

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

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

2571-е заседание 22 марта 2023 г.

Председатель – профессор Александр Васильевич Павловский

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А. С. Агишев, А. Л. Акопов, Н. В. Казаков, А. В. Герасин, А. П. Литвинов, А. А. Ильин (ФГБОУ ВО «СПБГМУ им. И. П. Павлова»). **Случай успешного лечения первично-множественного синхронного рака обоих легких.**

Цель демонстрации – показать возможность комбинированного лечения первично-множественного синхронного рака легкого у коморбидного больного в условиях университетской клиники.

Больной П., 68 лет, в феврале 2017 г. лечился от левосторонней нижнедолевой пневмонии, без рентгенологического эффекта. При компьютерной томографии 21.03.2017 г.: на фоне выраженной эмфиземы легких новообразование нижней доли левого легкого 8,5×2,0×1,5 см. При бронхоскопии обтурация В8 слева опухолью, а также новообразование 0,5 см на шпоре сегментарных бронхов верхней доли контрлатерального правого легкого. При гистологическом исследовании № В 17-3497 оба новообразования представлены плоскоклеточным раком. При спирометрии признаки ХОБЛ среднетяжелого течения. Эхокардиография: острый инфаркт миокарда неизвестной давности, сократительная активность ЛЖ на нижней границе нормы (ФВ по Simpson 48 %), локальные нарушения сократимости в области боковой и нижней стенки, увеличение левого предсердия, легочная гипертензия (среднее давление в легочной артерии 35 мм рт. ст.). Также в анамнезе несколько реконструктивных операций на сосудах нижних конечностей в связи с системным атеросклерозом. Сформулирован диагноз: Первично-множественный синхронный рак. 1. Плоскоклеточный Са нижней доли левого легкого сT2aN0M0. 2. Плоскоклеточный Са верхней доли правого легкого сT1N0M0. Генерализованный атеросклероз. ИБС, стенокардия напряжения II ф. к. Постинфарктный кардиосклероз (ОИМ неизвестной давности). Гипертоническая болезнь III ст., риск 4. Стеноз левой почечной артерии 60 %. ОАСНК, хр. ишемия правой нижней конечности III ст. Решено провести хирургическое вмешательство по поводу рака левого легкого. Предварительно, за 3 суток до операции выполнена аргоноплазменная коагуляция и фотодинамическая терапия опухоли верхней доли правого легкого. 30.05.2017 г. – левосторонняя нижняя лобэктомия, краевая резекция верхней доли левого легкого в связи с распространением опухоли на верхнюю долю. Послеоперационный период осложнился обострением ХОБЛ, проводилась соответствующая терапия. Дренажи удалены на 7-е сутки, выписан на 12-е сутки. В июле-августе 2017 г. больному дважды выполнялись сеансы аргоноплазменной коагуляции и фотодинамической терапии опухоли верхней доли правого легкого, без эффекта. В октябре 2017 г. проведено 4 сеанса внутрисветовой лучевой терапии (брахитерапия – СОД 28 Гр), после чего признаков новообразования в бронхах правого легкого не определялось. Наблюдается ежегодно, признаков рецидива через 5 лет после операции нет.

Ответы на вопросы

А. О. Аветисян: Назначалась ли химиотерапия?

– Нет.

Прения

Профессор А.В. Павловский (председатель): Успех лечения очевиден. Поздравляем авторов и пациента. Особо следует отметить, что не применялось лекарственное противоопухолевое лечение.

2. П. Н. Ромащенко, Н. А. Майстренко, Д. С. Криволапов, М. С. Симонова, А. К. Алиев, А. И. Строгонов (ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ).

Сложный случай хирургического лечения большой синдромом множественной эндокринной неоплазии 1 типа.

Цель демонстрации – показать сложности современной комплексной диагностики и эффективность многоэтапного хирургического лечения синдрома МЭН 1 типа с редкими кальцитонин-продуцирующими опухолями поджелудочной железы.

Пациентка Б., 29 лет, поступила в клинику факультетской хирургии им. С.П. Федорова Военно-медицинской академии в плановом порядке с диагнозом направления фолликулярной опухоли левой доли щитовидной железы. Впервые патология щитовидной железы обнаружена год назад, когда при комплексном обследовании в терапевтическом стационаре при УЗИ выявлены узлы обеих долей щитовидной железы, по результатам ПТАБ узла левой доли размером 1,7 см – цитологическая картина фолликулярной опухоли (Bethesda IV). Выявленный высокий уровень кальцитонина крови до 344 пг/мл, в смывах из пунктата образования левой доли – до 534 пг/мл, а также низкий – из контрлатеральной доли (15,5 пг/мл) и боковых лимфатических узлов шеи (9,5 пг/мл) позволил установить наличие медуллярной карциномы. С учетом проведенных в анамнезе хирургических вмешательств по поводу самодетерминируемой гипопаратиреоза (трансназальной трансфеноидальной аденомэктомии гипопаратиреоза от 03.09.2020 г.; сеанса стереотаксической радиохирургии от 06.04.2021 г.), а также установленного ранее диагноза первичного гиперпаратиреоза, манифестной смешанной (костной и висцеральной) формы (на основании повышенного уровня ионизированного и общего кальция до 1,81 и 3,14 ммоль/л соответственно, паратиреоидного гормона – до 221,3 пг/мл, наличия признаков вторичного остеопороза с Т-критерием – 4,1 и мочекаменной болезни), аденомы левой нижней околощитовидной железы размером до 1,15 см (по результатам сцинтиграфии) и нефункционирующей опухоли хвоста поджелудочной железы (Хромогранин А 14,8 мкг/л) размером до 3,5 см (по результатам КТ), 22.09.2021 г. проведена дифференциальная генетическая диагностика синдромов множественных эндокринных неоплазий (MEN 1, 2A, 2B), по результатам которой обнаружен патогенный вариант гена MEN 1 (гетерозиготный вариант p.E491X). Таким образом, пациентке установлен предварительный диагноз: 1. Синдром множественной эндокринной неоплазии 1 типа (соматотропинома, состояние после трансназальной трансфеноидальной аденомэктомии гипопаратиреоза от 03.09.2020 г., сеанса стереотак-

сической радиохирургии от 06.04.2021 г.; первичный гиперпаратиреоз, манифестная смешанная (костная и висцеральная) форма, аденома левой нижней околощитовидной железы; нейроэндокринная опухоль хвоста поджелудочной железы). 2. Рак (спорадическая медуллярная карцинома) левой доли щитовидной железы cT₁N_xM₀, I стадия.

