной кишки.

Решено произвести резекцию пищевода с внутригрудной эзофагогастропластикой. Операция предпринята 29.09.2022 г. При мобилизации желудка обнаружено, что основной ствол правой желудочно-сальниковой артерии на уровне нижнего края 12 п. к. перевязан (клипирован). Таким образом, построение желудочного трансплантата на правой желудочно-сальниковой артерии оказалось невозможным. Кроме того, сосудистая дуга в точке Готема прервана на протяжении 3–4 см. Использование левой половины ободочной кишки неприемлемо после ранее перенесенной правосторонней гемиколэктомии. Единственно возможным материалом для пластики пищевода оставалась тонкая кишка. Однако после мобилизации желудка, перевязки a.gastro-epiploica sinistra, a.a. gastricae breves et a.gastrica sinistra выяснилось, что кровоснабжение

его не претерпело существенной отрицательной динамики. По-видимому, произошла компенсаторная гипертензия в системе сосудов малой кривизны желудка, включающей в себя бассейны правой и левой желудочных артерий и вен. Сосудистая дуга по малой кривизне была нетипично четко выраженной на всем протяжении. Наполняемость сосудистого коллектора А₁ в зоне проксимального отдела желудка была вполне достаточной; венозный стаз отсутствовал. Для большей убедительности в достаточности кровоснабжения проксимального отдела желудка произведена диагностическая циркулярная резекция участка дна желудка. По двум сосудам передней и задней стенок желудка в рану поступала артериальная кровь. Убедившись в достаточном кровоснабжении желудка, мы сочли возможным формирование из него трансплантата. Произведена экономная резекция малой кривизны кардиального отдела желудка с первой группой лимфатических узлов, ориентируясь при этом на непереносимое сохранение А₁ и ее ветви А_{1-а}. Правосторонняя торакотомия. Резекция пищевода на уровне трахеального сегмента. Трансплантат перемещен в грудную полость и сформирован инвагинационный пищеводно-желудочный анастомоз в куполе плевры. Длительность операции 2 ч 40 мин., кровопотеря 100,0 мл. Послеоперационный период гладкий.

2. К. В. Павелец, М. П. Королев, Л. Е. Федотов, М. В. Антипова, М. К. Павелец, Е. В. Липская, А. Л. Оглоблин (СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Выбор объема операции у пациентки с ахалазией пищевода после повторных хирургического вмешательства.**

Цель демонстрации – напомнить о необходимости индивидуального подхода для показаний к выполнению различных вариантов хирургического лечения пациентов с ахалазией пищевода 3–4 стадии.

Пациентка К., 66 лет, поступила в стационар с жалобами на боли в груди после приема любой пищи (пациентка питается только размолотой пищей), чувство распирания в эпигастрии после еды с иррадиацией в спину, возможность принимать пищу только стоя, периодическую рвоту съеденной пищей или выпитой водой. Из анамнеза известно, что впервые жалобы появились в 2012 г. Установлен диагноз «Кардиоспазм 2–3 степени», назначено бужирование пищевода. В марте 2017 г. проведены 2 попытки подслизистой эндоскопической миотомии (ПОЭМ) с кратковременным улучшением. Госпитализирована в плановом порядке в СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница» в мае 2017 г. в связи с рецидивом. Выполнено хирургическое вмешательство в объеме резекции кардиоэзофагеального перехода. Рецидив жалоб возник через 2 недели.

В мае 2022 г. в экстренном порядке госпитализирована в СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница». Обследована при поступлении. На ЭГДС выявлено: в просвете пищевода содержимое застойного характера с примесью полупереваренных фрагментов пищи (со слов, ела сутки назад). Просвет его значительно расширен. На 30 см от резцов анастомоз, широкий, свободно проходим, слизистая его без инфильтра-

тивных изменений. Привратник проходим после длительного стойкого спазма, тонус его повышен. Множественные эрозии слизистой. При рентгеноскопии пищевода установлено: культия пищевода проходима, расширена в полутугом наполнении в прямой проекции до 59 мм, в левой косой – до 56 мм. Перистальтика пищевода ослаблена, движения ее неупорядочены. 21.07.2022 г. пациентке выполнено хирургическое вмешательство – субтотальная резекция пищевода с формированием эзофагогастроанастомоза по К. Н. Цацианиди в куполе правой плевральной полости. Диагноз: «Ахалазия кардии 3–4 стадии». ПОЭМ 2017 г. (два сеанса). Резекция пищевода с формированием эзофагогастроанастомоза на уровне ретроперикардального сегмента из левостороннего торакального доступа 2017 г. Пилороспазм. Рефлюкс-эзофагит.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана на 21 сутки после операции в удовлетворительном состоянии. В ходе динамического наблюдения возобновления жалоб не наблюдалось. Контрольная рентгеноскопия пищевода через 2 месяца после операции. Контрастное вещество свободно поступает желудок. Имеется расширение просвета. Эвакуаторная функция не нарушена.

При гистологическом исследовании: в резецированном пищеводе аганглиоз, хронический эзофагит.