Пациентке было показано двухэтапное хирургическое лечение. 05.10.2021 г. выполнена операция (1 этап): тиреоидэктомия, двусторонняя центральная лимфаденэктомия, фасциально-фулярная лимфаденэктомия шеи слева, паратиреоидэктомия – удаление нижних (правой и левой) околощитовидных желез в условиях интраоперационного нейро- и паратиреомониторинга, которое осложнилось транзитным двусторонним парезом гортани и послеоперационным гипопаратиреозом вследствие слабого функционирования подавленных паратиреомой околощитовидных желез и синдрома «голодных костей». По результатам гистологического исследования верифицированы папиллярный рак щитовидной железы на фоне С-клеточной гиперплазии, аденомы правой и левой околощитовидных желез. Назначена заместительная гормональная терапия (125 мкг левотироксина), а также коррекция уровня кальция.

По данным контрольных наблюдений перед предстоящим этапом лечения сохранялся повышенный уровень базального кальцитонина крови до 380 пг/мл, отмечалось накопление Ga-DOTATATE в хвосте поджелудочной железы размерами до 3,5 см по результатам ПЭТ/КТ, что соответствовало нейроэндокринной опухоли хвоста поджелудочной железы, вероятно, продуцирующей кальцитонин.

25.10.2022 г. выполнена операция (2 этап): лапароскопическая спленосохраняющая дистальная резекция поджелудочной железы с опухолями. Интраоперационно отмечено наличие 2 опухолей округлой формы диаметром 3,5 и 5,5 см, исходящих из хвоста поджелудочной железы, без признаков прорастания собственной капсулы (по данным КТ живота и ПЭТ/КТ Ga-DOTATATE-негативная опухоль размером 5,5 см была принята за добавочную дольку селезенки). Уровень кальцитонина нормализовался до 2 пг/мл. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана в удовлетворительном состоянии. По результатам гистологического исследования подтверждены нейроэндокринные кальцитонин-продуцирующие опухоли хвоста поджелудочной железы (G₁). Пациентке установлен окончательный диагноз: 1. Синдром множественной эндокринной неоплазии I типа (соматотропинома, состояние после трансназальной трансфеноидальной аденомэктомии гипофиза от 03.09.2020 г., сеанса стереотаксической радиохирургии от 06.04.2021 г.; первичный гиперпаратиреоз, манифестная смешанная (костная и висцеральная) форма, аденомы левой и правой околощитовидных желез, состояние после паратиреоидэктомии – удаления левых и правых околощитовидных желез, в условиях интраоперационного нейромониторинга и парамониторинга от 05.10.2021 г.; нейроэндокринные кальцитонин-продуцирующие опухоли хвоста поджелудочной железы, G₁). 2. Рак (папиллярная карцинома) правой доли щитовидной железы pT₁N₀M₀, I стадия. С-клеточная гиперплазия щитовидной железы (состояние после тиреоидэктомии, двусторонней центральной лимфаденэктомии, фасциально-фулярной лимфаденэктомии шеи слева в условиях интраоперационного нейромониторинга от 05.10.2021 г.).

Ответы на вопросы

Профессор А.В. Павловский: Какой дальнейший прогноз у этой пациентки?

– Пациентка находится под нашим динамическим наблюдением. Исключить развитие рецидива, к сожалению, невозможно.

Прения

Профессор А.В. Павловский (председатель): Крайне интересное наблюдение. Авторы все сделали академично, техническое исполнение на высоком уровне.

З. А. Ю. Навматуля, Ф. Р. Альмухаметова, А. Е. Царегородцев, С. А. Савчук, А. И. Кузнецов, Б. И. Мирошников, В. М. Моисеенко (ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)»).

Опыт 20 операций по методике ALPPS у больных с погранично-резектабельными метастазами колоректального рака в печени.

Цель доклада – оценить возможность двухэтапных резекций печени по методике ALPPS у больных с метастазами колоректального рака.

Методы и материалы. Расширенная гемигепатэктомия по методике ALPPS выполнена 18 больным с массивным билобарным поражением печени и планируемым объемом остающейся паренхимы ≤30 %. Средний возраст пациентов – 61,3±8,4 год. Первый этап операции включал в себя полное (n=13) или частичное (n=5) расщепление печени вдоль серповидной связки до ретропеченочного сегмента нижней полой вены с пересечением правой ветви воротной вены. Вторым этапом выполнялась расширенная правосторонняя гемигепатэктомия.

Результаты. Длительность первого этапа операции составила 171,6±55,5 мин, кровопотеря – 170,9±87,8 мл. Второй этап выполнялся через 58,2±26,7 суток. Степень гипертрофии составила 85,2±8,5 %, а отношение объема остающейся паренхимы к общему объему печени увеличилось с 21,06±2,4 % до 33,1±2,8 %. Длительность второго этапа – 213,2±90,2 мин, кровопотеря – 546,4±297,7 мл. Осложнения развились у 7 пациентов: острая печеночная недостаточность (n=2), желчная фистула (n=3), стриктура холедоха (n=1), кровотечение из края резекции печени (n=1). В послеоперационном периоде умер 1 больной. Прогрессирование заболевания в течение года отмечено у 10 из 17 больных (58,8 %). Общая 1-годичная выживаемость – 66,6 %.

Заключение. Двухэтапная резекция печени по методике ALPPS позволяет расширить возможность радикального лечения у больных с изначально нерезектабельными или условно нерезектабельными метастазами колоректального рака в печени.

Ответы на вопросы

Профессор Н. А. Бубнова: Используется ли чрескожная эмболизация печеночной вены?

– Эмболизация не дает желаемых результатов, поэтому не используется.

Профессор М. Д. Ханевич: По этой методике вы прооперировали большое количество пациентов. Не было ли завывания показаний?

– Не было.

Прения

Профессор М. Д. Ханевич: Мало кто может решиться на такие операции. У нас были не очень хорошие результаты и больше 2 лет никто не пережил. Авторы показали успех применения данной методики. Нужно поздравить авторов.

Профессор А. В. Павловский (председатель): В мире сделано несколько тысяч этих операций. Эта новая методика – часть комбинированного лечения. Есть методики малоинвазивные: химиоэмболизация опухоли и другие. Трансплантация печени – альтернатива, но как из пушки по воробьям. Комбинированное лечение с локальными методами лечения – оптимальный подход. Должен поздравить наших коллег с их решительностью и хорошими результатами.

Поступил 22.05.2023 г.

2572-е заседание 12 апреля 2023 г.

Председатель – профессор Андрей Леонидович Акопов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *А. К. Носов, Д. П. Семейко, Э. М. Мамижеев, М. В. Беркут, Н. А. Щекутеев* (ФГБУ НМИЦ онкологии Н. Н. Петрова). **Опыт выполнения одномоментной лапароскопической тотальной экзентерации органов малого таза при множественных пузырно-влагалищных, ректо-вагинальных свищах после лучевой терапии по поводу рака шейки матки.**

Цель демонстрации – представить вариант лечения тяжелых осложнений лучевой терапии на органы малого таза.

Пациентка С., 31 год, обратилась на консультацию в НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова 11.09.2022 г. с жалобами на подтекание мочи из влагалища. Из анамнеза известно, что у пациентки рак шейки матки IB2 ст. /p/T1b2N0M0 (светлоклеточная карцинома), была выполнена расширенная радикальная гистерэктомия с траспозицией яичников от 10.09.2018 г., затем с 25.10.2018 г. по 30.11.2018 г. – курс послеоперационной сочетанной лучевой терапии. Прогрессирование в 12.2019 г. (местный рецидив с инвазией сигмовидной кишки). Ректовагинальный свищ от 08.2019 г., формирование колостомы от 08.2020 г. Пузырно-влагалищный свищ от 09.2020 г., метастаз в S4 левого легкого). 6 циклов ПХТ по схеме «ТС»+бевацизумаб, последний от 05.2020 г. Прогрессирование с 09.2020 г. (продолженный рост опухоли в малом тазу, прорастание в мочевой пузырь (пузырно-влагалищный свищ). 4 цикла МХТ Капецитабин, до 01.2021 г. Стабилизация. 11.11.2021 г. атипичная резекция верхней доли левого легкого. По данным контрольного МРТ органов малого таза от 14.09.2022 г.: по передней стенке культи влагалища на уровне ее купола сохраняется свищевой ход, сообщающийся с просветом мочевого пузыря, диаметром до 13 мм. Второй свищевой ход визуализируется по задней верхней $\frac{1}{3}$ стенки культи влагалища, сообщающийся с верхнеампулярным отделом прямой кишки (до 3 мм). Третий свищевой ход отмечается по задней стенке, сообщается с нижнеампулярным отделом прямой кишки, до 9 мм. В проекции культи влагалища справа определяется образование размерами до 15×11 мм (ранее 12×6 мм), с признаками слабинтенсивного накопления парамагнетика, с признаками рестрикции диффузии; прилежит к задней стенке мочевого пузыря с признаками глубокой инвазии и правому мочеточнику без признаков его расширения (граница между ними не прослеживается, подрастает?). Мочевой пузырь наполнен недостаточно, в полости пузырьки газа.

Решение онкоконсилиума от 16.09.2022 г.: с учетом прилежания рецидива к грушевидной мышце выполнение операции по низведению сигмовидной кишки и ликвидации прямокишечного свища сопряжено с техническими сложностями. С пациенткой обсужден вопрос о проведении тотальной экзентерации таза.

26.10.2022 г. выполнена тотальная лапароскопическая экзентерация малого таза с формированием илеокондуита по Брикеру. Время операции составило 305 мин. Объем кровопотери – 200 мл. Послеоперационный период осложнился несостоятельностью культи прямой кишки от 30.10.2022 г., была установлена E-VAC система в культю прямой кишки. Система КОД менялась через день и была удалена 16.11.2022 г.

По результатам гистологического исследования рецидив в малом тазу не подтвержден.

Ответы на вопросы

Профессор А. Е. Демко: Проводилась ли биопсия из зоны свищей?

– Биопсия не проводилась.

Профессор А. Е. Демко: Скажите, пожалуйста, если бы знали результат гистологического до операции, а не после нее, изменился ли бы объем хирургического вмешательства?

– Нет, объем хирургического оперативного лечения не изменился бы.

Профессор А. Е. Демко: Как удалось обойти организационный момент, если у вас не было гистологического заключения до операции?

– Пациентке раньше было отказано в другом учреждении; у нас она сразу согласилась.

Академик С. Ф. Багненко: Обсуждался ли вопрос о низведении кондуита и формировании анастомоза между кондуитом и уретрой?

– Обсуждали, но решили что на данном этапе лучше выполнить данный объем операции.

Профессор А. Л. Акопов: Сколько времени прошло от первоначального диагноза?

– 5 лет.

Прения

Профессор А. Л. Акопов (председатель): Проводя агрессивное лечение онкологического заболевания, мы обязаны думать о его последствиях. Операция по поводу рака матки выполнена радикально, но последствия – многочисленные свищи, в связи с чем пришлось выполнять столь сложную операцию. Но, несмотря на такую агрессивную операцию, пациентка довольна качеством жизни, ведет нормальную активную жизнь. Авторам спасибо за удовлетворительный результат.

2. *К. В. Павелец, Н. К. Павелец, М. К. Павелец, Н. В. Жарова, Е. А. Борисенко, Н. В. Тристанова, А. А. Баранов* (СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 2 Святой Марии Магдалины»). **Вариант хирургического лечения осложненного течения болезни Крона.**

Цель демонстрации – показать сложность диагностики и осложненный характер течения болезни Крона и вариант хирургической тактики, преемственность между детской и взрослой хирургической службами.

Больной 17 лет, 28.04.2021 г. оперирован в ДОГБ г. Пскова по поводу аппендикулярного инфильтрата. В послеоперационном периоде возник толстокишечный свищ в зоне ранее выполненного оперативного пособия.

Госпитализирован 15.07.2021 г. в Детскую больницу № 2 Святой Марии Магдалины, где с целью закрытия свища 28.07.2021 г. сформирована энтеростома. Свищ слепой кишки закрылся через неделю. После коррекции нутритивного статуса, пациент 25.10.2022 г. оперирован. Устранена энтеростома с тонко-тонкокишечным анастомозом конец-в-конец. Визуальной патологии илеоцеального угла не обнаружено, однако интраоперационно в восходящую кишку был проведен назоинтестинальный зонд. Ранний послеоперационный период протекал соответственно срокам и объему оперативного вмешательства. Перистальтика восстановилась к третьим суткам. Назоинтестинальный зонд удален на пятые сутки, начато энтеральное питание.