3. *П. Н. Ромащенко, Н. А. Майстренко, Д. С. Криволапов, А. С. Прядко, А. П. Пришвин* (ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ). **Инновационные технологии в хирургии щитовидной и околощитовидных желез.**

Цель – проанализировать результаты применения инновационных технологий в хирургическом лечении пациентов с заболеваниями щитовидной (ЩЖ) и околощитовидных желез (ОЩЖ) посредством оценки эффективности минимально инвазивных операций, их преимуществ и недостатков, особенностей технического сопровождения, методичности выполнения и аргументированного отбора больных для выполнения различных методик вмешательств.

Методы и материалы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 453 пациентов с заболеваниями ЩЖ, которые были разделены на ретроспективную (n=173) и проспективную (n=280) группы, а также 52 больных гиперпаратиреозом. Операции выполнены с использованием 4 минимально инвазивных методик: неэндоскопической – Minimally Invasive Nonendoscopic Thyroidectomy/Parathyroidectomy (MIT/MIP, n=145/17), эндоскопически-ассистированной – Minimally Invasive Video-Assisted Thyroidectomy/Parathyroidectomy (MIVAT/MIVAP, n=180/32), и 2 эндоскопических – Axillo-Bilateral-Breast Approach (ABBA, n=113) и Transoral Endoscopic Thyroidectomy/Parathyroidectomy Vestibular Approach (TOETVA/TOEPVA, n=15/3).

Результаты. Анализ результатов хирургического лечения больных ретроспективного исследования позволил установить, что интраоперационные осложнения (кровотечения) развились у 3 (1,7%) больных, прооперированных по методике ABBA и явились основанием для конверсии доступа, послеоперационные – у 10 (5,8%): транзиторный парез гортани – у 5 (2,9%); транзиторный гиперпаратиреоз – у 2 (1,2%); гематома области вмешательства – у 3 (1,7%). Критический анализ причин развития осложнений позволил установить их достоверные причинные факторы, исходя из которых были уточнены критерии отбора больных для различных минимально инвазивных вмешательств, показавшие свою клиническую эффективность.

Применение установленных критериев и методичность выполнения технических приемов оперативных вмешательств у больных проспективного исследования с дифференцированным использованием энергетических устройств,

рутинным применением интраоперационного нейромониторинга позволили избежать интраоперационных осложнений и минимизировать число послеоперационных, которые носили транзиторный и функциональный характер и развились у 7 (2,5%) пациентов: функциональная дисфония – у 2 (0,7%), дисфагия – у 1 (0,4%), гиперпаратиреоз – у 6 (2,1%).

Доказана эффективность минимально инвазивных операций в лечении больных первичным гиперпаратиреозом, у которых достигнуто выздоровление при минимальном количестве транзиторных послеоперационных осложнений в виде пареза гортани (n=3). При этом эндоскопически-ассистированные операции показали себя как наиболее безопасные при незначительном увеличении их продолжительности.

Проведенное исследование позволило установить достоверные преимущества применения инновационных и минимально инвазивных технологий в хирургии ЩЖ и ОЩЖ, такие как снижение частоты специфических послеоперационных осложнений, уменьшение степени выраженности болевого синдрома, снижение сроков пребывания больных в стационаре, улучшение косметического результата, а также повышение качества жизни больных в послеоперационном периоде.

Заключение. Применение инновационных технологий в хирургическом лечении больных патологией ЩЖ и ОЩЖ позволяет использовать весь арсенал минимально инвазивных операций в 80–90% случаев. Соблюдение основных критериев выбора персонализированной методики хирургического лечения обеспечивает выполнение обоснованных по объему и методике хирургических вмешательств, позволяет минимизировать частоту специфических осложнений и хирургическую травму, сократить сроки пребывания пациента в стационаре, улучшить косметический результат и качество жизни больных.

Поступил в редакцию 01.03.2023 г.

2568-е заседание 25 января 2023 г. совместно с секцией сердечно-сосудистых хирургов, приуроченное к 100-летию со дня рождения член-корреспондента РАМН, профессора Н. В. Путова

Председатели – академик РАН профессор Г. Г. Хубулава, профессор А. Л. Акопов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *А. Л. Акопов* (ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ). **О роли учителя в хирургии.**

2. *Г. Г. Хубулава* (ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ, ФГБОУ ВО Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова). **Николай Васильевич Путов как кардиохирург.**

3. *А. М. Игнашов, А. В. Кочетков, С. В. Кузнецов, С. Д. Мигащук, В. И. Корнев, И. А. Самусенко* (ФГБУ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова МЧС России). **Аортообшечечное шунтирование, резекция истинных аневризм ветвей верхней мезентериальной, селезеночной артерий и тромбэктомия из шунта при компрессионной диафрагмальной окклюзии чревного ствола.**

Цель демонстрации – обратить внимание на возможное развитие истинных аневризм ветвей верхней мезентериальной артерии и селезеночной и синдрома диафрагмальной компрессии/окклюзии чревного ствола, и успешное этапное хирургическое лечение.

35-летняя женщина поступила 09.01.2020 г. для оперативного лечения по поводу синдрома компрессионной окклюзии

чревного ствола и связанных с ней истинных аневризм панкреатодуоденальной, нижней панкреатической и селезеночной артерии по направлению гастроэнтеролога.

Основные клинические симптомы: ежедневная мучительная постпрандиальная боль, дискомфорт и вздутие живота в надчревной и правой подреберной области 1–2 ч, головная боль, снижение памяти и внимания, ощущение сердцебиения и пульсации в животе, общая слабость, утомляемость и существенное снижение качества жизни.