На седьмые сутки появилась клиническая картина тонкокишечной непроходимости. Консервативные мероприятия не увенчались успехом, в связи с чем на восьмые сутки больной подвергнут релапаротомии. При ревизии тощая и подвздошная кишки расширены до 4 диаметров, до уровня илеоцеального перехода. Тонкокишечный анастомоз состоятелен. В брюшной полости около 500 мл светло-желтого прозрачного выпота. Учитывая операционные находки, явления серозного перитонита, принято решение о повторной интубации тонкой кишки и дренировании брюшной полости с последующей программной санацией через 2 суток. Случай консультирован с профессором кафедры детских болезней им. профессор Воронцова – Е. А. Корниенко. Обсуждена дальнейшая тактика консервативного лечения, возможность терапии ГКС.

Через 2 суток произведена правосторонняя гемиколэктомия с формированием илеотрансверзоанастомоза. Послеоперационный период протекал гладко. Выписан на 37 сутки. Гистологически подтверждена болезнь Крона с наличием типичных специфических изменений в виде гранулем и трансмурального гипоганглиоза подвздошной кишки, восходящего отдела ободочной кишки. Продолжена противорецидивная консервативная терапия. Через год состояние удовлетворительное, поправился на 7 кг, жалоб не предъявляет.

Ответы на вопросы

Канд. мед. наук А. А. Каманин: Какие были показания к постановке назоинтестинального зонда при закрытии энтеростомы?

– Пытались сохранить правый фланг толстой кишки. Тонкая кишка была расширена до 2–3 диаметров.

Канд. мед. наук А. А. Каманин: Не было ли показаний к смене биологического препарата?

– В связи с отсутствием лабораторной активности необходимости смены препарата не было.

Канд. мед. наук А. А. Каманин: Когда был убран сам патологический очаг?

– При последней операции.

Академик С. Ф. Багненко: Сколько таких больных в год поступает и где они концентрируются?

– Таких больных не много. Поступают в основном в детскую больницу № 2 Святой Марии Магдалины.

Член-корр. П. Н. Ромащенко: С каким диагнозом брали на первую операцию?

– Аппендикулярный инфильтрат с признаками абсцедирования.

Член-корр. П. Н. Ромащенко: Рассматривали вы наложение анастомоза лапароскопически?

– В условиях детской больницы № 2 подобная тактика не рассматривалась.

Прения

Н. К. Павелец: Заболеваемость воспалительными заболеваниями кишечника за последнее время выросла в 10 раз. С осложнениями у нас в год 5–7 пациентов. У нас не было возможности рассматривать лапароскопическую операцию. Повторное осложнение возникло в связи с тем, что у пациента был синдром короткой кишки.

Канд. мед. наук А. А. Каманин: Постановка зонда у пациента с таким диагнозом является провоцирующим фактором. Также хотелось бы знать уровень СРБ при первой и второй операциях.

Член-корр. П. Н. Ромащенко: Очень интересное сообщение. У детей диагностика сложная. Второй этап хирургического лечения – хирурги, накладывая энтеростому, пытались избежать тяжелой операции, выполняя щадящую. Но потом все-таки больший объем второй операции, очевидно, оправдан. У пациента хорошие результаты, и он ведет полноценный образ жизни. Профессор К. В. Павелец: Мы столкнулись с тем, с чем столкнулись. И когда я увидел этого пациента, он в 17 лет весил 50 кг. Мы старались делать все как можно щадяще, поэтому и зонд ставили. И постоянно консультировались с зав. кафедрой гастроэнтерологии, чтобы как-то уменьшить объем операции. И только когда уже поняли, что без операции не обойтись – была выполнена такая большая операция.

Академик С. Ф. Багненко: Это довольно специфическая хирургия, и поэтому необходимо работать в связке с гастроэнтерологами, и только гастроэнтеролог передает пациента хирургам. Опять же, тем хирургам, которые занимаются данной проблемой и владеют всеми видами операций, которые выполняют при данной патологии. Но необходима концентрация этих больных в центрах, где этим занимаются.

3. А. Л. Акопов. Отчет правления хирургического общества пирогова за 2021–2023 гг.

Поступил 22.05.2023 г.

2573-е заседание 26 апреля 2023 г.

Председатель – профессор Бадри Валериевич Сигуа

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А. Е. Демко, Д. А. Суров, И. П. Ястребов, А. И. Бабич, О. В. Бабков, И. И. Конякин (ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе», ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ). Этапное лечение больного с GIST-опухолью дпк, осложненной тяжелыми рецидивирующими кровотечениями.

Цель демонстрации – показать сложность ведения пациентов с GIST-опухолью ДПК, осложненной тяжелыми рецидивирующими кровотечениями, с успешным применением тактики этапного лечения.

Пациент С., 52 лет, поступил в отделение реанимации НИИ СП им. И. И. Джанелидзе в тяжелом состоянии 08.11.2021 г. с диагнозом ЖКК. В результате обследования выставлен диагноз: язва залуковичного отдела ДПК (Сг?), осложненная кровотечением ФПВ. При ФГДС отмечалось сдавление 12-й кишки извне. Выполнен комбинированный эндоскопический гемостаз.

12.11.2021 г. – рецидив кровотечения, гемостаз был достигнут инъекцией 0,005 % раствора адреналина и монополярной диатермокоагуляцией. В связи с высоким риском рецидива кровотечения осуществлена эмболизация aa. pancreatoduodenalis.

15.11.2021 г. в 23:30 возник рецидив кровотечения. Выполнено экстренное оперативное вмешательство: лапаротомия, мобилизация ДПК, пилородуоденотомия. Выявлено прорастание опухоли на $\frac{2}{3}$ окружности ДПК с продолжающимся кровотечением и распадом. В связи с нестабильной гемодинамикой и тяжестью кровопотери произведено прошивание опухоли, отключение ДПК от желудка, формирование переднего впередиободочного гастроэнтероанастомоза с брауновским соустьем.

16.11.2021 г. после стабилизации состояния выполнена панкреато-дуоденальная резекция с выведением холедохо- и вирсунгостомы. Гистологическое заключение: злокачественная гастроинтестинальная стромальная опухоль (GIST) двенадцатиперстной кишки с прорастанием в головку поджелудочной железы. pT3 pN0 pM0 R0.

У больного сформировались наружный билиарный и панкреатический свищи. Общий объем отделяемого – 1200 мл. Пациент выписан на 35-е сутки после оперативного вмешательства. Получал химиотерапию препаратом Иматиниб 400 мг.

29.03.2022 г. (4 месяц после операции) – в плановом порядке предпринята попытка реконструктивной операции. Однако вследствие наличия инфильтративно-воспалительных изменений и абсцесса в зоне панкреато-билиарного свища произведено ЧЧХ дренирование свищевой полости. После операции дебит по дренажу из зоны свища резко уменьшился.

09.2022 г. пациент госпитализирован для планового оперативного вмешательства. С целью предоперационного планирования выполнено 3D-моделирование с использованием технологии дополненной реальности.

14.09.2022 г. – выполнена лапаротомия, выделение свищевой полости с использованием технологии дополненной реальности. Наложена фистулоюноанастомоз на петле по Ру.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 21-е сутки с перекрытым ЧЧХ дренажем.

Через 3 месяца пациент обследован, выполнено МРТ ОБП, СКТ ОБП и ОГК с в/в контрастированием. Данных за прогрессирование онкологического процесса не получено.

Данный клинический случай демонстрирует сложность ведения пациентов с GIST-опухолью ДПК, осложненных тяжелыми рецидивирующими кровотечениями, с успешным применением тактики этапного лечения.

Ответы на вопросы

Профессор Н. Ю. Коханенко: Кровотечение остановили методом эмболизации панкреатодуоденальной артерии, но почему не оперировали?

– Ждали ответа гистологического заключения.

Профессор Н. Ю. Коханенко: На КТ была видна опухоль?

– Да, но без ответа гистологии не могли оперировать.

Профессор А. А. Завражнов: При использовании технологии дополненной реальности картинка при наложении смещается?

– При использовании данной технологии – дополненной реальности – сдвигается только вниз или вверх на 1–2 см.

Профессор В. А. Кащенко: Сама анатомия четко наслаивалась?

– Да.

Профессор К. В. Павелец: Если вернуться назад, вы выбрали бы такую же многоэтапную тактику или сразу бы выполнили панкреатодуоденальную резекцию?

– Наверное мы бы поступили так, как и поступили.

Прения

Профессор А. Е. Демко: Мы с этой ситуацией столкнулись на ночном дежурстве. Сталкиваясь с подобной ситуацией на дежурстве, анастомозы не накладываем. Стараемся пойти по упрощенному варианту. Почему многоэтапная операция? Мы столкнулись с ситуацией, где была язва и опухоль, осложненные кровотечениями. Поэтому остановка кровотечения была приоритетной задачей. Выполнять наложение анастомозов в такой ситуации сложно.

Профессор М. Д. Ханевич: Это была первая подобная операция у вас?

– Нет, мы в год выполняем 5–6 подобных операций.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Результат блестящий. Хочу поздравить авторов. Выполнять сразу панкреатодуоденальную резекцию сложно. В нестандартных ситуациях приходится использовать технологию дополнительной реальности и, очевидно, за этим будущее.

2. А. А. Завражнов, И. А. Реутский, О. Ю. Боско, И. А. Соловьев, А. Л. Оглоблин, Р. Г. Аванесян, А. А. Андреев, Л. Е. Федотов, Д. В. Лучинина (СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский педиатрический медицинский университет» Минздрава России, ФГБВОУВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова»). Случай успешного лечения пострадавшей с тяжелым огнестрельным торако-абдоминальным ранением ракетницей.

Цель демонстрации – показать эффективность этапного лечения тяжелого огнестрельного торако-абдоминального ранения с применением различных хирургических методов.

Пострадавшая Н., 59 лет, доставлена в Мариинскую больницу 27.06.2022 г. реанимационной бригадой СМП после получения огнестрельного торако-абдоминального ранения ракетницей в общественном месте. Установлен диагноз: огнестрельное комбинированное (термомеханическое) сквозное торако-абдоминальное ранение. Множественные переломы передних отрезков VII, VIII ребер и задних отрезков IX,

X ребра справа со смещением отломков, повреждение нижней доли правого легкого, купола диафрагмы; V, VI, VII, VIII сегментов печени IV степени по AAST, открытый пневмогемоторакс, гемоперитонеум, продолжающееся внутрибрюшное кровотечение. Острая массивная кровопотеря. Травматический шок 2 ст. ISS 29 баллов; ВПХ-СС 54 балла.

Этапы хирургического лечения: 27.06.2022 г.: лапаротомия, ушивание раны печени и раны правого купола диафрагмы, дренирование правой плевральной и брюшной полости; ПХО огнестрельной раны.

28.06.2022 г. в связи с появлением признаков открытого пневмоторакса произведена повторная хирургическая обработка ран груди. Выявлено: продолженный некроз и прорезывание швов диафрагмы. Выполнено: резекция отломков XI ребра, пластика раневого дефекта диафрагмы, дополнительное дренирование плевральной полости.

06.07.2022 г. после стабилизации витальных функций пострадавшая переведена из ОРИТ в хирургическое отделение.

18.07.2022 г. отмечено поступление желчи из входного отверстия огнестрельной раны. Выполнено: ревизия раны, некрэктомия, дренирование раневого канала с наложением NPWT-системы.

19.07.2022 г. выполнено чрескожное чреспеченочное наружное дренирование левого долевого протока печени.

25.07.2022 г. выполнена ЭПСТ, эндоскопическое стентирование правого долевого протока, стентирование главного панкреатического протока. Стенты удалены 24.08.2022 г.

09.09.2022 г.: произведена ретроградная обтурация протоков правой доли печени. Удалось достичь снижения сброса желчи по наружному желчному свищу, холангиостоме и дренажам, которые поэтапно удалены.

12.09.2022 г. – фебрильная лихорадка. На УЗИ и МРТ от 13.09.2022 г. диагностирована билома в VIII, VII, V сегментах печени и затек в правое поддиафрагмальное пространство размером 7×9×12 см. Произведено дренирование под УЗ-контролем. Дренажи удалены на 123 сутки с момента ранения.

В настоящее время раны зажили, пострадавшая чувствует себя удовлетворительно.

Ответы на вопросы

Профессор А. Е. Демко: Как часто вы используете методику отрицательного давления при повреждении паренхиматозных органов?