Длительность этих проявлений около 25 лет, с 10-летнего возраста.

Беременности 2, кесарево сечение. У 14-летнего сына асимптомный компрессионный стеноз чревного ствола.

Масса тела 67 кг, рост 178 см, ИМТ 21,0. АД – 124/70 мм рт. ст. УЗИ живота 28.03.2019 г.: округлое образование 24×24 мм по средней линии на уровне поджелудочной железы.

МСКТ ангиография 29.03.20 г. – окклюзия ЧС, 3 аневризмы дилатированной нижней панкреатодуоденальной артерии и ее аркад, нижней панкреатической и 2 аневризмы ветвей селезеночной артерии. Через месяц МСКТ ангиография от сердца до оших бедренных артерий, характер аневризм мезентериальных артерий прежний. Интракраниальные артерии не поражены.

30.01.20 г. операция (профессор А. М. Игнашов) – ретроградное аортообшечное шунтирование синтетическим протезом, резекция 4 аневризм ветвей верхней брыжеечной артерии, декомпрессия воротной вены, низведение и декомпрессия 12-ПК по Стронгу.

Через 7 дней тромбоз шунта и 07.02.2020 г. открытая тромбэктомия из шунта.

30.04.21 г. резекция 2 аневризм селезеночной артерии, осложнившаяся на 9 день инфарктом задненижнего участка селезенки с благоприятным исходом.

По МСКТ ангиографии шунт нормально проходим, аневризм нет, небольшая нижняя часть селезенки ишемизирована.

В настоящее время жалоб нет, состояние удовлетворительное.

4. Н. Ю. Коханенко, Ю. В. Радионов, Г. Г. Накопия, К. В. Павелец, Р. Г. Аванесян, А. В. Глебова, М. А. Ильина, Т. Н. Лексунова, А. В. Марченко (кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова СПбГПМУ, СПб ГБУЗ «Городская Покровская больница, кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии СПбГПМУ, СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»). **Минимально инвазивное и открытое хирургическое лечение большой хроническим панкреатитом.**

Цель демонстрации – показать трудности лечения ХП даже с использованием современных хирургических минимально инвазивных технологий и продемонстрировать их возможности.

Хронический панкреатит (ХП) составляет 8–9 % в структуре болезней ЖКТ. Распространенность его увеличилась в 3 раза. Минимально инвазивное лечение ХП и его осложнений возможно в большинстве случаев. Непосредственные результаты устранения панкреатической гипертензии чаще всего эффективны, но после удаления стентов-дренажей в сроки до 5 лет оперируют до 70 % больных.

Приводим наше наблюдение: больная Г., 69 лет. Поступила в Покровскую больницу с небольшими жалобами на чувство периодического дискомфорта в эпигастральной области иногда с иррадиацией в поясницу для выполнения контрольной МРХПГ. Из анамнеза стало известно, что описанные боли (весьма умеренные) появились у пациентки в июне 2020 г. При МРХПГ было выявлено расширение до 7 мм панкреатического протока в области тела поджелудочной железы с наличием конкремента 5 мм на границе тела и хвоста ПЖ с расширени-

ем протока ПЖ (ППЖ) в области хвоста до 4 мм. В сентябре 2020 г. больная была госпитализирована в Мариинскую больницу. При контрольной МРХПГ и СКТ диагноз подтвердился. Генез хронического панкреатита (ХП) не был ясен. Больной было начато минимально инвазивное лечение ХП с протоковой панкреатической гипертензией и калькулезом протоков (д-р мед. наук Р. Г. Аванесян). Был удален камень 2–3 мм из проксимальной части протока ПЖ, который не был виден при других исследованиях, контраст стал поступать в 12 пк, несмотря на имеющийся продленный стеноз проксимальной части ППЖ, который ранее не выявляли. ППЖ дренирован наружу. Вторым этапом через 6 месяцев, когда сформировался дренажный канал, был удален камень на границе тела и хвоста ПЖ. Учитывая, что имеется продленный стеноз (до 2 см) проксимальной части ППЖ, в июне 2021 г. было решено дренировать его 2 дренажами – в область хвоста и 12 пк. Стеноз удалось дилатировать и провести в 12 пк дренаж 8 F. В августе дренаж из 12 пк был удален и при контрольной фистулографии был опять выявлен протяженный стеноз проксимальной части ППЖ, но контраст довольно свободно поступал в 12 пк. Существенных жалоб у больной не было и решено было за ней наблюдать. Второй дренаж ППЖ удален в декабре 2021 г. Пациентка до этого жалоб не предъявляла.

В августе 2022 г. госпитализирована для обследования. При контрольном УЗИ и МРХПГ выявлена выраженная панкреатическая гипертензия (ГПП 12 мм в области тела ПЖ) с кистозным расширением протока (в области стояния дренажей) еще на 14 мм, ПЖ атрофична: 26×24×15 мм. Больную решено оперировать. На операции все данные УЗИ и МРТ с МРХПГ подтвердились. Выполнено наложение цистопанкреатикоюноанастомоза на отключенной по Ру петле тощей кишки. Послеоперационный период протекал довольно гладко. На 9 сутки больная выписана. При контрольном исследовании: кистозного расширения протока нет. ППЖ не расширен.