– У нас было 3 пациента, у которых мы использовали эту методику.

Профессор Б. В. Сигуа: вы рассматривали вопрос о выполнении гемигепатикэктомии, но ее не выполнили?

– Вероятность осложнений была велика, поэтому и воздержались.

Прения

Профессор А. Е. Демко: Многопрофильные травмоцентры нужны. Поздравляю с хорошими результатами. Применяя терапию отрицательным давлением, не увеличивали таким образом длительность течения свища? Мы бы воздержались от применения ВАК-терапии при травматическом повреждении печени.

Профессор А. А. Завражнов: Благодаря тому, что в Мариинской больнице сейчас работают и сотрудники ВМА, имеющие опыт лечения боевых ранений, можно эффективно оказывать хирургическую помощь подобным пациентам. Распространение травматического некроза было не очень велико, но не могли заранее предположить прогрессирование процесса. Не было синдрома системной воспалительной реакции и не было печеночной недостаточности, что позволило нам вести пациента консервативно, не выполняя гемигепатикэктомию. Профессор Б. В. Сигуа (председатель): То, что хирур-

ги решили использовать многоэтапность лечения в данной ситуации, было оправдано. Еще раз хотелось бы поздравить хирургов Марининской больницы с великолепным результатом.

З. Н. А. Майстренко, П. Н. Ромащенко, А. А. Феклюнин, А. К. Алиев, Е. С. Жеребцов (ФГБВОУВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова», кафедра (клиника) факультетской хирургии). **Современные возможности диагностики и лечения больных холедохолитиазом.**

Цель доклада – ознакомить с концепцией диагностики и лечения больных с основным и частым осложнением желчнокаменной болезни и достижение достойных результатов по снижению частоты РХ (резидуального холедохолитиаза), послеоперационных осложнений при их устранении, а также минимизацию летальных исходов.

Представлены результаты многолетней деятельности сотрудников кафедры и клиники факультетской хирургии имени С. П. Фёдорова по диагностике и лечению больных резидуальным холедохолитиазом (РХ) в период с 1980 по 2022 г.

Авторами дана динамика лечебно-диагностических возможностей при РХ, трансформированная в современные диагностические и лечебные алгоритмы. Детально изложены вопросы лечебной тактики с обоснованием различных вариантов удаления оставленных конкрементов в желчевыводящих протоках. Подробно представлены их непосредственные и отдаленные результаты.

Исходя из многолетнего опыта и критического анализа этого материала выработаны программы профилактики и прогнозе рисков РХ у больных желчнокаменной болезнью.

Предложенная концепция диагностики и лечения больных с основным и частым осложнением желчнокаменной болезни обеспечивает не только персонализацию оказания хирургической помощи, но и достижение достойных результатов по снижению частоты РХ, послеоперационных осложнений при его устранении, а также минимизацию летальных исходов.

Ответы на вопросы.

Профессор А. Е. Демко: У вас огромный опыт лечения резидуального холедохолитиаза. Ваше отношение к папиллосфинктеротомии?

– Мы все имеем хороший опыт, но, учитывая возникающие осложнения я стараюсь, если это возможно, воздерживаться от ее применения. Что касается скинтиграфии, мы ответственно подходим к этому, используя только абсолютные показания.

Профессор Н. Ю. Коханенко: В каких случаях ПСТ не помогает и вы переходите на открытую операцию?

– В основном мы используем наноимпульсную деструкцию, а потом удаляем.

Профессор Н. Ю. Коханенко: Были ли пациенты с тяжелым панкреатитом после ПСТ, которых вы оперировали?

– Да, было 2 случая.

Профессор В. А. Кашенко: Почему до сих пор мы не ввели процедуру МРХПГ для обязательного выполнения?

– Мне сложно ответить, но я не считаю нужным всем пациентам выполнять эту процедуру. Если холедох не более 6–7 мм и нет оснований думать о наличии в нем конкрементов, зачем без четких показаний выполнять МРХПГ.

Профессор К. В. Павелец: Отношение к ПСТ и баллонной дилатации?

– ПСТ только при мелких конкрементах. Баллонная дилатация при больших конкрементах, используя наноимпульсную литотрипсию, а затем удаление.

Профессор К. В. Павелец: Во всех ли случаях дренируете холедох?

– За 30 лет работы в клинике всегда дренировали, глухого шва на холедох не накладывали. Профессор А. А. Завражнов:

Большое вам спасибо за такой фундаментальный доклад на нашем первом заседании состава нового правления. Шкала оценки риска развития резидуального холедохолитиаза?

– Особых показателей нет. При плановых оперативных вмешательствах мы всегда пользуемся ею в полном объеме.

Профессор А. А. Завражнов: Сможет ли холедохоскопия заменить интраоперационную холангиографию?

– Не может холедохоскопия заменить холангиографию. Есть довольно четко сформулированные показания к выполнению интраоперационной холангиографии.

Прения

Профессор А. Е. Демко: Что касается плановой хирургии, шкалу оценки риска резидуального холедохолитиаза обязательно необходимо использовать. А вот что касается экстренной холецистэктомии, необходимо все-таки 1–2 суток наблюдения и затем использования шкалы оценки риска.

Профессор Б. В. Сигуа: Традиции кафедры факультетской хирургии ВМА позволили разработать современные подходы для лечения пациентов с резидуальным холедохолитиазом. Всем большое спасибо.

Поступил 22.05.2023 г.

2574-е заседание 10 мая 2023 г.

Председатель – профессор Анатолий Анатольевич Завражнов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. В. А. Рева, И. М. Неганов, А. А. Бормин, О. В. Пинчук, А. В. Рзынин, П. М. Староконь, А. Р. Самакаева, А. А. Почтарник (Войсковая часть 24405, командир В. В. Кудряшов; Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, кафедра военной хирургии; НМИЦ ВМТ им. А. А. Вишневого МО РФ). **Первый в мире случай успешной ЭКМО и селективной экстракорпоральной перфузии дуги аорты раненому с травматической остановкой сердца.**

Цель демонстрации – продемонстрировать возможности ЭКМО, РЭБОА и СПДА в лечении раненых и пострадавших, доставленных в терминальном состоянии.

Раненый Б., 51 года, был доставлен в отдельный медицинский батальон 30.01.2023 г. спустя 2 часа после сочетанного огнестрельного ранения головы, груди, правой верхней конечности, полученного при штурме укрепрайона. На месте ранения отмечено массивное наружное кровотечение из ран правого плеча (остановлено прижатием и наложением давящей повязки), выражена одышка. За период транспортировки отмечено угнетение сознания. При поступлении сознание отсутствует. Кожный покров бледный, холодный. АД 70/40 мм рт. ст., пульс 120 уд./мин. Дыхание поверхностное, частота 30 в мин. Местно: в левой теменной области слепое ранение мягких тканей, в верхней трети правого плеча сквозное ранение, слепое проникающее ранение правой половины груди в 5-м межреберье.

В операционной после снятия повязки возобновилось массивное наружное кровотечение – остановлено прижатием и тампонадой. Выполнено дренирование правой плевральной полости в 4-м межреберье, получен воздух под давлением и 600 мл крови. Под общей анестезией выполнен доступ к подмышечной и плечевой артерии, достигнут проксимальный контроль. Несмотря на достигнутую остановку кровотечения отмечена желудочковая тахикардия с последующей асистолией. Начата сердечно-легочная реанимация (СЛР).

Параллельно в обнаженную правую плечевую артерию ретроградно введена возвратная канюля 15Fg, установлена заборная канюля в правую бедренную вену 17Fg – подключены к предзаполненному контуру экстракорпоральной мембранной

оксигенации (ЭКМО) аппарата Ex-Stream (Трансбиотех, Россия). Спустя 5 мин ввиду неэффективности расширенной СЛР – старт перфузии с потоком 2,0–2,5 л/мин. Непрямой массаж сердца прекращен. Дополнительно выполнена пункция правой бедренной артерии, через интродьюсер в грудной отдел аорты заведен и раздут баллонный катетер для реанимационной эндоваскулярной баллонной окклюзии аорты (РЭБОА) – начата селективная перфузия дуги аорты (СПДА) со скоростью 1,5–2,0 л/мин. Спустя 6–7 мин после начала СПДА появились первые сердечные сокращения, которые стали регулярными и устойчивыми к 20-й мин. Начато постепенное сдувание баллона (общее время стояния 35 мин). Во избежание ишемии правой руки антеградно установлен интродьюсер для перфузии. Спустя 100 мин ЭКМО (из них около 60 мин СПДА) на фоне трансфузии 8 доз крови (в том числе цельной свежей), 3 доз плазмы ввиду полной стабилизации гемодинамики остановлена перфузия, кровь из контура возвращена в сосудистое русло. Выполнена деканюляция, наложены фасциальные швы на правую бедренную артерию и вену. В правую плечевую артерию установлен временный протез. Пациент пришел в сознание, экстубирован.

Спустя 12 часов выполнено аутовенозное протезирование плечевой артерии, широкая фасциотомия правого предплечья, в стабильном состоянии пациент был эвакуирован в Центральный госпиталь. В течение 7 суток удалены дренажи, наложены первично отсроченные швы на раны правой верхней конечности. Выписан на 30-е сутки.

Ответы на вопросы.

Профессор Е. К. Гуманенко: Спасибо за блестящий доклад. Организационные особенности в лечебном учреждении, в котором оказывалась специализированная хирургическая помощь?

– Такие тяжелые пациенты сразу направляются в операционную, в которой 3 операционных стола, к сожалению, один анестезиолог. Эндоваскулярную часть операции выполнялась мною самостоятельно на С-дуге. Был еще операционный медбрат и один ассистент.

Профессор Е. К. Гуманенко: Как вы видите целесообразность такого объема хирургической помощи в системе этапного лечения раненых при массовом поступлении в современных вооруженных конфликтах и сколько времени пациент находился на операционном столе?

– Он занял операционную на 2 часа только на ЭКМО. К сожалению, это такие пациенты, которые требуют достаточного запаса крови: 8 доз крови (3 были от наших сотрудников – прямое переливание). Логистически и технически ЭКМО – это несложная процедура. Главное – взаимопонимание и поддержка между хирургом и анестезиологом. Факт централизации кровообращения играет существенную роль. Главное – поставить катетер в артерию и вену, а дальше все делает машина.

Профессор В. И. Бадалов: При поступлении какие показатели крови?

– Не было возможности сделать анализы. Только лактат – 9. Позже смогли сделать.

Профессор В. И. Бадалов: Через какое время возникла остановка сердца?

– Через 20 мин.

Б. Н. Башанкаев: Как часто аппарат ЭКМО находится в шкафчике в операционной в полевых госпиталях?

– В штатных госпиталях их нет.

Прения

Профессор А. А. Завражнов (председатель): Методика очень перспективна для гражданских многопрофильных учреждений. Переливание свежестабилизированной крови

в данное время не разрешено, только компоненты крови. Но в этом есть большая необходимость и в данный момент эта проблема рассматривается профессиональными сообществами. Оснащение передовых этапов медицинской эвакуации не предусматривает использования ЭКМО, но применение данных методик на расширенной квалифицированной и ранней специализированной помощи имеет право на существование в руках подготовленных специалистов и отработанных направлений дальнейшей эвакуации с соблюдением преемственности в лечении. Разрешите поздравить коллектив авторов с маленькой победой и со столь интересной демонстрацией.

2. А. И. Бабич, А. А. Завражнов, А. Е. Демко, А. В. Осипов, Д. А. Хубезов, Л. Д. Хубезов, Ю. А. Побединцева, Д. А. Еланский, О. В. Вольман, А. В. Лищук, И. В. Решетов, В. А. Мануковский (ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»; СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»; ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ; ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ; ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» МЗ РФ; ГУ «Луганская республиканская клиническая больница» МЗ ЛНР). **Первый опыт клинического применения метода изолированной перфузии и консервации нижней конечности.**

Цель демонстрации – показать возможность применения изолированной перфузии и консервации конечности на этапе ОМЕБД с последующей артериальной реконструкцией и принятием решения об ампутации на этапе специализированной помощи.