Прения

Профессор П. К. Яблонский: Николай Васильевич – незаурядный человек, эрудит, профессионал. Обладал великой человеческой скромностью. Помню, где он сидел в этой аудитории. Николай Васильевич мог дискутировать на любые хирургические темы. Он был поливалентным хирургом. По очереди заходил во все 6 операционных. Когда ученики уходили работать в другие больницы (я ушел в больницу № 2) – Николай Васильевича приглашали туда на консультации к пациентам. Он очень ценил книги по истории медицины и, в частности, по хирургии. Уровень профессионализма и образованности меня всегда поражал. Я не помню, чтобы Николай Васильевич кого-либо считал своим учеником. Но я его считаю своим учителем.

Профессор А. М. Игнашов: Мне посчастливилось работать с Николаем Васильевичем. Когда я пришел в клинику госпитальной хирургии, в его кабинете всегда был идеальный порядок. На стене висела табличка: 1. Шеф всегда прав (на немецком языке). 2. Если не согласен – смотри пункт № 1. Мне Николай Васильевич сказал: «Каждый входящий в клинику должен приносить что-то важное и интересное». Память у него была феноменальная, но он ее постоянно тренировал. Успех был в том, что он умел трудиться и мыслить. В клинике не было никаких распрей. Все отзывы на диссертации всегда писал сам. Он издал в виде брошюры, как необходимо работать над диссертацией. Меньше, чем 6 раз, диссертации не приносили, прежде чем он давал на них отзыв. Он охотно приходил на заседания Общества Пирогова. В душе остались очень светлые воспоминания: всегда оказывал постоянную помощь, эрудированный человек, оперирующий и практикующий хирург. Спасибо большое.

Профессор С. Я. Ивануса: Кафедра общей хирургии была трамплином для многих выдающихся хирургов. Николай Васильевич также 2 года работал на нашей кафедре, прежде чем уйти на кафедру госпитальной хирургии. Мне он сказал: «Вы знаете, молодой человек, я стал доктором наук раньше, чем стал врачом. Постарайтесь, чтобы у вас было по-другому». Если ты выступил на заседании Общества Пирогова без критики Николая Васильевича – это был успех!

Профессор А. С. Немков: Я бы хотел остановиться на одном моменте. Профессор Л. В. Лебедев предложил создать секцию сердечно-сосудистых хирургов. И как только Николай Васильевич стал председателем Общества Пирогова – он сразу принял решение о создании секции сердечно-сосудистой хирургии, которая уже существует 24 года. Николай Васильевич был однокурсником Л. В. Лебедева, чей юбилей мы также будем отмечать в декабре этого года.

Профессор А. Л. Акопов (председатель): Мы иногда можем отступать от традиций и правил нашего общества и проводить такие не вполне стандартные заседания. Спасибо всем.

Поступил в редакцию 01.03.2023 г.

2569-е заседание 8 февраля 2023 г.

Председатель – профессор Григорий Михайлович Рутенбург

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *А. В. Пичуев, С. И. Перегудов* (ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ). **Михаил Иванович Долгоруков – 70 лет в хирургии.**

Цель доклада – показать жизненный и творческий путь Михаила Ивановича Долгорукова – одного из пионеров хирургии пищевода и желудка в Санкт-Петербурге и России.

Михаил Иванович родился в деревне Поповка Яранской волости Вятской губернии старшим ребенком в многодетной крестьянской семье.

После окончания в 1946 г. фельдшерско-акушерского училища работал фельдшером и помощником госкоминспектора в Олонекском районе Кировской области. В 1955 г. окончил санитарный факультет Пермского медицинского института. Все годы обучения совмещал учебу с практической работой выездного врача скорой помощи. С 1955 г. работал в с. Уни Кировской области в качестве главврача районной санэпидстанции и по совместительству – хирургом районной больницы.

В 1958 г. поступил в клиническую ординатуру при кафедре факультетской хирургии Ленинградского педиатрического медицинского института, по окончании которой трудился в торакальном отделении Ленинградского госпиталя для ветеранов Великой Отечественной войны, бассейновой больнице им. Г. И. Чудновского. С 1968 по 1990 г. прошел путь от ассистента кафедры факультетской хирургии Ленинградского педиатрического медицинского института до доцента, временно исполняя обязанности заведующего кафедрой. Там он выполнял все виды хирургических вмешательств практически на всех областях организма. Друзья и коллеги называли его хирургом-самородком за виртуозную хирургическую технику. Многие годы он занимался хирургией рака пищевода и проксимального отдела желудка. Михаил Иванович – один из первых сторонников первичного шва при внешней и внутренней травме пищевода. Он первым в стране выполнил операцию Торека при перфорации рубцово измененного пищевода. Одним из первых изучил проблему рака культи желудка при ее гастроэзофагеальном поражении.

С 1990 г. работает доцентом 2 кафедры (хирургии усовершенствования врачей) ВМедА. В стенах академии продолжил развиваться научно-педагогический талант Михаила Ивановича. Его выпускники впоследствии занимали высокие

должности в медицинской службе Вооруженных Сил РФ: главные хирурги округов, армий, главный хирург Тихоокеанского флота, ведущие хирурги, начальники хирургических отделений военных госпиталей.

В 3 городской больнице работает 33 года. Разработал свой оригинальный способ укрытия культи двенадцатиперстной кишки при так называемых «трудных язвах». Решению этой проблема посвящена монография «Несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка» (2015), которую Михаил Иванович посвятил своему учителю профессору Александру Андреевичу Русанову.

Одним из тяжелейших хирургических осложнений является ангиогенный катетерный сепсис. Одним из его проявлений является тромбоз и нагноение тромба в общей сонной вене. Михаил Иванович разработал показания и с успехом применил на практике методику удаления тромботических масс из яремной вены зондом Фогарти. Результаты исследований были представлены в этой аудитории, доложены на съезде хирургов в Волгограде, опубликованы в сборниках научных трудов.

Михаил Иванович опубликовал более 140 научных работ, является автором 3 изобретений, 2 патентов: 1) способ укрытия культи дуоденум при резекции желудка; 2) способ лечения несостоятельности швов культи ДПК при резекции желудка. Михаил Иванович Долгоруков имеет многочисленные благодарности, он занесен на доску Почета академии. До сего дня Михаил Иванович Долгоруков является действующим сотрудником 2 кафедры (хирургии усовершенствования врачей) Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова.

2. *В. И. Кулагин, М. И. Андреев, А. Е. Демко* (ГБУ СПб «НИИ СП им. И. И. Джанелидзе», ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» МЗ РФ, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ). **Резекция двенадцатиперстной кишки и реимплантация бдс при язвенном поражении, осложнившим течение острого тяжелого панкреатита.**

Цель демонстрации – обсудить лечебную тактику при желудочно-кишечных кровотечениях при тяжелом панкреатите.

Пациент К., 38 лет, поступил в СПбНИИ СП им. И. И. Джанелидзе 19.03.15 г. с диагнозом «Острый живот». Диагностирован острый тяжелый панкреатит, распространенный парапанкреатит, ферментативный перитонит.

Проводили этапное лечение по программе лечения тяжелого панкреатита. 19.03.15 г. (1 сутки – лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости. 31.03.15 г. (12 сутки) – дренирование жидкостных скоплений под УЗИ наведением. 14.04.15 г. (26 сутки) – лапаротомия. Некресекестрэктомию. В дальнейшем проводились этапные санации секвестральной полости через сформированную в верхнем углу раны оментобурсостому.

Начиная с 38 суток течение заболевания осложнилось рецидивными аррозивными кровотечениями из секвестральной полости. Тугая тампонада и прошивание (трижды) кровоточащих сосудов оказались неэффективными. 7.05.15 г. (49-е сутки) выполнена селективная эмболизация селезеночной артерии. Кровотечения из секвестральной полости прекратились.

К началу 3 месяца лечения (66 сутки) в пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке развились множественные эрозии и язвы, осложнившиеся рецидивирующими профузными кровотечениями.

Проводилась комплексная гемостатическая терапия, включающая непрерывную внутривенную инфузию 80 мг омега-3, гемотрансфузии и методы эндоскопического гемостаза. 26.05.15 г. (68 сутки) на фоне очередного кровотечения развилась перфорация одной из язв луковицы двенадцатиперстной

кишки по медиальной стенке. Выполнена релапаротомия, иссечение язвы. Дефект в кишке зашит с сужением просвета. Дополнительно выполнено выключение двенадцатиперстной кишки по типу операции Грехэма – Мэттокса (аппаратное прошивание привратника и гастроэнтеростомия). Параллельно проводились санации секвестральной полости. Несмотря на это, рецидивы кровотечений продолжались. Еще трижды проведены релапаротомии, прошивание и иссечение кровоточащих язв двенадцатиперстной кишки через дуоденотомии.

31.05.15 г. (73 сутки) выполнена стволовая ваготомия. Во время операции вскрыта циркулярная пептическая язва дистального отдела пищевода. Вынужденно произведено разобщение пищевода и желудка. В левом подреберье сформированы эзофагостома (на протяжении) и гастростома.

5.06.15 г. (78 сутки) в связи с очередным кровотечением и бесперспективностью прошиваний выполнена резекция нисходящей части двенадцатиперстной кишки с язвами и реимплантация большого дуоденального сосочка в выключенную петлю тощей кишки по Ру. Кровотечения прекратились. Через 12 суток после последней операции пациент переведен в хирургическое отделение. Много времени потребовалось на санации секвестральной полости и подбор программы питания.

31.07.15 г. (124 сутки) пациент выписан для подготовки к восстановительной операции.

Через 5 месяцев 03.12.15 г. выполнена восстановительная операция. Пищевод и желудок сшиты аппаратным способом с расположением анастомоза в заднем средостении. Выписан в обычные сроки.

Прошло 8 лет (без 2 месяцев). Работает водителем. Занимается спортом. Соблюдает диету. Алкоголь из рациона исключил. Периодически беспокоят забросы содержимого желудка в пищевод (изжоги, кашель). Принимает оmez, антациды и ферменты. Расстройств пищеварения и диабета нет.

Прения

Профессор М. Г. Королев: Хочу сказать, что в конечном итоге больной поправился. Но необходимо обратить внимание на следующие ошибки. 1. Необходимо дренировать Вирсунгов проток, чтобы снять гипертензию. 2. Остановка кровотечения – обкалывать адреналином – это вчерашний день. 3. Ангиографию сделали на 5 сутки, а нужно было сделать на 3 сутки. 4. С первых дней пациент должен был получать ингибиторы протонной помпы в/венно. 5. Это не пересадка сосочка, а это панкреатоеюностомия. 6. Должно быть клипирование и медикаментозная терапия в полном объеме. Благодарю за великолепную презентацию и за то, что авторы сделали все, чтобы спасти больного.

Профессор Г. М. Рутенбург (председатель): Хочу внести небольшое дополнение – пациента лечили в 2015 г. Возможно, сейчас тактика была бы немного другой. Также присоединяюсь к поздравлению авторов за то, что добились такого блестящего результата. Но, безусловно, пришлось очень потрудиться.

3. М. И. Долгоруков, В. И. Кулагин (ГБУЗ СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», ГБУ СПб «НИИ СП им. И. И. Джанелидзе», ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» МЗ РФ). **Профилактика и лечение несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка.**

Цель доклада – проанализировать 30-летний опыт лечения 985 больных, подвергшихся резекции желудка с формированием дуоденальной культи.

Показаниями к оперативному вмешательству у 677 (68,7%) больных являлась хроническая язва ДПК, у 94 (9,6%) – хроническая язва желудка, у 195 (9,8%) – рак желудка, у 19 (1,9%) – другие заболевания. В 375 наблюдениях хроническая язва ДПК отнесена к категории «трудной», что составило 55,4% от всех

язв дуоденальной локализации. Сопутствующие заболевания имелись у 64,8% больных.

Выполнено 917 резекций по способу Бильрот-II в модификации Гофмейстера – Финстерера, 68 резекций по способу Ру. Большинство оперативных вмешательств (69,3%) произведено в экстренном и срочном порядке по поводу осложнений язвенной болезни желудка и ДПК. Из 985 больных умерли 68 (послеоперативная летальность 6,9%).

У 216 (21,9%) больных имели место различные осложнения. Наиболее частыми являлись пневмония (5,7%), несостоятельность швов дуоденальной культи (3,8%), нагноение послеоперационной раны (2,4%).

Из 375 больных с «трудными язвами» у 93 закрытие культи производилось общеизвестными способами, у 173 атипично.

У 109 больных применен разработанный нами способ ушивания «трудной» культи, который заключался в мобилизации слизисто-подслизистого слоя по задней полуокружности дуоденальной культи, закрытии ее просвета непрерывным швом в продольном направлении, начиная со сшивания краев отслоенной «полуманжетки» и последующим погружением двумя полукисетными швами с захватом демукозированного мышечного слоя на задней стенке культи (признано изобретением).

В группе больных с ушиванием культи разработанным способом несостоятельности культи не было. К настоящему времени накоплен опыт применения данного способа у 155 больных.

У больных, где культи закрывалась другими способами, несостоятельность развилась у 37 больных. Повторные операции выполнены у 35 больных. Наиболее тяжелое течение осложнения отмечено у 25 больных при развитии перитонита. Традиционный подход (повторное ушивание, тампонирование, дуоденостомия) применен у 13 больных. Умерло 9 больных.

У 12 больных применен способ реконструкции несостоятельной дуоденальной культи, при которой после снятия всех ранее наложенных швов и иссечения нежизнеспособных краев культи производилось укрытие ее просвета разработанным нами способом. Повторная несостоятельность развилась у 1 больного.

Накопленный нами опыт позволяет сделать вывод о целесообразности использования разработанной хирургической тактики и способа укрытия дуоденальной культи как для профилактики, так и для лечения несостоятельности ее швов.

Поступил в редакцию 01.03.2023 г.

2570-е заседание 22 февраля 2023 г.

Председатель – профессор А. Л. Акопов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А. И. Бабич, А. Е. Демко, С. Ш. Тания, А. Н. Тулупов, А. А. Есеноков (ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»).

Случай успешного лечения пострадавшего с шокогенным проникающим колото-резаным ранением живота и повреждением воротной и нижней полой вен.

Цель демонстрации – показать значимость применения мультисциплинарного подхода в лечении пострадавших с шокогенной абдоминальной травмой.

Пострадавший Г., 36 лет, доставлен в противошоковую операционную с места происшествия 13.08.2022 г., после обследования и оперативного лечения выставлен следующий диагноз: «Колото-резаное проникающее ранение живота со сквозным ранением антрального отдела желудка, ранением поперечно-ободочной кишки, проникающим в просвет, сквозное ранение головки поджелудочной железы, ранение воротной вены, сквозное ранение I сегмента печени, ранение нижней полой вены в печеночном сегменте, гемоперитонеум 1500 мл, шок

3 ст.». В экстренном порядке выполнена лапаротомия, пережатие брюшной аорты в поддиафрагмальной области в супра-ренальном отделе, ушивание раны воротной и нижней полой вен, ушивание раны желудка, поперечно-ободочной кишки, поджелудочной железы, 1 сегмента печени, санация и дренирование брюшной полости.

Течение раннего послеоперационного периода осложнилось развитием тромбоза воротной вены (СКТ контроль от 14.08.2022 г.), стойким парезом кишечника, лечение проводилось консервативное. По показаниям 17.08.2022 г. произведена релапаротомия, выявлен некроз желчного пузыря, проведена холецистэктомия, а также выявлен посттравматический панкреатит, парапанкреатит с формированием гематомы малого сальника и в области ворот селезенки с диффузным продолжающимся кровотечением. Операция завершена спленэктомией, НГИИ, санацией и дренированием брюшной полости. В последующем пострадавший вертикализирован, переведен на полное энтеральное питание, при этом сформировался желчный свищ из области дренирования головки поджелудочной железы. Проведена диагностика причины сформированного свища с применением ЯМРТ с контрастированием 05.09.2022 г. и выявлено: наличие свища ductus choledochus со стриктурой проксимального отдела, сохраняющийся тромбоз воротной вены, регрессирующий посттравматический панкреатит и парапанкреатит. С целью купирования желчного свища 29.09.2022 г. проведено РХПГ, ЭПСТ, стентирование ductus choledochus и ductus pancreaticus – желчный свищ купирован, в последующем стенты удалены. На фоне полной стабилизации пострадавшего, полной вертикализации и активизации диагностирован 06.10.2022 г.: тромбоз нижней полой вены в супра-ренальном отделе (УЗИ, ангио СКТ). Лечение консервативно, коррекция антикоагулянтной терапии. Частичная реканализация нижней полой вены достигнута 12.10.2022 г., которая оценена под УЗИ контролем и ангио СКТ, контроль проведен 19.10.2022 г. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии 31.10.2022 г. на амбулаторное лечение.

Ответы на вопросы

Профессор А. Л. Акопов: Общая кровопотеря 1,5 л и 300 мл во время операции?

– Очевидно, на догоспитальном периоде кровопотеря была больше, так как только 10 доз крови помогли стабилизировать состояние пациента.

В. И. Кулагин: Причина тромбоза у данного пациента?

– Сложно сказать. Возможно, тромбоз и некроз желчного пузыря были связаны с перевязкой артерии, которая находилась в обширной гематоме.

Профессор А. Л. Акопов: Почему пациент выжил?

– Этого пациента спасло то, что он получил ранение близко от лечебного учреждения и во время операции была кровопотеря 300 мл.

Прения

В. И. Кулагин: 20-летний опыт работы в шоковом отделении Елизаветинской больницы позволяет утверждать, что такие пациенты очень редки – 1 на 1000 пациентов с другими видами травм. Актуальность этой демонстрации в том, что такие пациенты очень часто погибают. Летальность от 40 до 54 %. Чему учит демонстрация? Чтобы справиться с подобными ранениями, должны быть определенные знания хирургической тактики, а также знания анатомии. Существует 6 вариантов устранения данной патологии. В заключение хочу поблагодарить докладчиков, что они донесли свои результаты до нас и надеюсь, что другим хирургам это поможет в работе.

Профессор А. Л. Акопов (председатель): На меня эта презентация произвела сильное впечатление, как чудо. Пациента

удалось полностью вылечить, несмотря на сложное, длительное лечение. Поздравляю авторов с замечательным результатом.

2. В. И. Бадалов, И. М. Самохвалов, А. Н. Петров, В. А. Рева, Е. А. Семенов, В. С. Коскин, А. А. Пронченко (ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова). **Гибридные подходы в лечении скелетно-сосудистых ранений конечностей.**

Цель демонстрации – показать современный гибридный подход к лечению раненых со скелетно-сосудистой травмой при осколочных ранениях.

Раненый П., 1999 г. рождения, получил множественные осколочные ранения при взрыве. Через несколько часов доставлен на этап квалифицированной хирургической помощи, где выполнено: первичная хирургическая обработка огнестрельных ран, фиксация переломов костей левой нижней конечности аппаратом внешней фиксации, проводилась гемотрансфузия.

Для дальнейшего лечения был переведен в Военно-медицинскую академию им. С. М. Кирова, где сформулирован диагноз: «Минно-взрывное ранение. Комбинированное сочетанное механо-термическое ранение головы, конечностей. Осколочное сквозное ранение левого бедра с огнестрельным оскольчатый переломом левой бедренной кости в верхней трети со смещением отломков, с повреждением ветвей глубокой бедренной артерии и вены, формированием артериовенозной фистулы, фиксированным стержневым аппаратом. Осколочное сквозное ранение правого бедра с повреждением глубокой артерии бедра, формированием ложной аневризмы. Неполный отрыв правой стопы. Термический ожог правого бедра, правой голени, правой руки, 10 %».

Раненому выполнялись этапные оперативные вмешательства на поврежденных конечностях. В ходе лечения у пациента отмечилось снижение уровня гемоглобина при отсутствии источников наружного кровотечения, а также проявление признаков системного воспалительного ответа. Было выполнено ультразвуковое исследование мягких тканей и сосудов конечностей, при котором была выявлена обширная гематома мягких тканей правого бедра, аневризма глубокой артерии правого бедра. С целью уточнения характера повреждений сосудов правого бедра и определения дальнейшей тактики лечения раненому выполнена КТ-ангиография. При которой определялась частично тромбированная псевдоаневризма глубокой бедренной артерии справа с вовлечением бедренной вены, также обнаружена артериовенозная фистула глубокой бедренной артерии слева с глубокой бедренной веной на границе верхнего и среднего сегментов.

Первым этапом была выполнена открытая операция – ревизия бедренных сосудов справа, перевязка ветки первого порядка глубокой артерии бедра, притоков глубокой бедренной вены, резекция аневризмы, удаление инородного тела (осколка), санация и дренирование инфицированной аневризматической чаши. Вторым этапом выполнена селективная эмболизация ветви левой глубокой артерии бедра. После выполненных оперативных вмешательств на поврежденных сосудах нижних конечностей пациенту было осуществлено успешное этапное лечение мягких тканей правого бедра, произведен демонтаж аппарата внешней фиксации, корригирующая остеотомия и остеосинтез перелома левой бедренной кости интрамедуллярным стержнем с блокированием.

Ответы на вопросы

В. И. Кулагин: Повреждение артерии. Что сделали?

– Перевязку.

Профессор В. В. Хоминец: Причина ложной аневризмы?

– Осколочное ранение.

Профессор А. Л. Акопов: Пролежни были?

– Нет, ухаживал медперсонал и родители.

З. В. В. *Хоминец* (ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ). **Концепция лечения раненых в конечности в современной войне.**

Цель доклада – представить парадигму специальности военной травматологии и ортопедии и подчеркнуть особенности организации и оказания травматолого-ортопедической помощи в условиях современной войны.

Доклад посвящен эволюции концепции лечения раненных в конечности на современном этапе развития травматологии и ортопедии. В докладе рассматривается современная концепция оказания травматолого-ортопедической помощи раненым в конечности. Продемонстрирован комплект стержневой военно-полевой (КСВП) в качестве современного средства лечебно-транспортной иммобилизации. Представлены некоторые исторические аспекты организации оказания травматолого-ортопедической помощи. Приведена концепция последовательного остеосинтеза, то есть последовательного использования сначала внешней, а затем внутренней фиксации, и предложены различные варианты техники ее выполнения.

В докладе также представлены различные методики лечения раненых в конечности, разработанные на кафедре военной травматологии и ортопедии. К ним относятся частные методики применения VAC-систем, методика замещения огнестрельного дефекта кости при помощи костного транспорта на интрамедуллярном гвозде, аддитивные технологии, 3D-печать, использование ген-активированных материалов (васкулген) и ткань инженерных эквивалентов на основе мезенхимальных стволовых клеток жировой ткани. Рассмотрена разработка методических рекомендаций по ампутации конечностей и по исследованию эффективности применения экзоскелетов для восстановления ходьбы.

В заключении отмечено, что использование новых технологий в лечении раненых позволяет значительно увеличить количество возвращаемых в строй военнослужащих, а методика последовательного остеосинтеза является основой современной концепции лечения раненных в конечности. Метод Илизарова остается методом выбора при лечении сложных и осложненных случаев огнестрельных переломов.

Ответы на вопросы

С. Ш. Тания: Большой ли процент пострадавших поступает с компарт-синдромом конечности?

– Да, при неправильно выполненной обработке, нераспознанной перевязке сосудов и т. д. Естественно, мы снова проводим ревизию раны, и пациент проходит через долгий путь лечения.

Профессор А. Е. Демко: Какой процент раненых мы вернули в строй? Остеосинтез нужно делать сразу или можно подождать?

– Пациент поступил в больницу вечером, ночью, конечно, можно не оперировать, а подождать до утра. Но вообще в мире пациентов оперируют сразу, у них агрессивная тактика. Только шокогенная травма у нас оперируется сразу – это не обсуждается. Особенно сейчас, когда изолированная травма идет таким потоком.

Профессор А. Л. Акопов: Как вы видите проведение реабилитации у данных пациентов?

– У нас есть отделение реабилитации в клинике, а затем санатории в Ленинградской области или в Саках. Сейчас чаще происходит реабилитация в тех учреждениях, где пациентов оперировали.

Профессор А. Л. Акопов: Как часто встречается такое осложнение, как остеомиелит?

– Процент небольшой, так как проводится достаточно адекватное лечение.

Прения

Профессор С. Я. Ивануса: Повестка заседания достаточно интересная. На сегодня у нас 30 % таких пациентов находятся на лечении на хирургических койках. Аппарат наружной фиксации – это действительно победа. В условиях сохранения кровообращения лечить таких пациентов могут хирурги любого профиля.

Профессор В. И. Бадалов: Хочу поблагодарить правление Хирургического Общества, что уделило внимание столь актуальным проблемам военно-полевой хирургии. Современные способы, наличие технологий и их знание помогает спасти жизни данной категории пациентов. Хочу поздравить всех коллег с наступающим праздником.

Профессор П. К. Яблонский: Спасибо докладчикам и всем выступающим. Вся хирургия основана на сосудистой хирургии, любой хирург должен уметь наложить сосудистый шов. Город сейчас не справится с таким количеством данных пациентов. Поэтому всем хирургам необходимо научиться вникать во все детали лечения данной группы пациентов. Также разрешите поздравить всех с наступающим праздником!

Профессор Н. А. Бубнова: Поздравляю всех мужчин с наступающим праздником. ВМА – удивительное учреждение в нашей стране. Это наша гордость. Также хочу поблагодарить организаторов Общества за программу сегодняшнего заседания. Дорогие любимые мужчины, хочу еще раз поздравить вас с наступающим праздником. Хочу, чтобы вы были счастливы, здоровы и всего самого хорошего в вашей жизни.

Профессор А. Л. Акопов (председатель): Поздравляю всех с праздником!

Поступил в редакцию 01.03.2023 г.