Пациент К., 29 лет, поступил в Омедб 12.04.2023 г. через 17 часов после минно-взрывного ранения. При поступлении состояние тяжелое (АД – 90/60 мм рт. ст. без вазопрессорной поддержки, ЧСС – 110 в 1 мин, ВЕ – 12 ммоль/л), в сознании; на среднюю треть правого бедра наложен артериальный жгут (17 часов перед поступлением). Активных движений, тактильной чувствительности в области правой голени и стопы нет. Болевая чувствительность сохранена до средней трети правой голени. Мышцы голени плотные, при активных движениях голеностопный сустав тугоподвижен, выраженной контрактуры нет. Установлен диагноз: МВТ. Многооскольчатый огнестрельный межмышечковый перелом правого бедра со смещением отломков. Полное пересечение правой подколенной артерии и правой подколенной вены. Некомпенсированная ишемия правой голени и стопы. Кровопотеря тяжелой степени тяжести. В условиях Омедб выполнена тромбэктомия из правой подколенной артерии; затем – изолированная гипотермическая гипероксическая перфузия правой голени и стопы (артериальная и венозная канюля установлены в правую подколенную артерию и правую подколенную вену соответственно) и консервация раствором НТК Кустодиол (2 литра, температура 5 °С). На правую голень и бедро наложен АФВ. Длительность нахождения в Омедб – 2,5 часа. Транспортировка на следующий этап – 3,5 часа. Через 2 часа после поступления в специализированный стационар восстановлен кровоток по правой голени и стопе – выполнена аутовенозная пластика подколенной артерии и вены. Кровоток на стопе магистральный. За 12 часов после запуска кровотока в нижней конечности реперфузионных повреждений не отмечено, однако прогрессировала контрактура в области правого голеностопного сустава, мышцы голени признаны нежизнеспособными. Через 24 часа после восстановления кровотока выполнена ампутация на уровне средней трети правого бедра.

Пациент С., 46 лет, поступил в Омедб 15.04.2023 г. спустя 4,5 часа после минно-взрывного ранения. При поступлении состояние тяжелое (АД – 90/60 мм рт. ст. с вазопрессорной

поддержкой, ЧСС – 120 в 1 мин, ВЕ = –14 ммоль/л), в сознании; на среднюю треть левого бедра наложен артериальный жгут (4,5 часа перед поступлением). Активных движений, тактильной и болевой чувствительности в области левой голени и стопы нет. Установлен диагноз: МВТ. Сочетанное ранение головы, груди, живота, конечностей. ОЧМТ. Множественные осколочные раны головы. Множественные непроникающие осколочные ранения левой и правой половины груди. Непроникающее осколочное ранение живота. Многоосколчатый двойной огнестрельный перелом костей левой голени со смещением отломков. Полное пересечение левой подколенной артерии, левой подколенной вены (вена разрушена на протяжении), левой передней большеберцовой артерии, левой задней большеберцовой артерии. Некомпенсированная ишемия левой голени и стопы. Кровопотеря тяжелой степени тяжести. Выполнена хирургическая обработка ран головы, груди, живота и конечности. На голень и бедро установлен АВФ; выполнена тромбэктомия из левой подколенной артерии, в которую затем установлена артериальная канюля 6 Fr; проксимальные концы подколенной артерии перевязаны. В переднюю большеберцовую артерию установлена артериальная канюля (4 Fr). Осуществлена гипотермическая гипероксическая изолированная перфузия левой голени и стопы в течение 15 минут, отмечена нормализация показателей КОС в тканях левой голени и стопе. После завершения изолированной перфузии выполнена консервация левой голени и стопы раствором НТК Кустодиол (2 литра, температура 5 Gr. Цельсия). Пациент переведен в учреждение следующего этапа. Время транспортировки – 2,5 часа. Через 2,5 часа после поступления кровотока в левой голени и стопе восстановлен – выполнено аутовегетозное протезирование левой подколенной артерии и левой задней большеберцовой артерии. Кровоток на стопе – магистральный. В течение 5 суток после восстановления кровотока явлений реперфузионного повреждения нет. Кровоток на нижней конечности сохранен.

Данные клинические наблюдения демонстрируют возможность применения изолированной перфузии и консервации конечности на этапе ОМЕБД, с последующей артериальной реконструкцией и принятием решения об ампутации на этапе специализированной помощи. Кроме того, убедительно показано, что применение изолированной перфузии конечности с удалением перфузата перед включением конечности в системный кровоток позволяет избежать реперфузионных повреждений.

Ответы на вопросы

Б. Н. Башанкаев: Благодарю за великолепный доклад. Причина некроза в чем?

– Изначально при поступлении была некомпенсированная ишемия конечности с признаками начинающейся мышечной контрактуры, но мы решили максимально конечность, учитывая молодой возраст пациента. Признаки некроза мышц при первичной оценке жизнеспособности тканей отсутствовали.

Б. Н. Башанкаев: Как можно было бы избежать ампутации?

– Возможно, уже были запущены процессы в тканях, которые изначально не проявлялись, просто не подлежали обратному развитию, и усугубились в период реперфузии.

Профессор С. Я. Ивануса: Алгоритм контроля реперфузионного повреждения?

– В течение 5 суток мы раз в 12 часов контролируем биохимические показатели работы почек и функции печени.

Профессор Н. А. Бубнова: Наложено артериальное жгут на 17 часов. Как вы это объясните?

– Накладывается не жгут, а турникет и пострадавший сам его регулирует; поэтому и находилась конечность в таком состоянии, что сложилось впечатление, что не столько часов.

Профессор Е. К. Гуманенко: Откуда взялись соответствующие специалисты в данном медицинском учреждении?

– Группа усиления целенаправленно находилась в данном военно-медицинском учреждении.

Прения

Профессор Д. А. Рева: Хочу поздравить коллектив авторов. Мы делали подобные перфузии в соседнем батальоне, это показало, что история достаточно работающая. Будущее покажет, какая технология лучше работает.

Профессор В. И. Бадалов: Технология интересная, но необходимо учитывать противопоказания и показания при небольшом повреждении мягких тканей, с небольшим временем ишемии. В противном случае на следующем этапе мы сталкиваемся с тяжелыми осложнениями и боремся за спасение жизни пациентов.

Профессор А. А. Завражнов: Раньше подобные технологии были ограничены временем. Полная ишемия более 6 часов – выполняли ампутацию; сейчас если мы видим не только поврежденный сосуд, но сохранены кость и мягкие ткани, пытаемся бороться за конечность при длительных сроках ишемии, даже при наличии парциальной мышечной контрактуры. Да, осознаем, что спасение конечности (восстановление кровотока) в данной ситуации имело большой риск для жизни. Но понимание патофизиологии процесса и постоянный мониторинг маркеров реперфузионных повреждений позволил избежать возможной почечной недостаточности и синдром острого повреждения легких. Акцентирую внимание, такой подход возможен только в многопрофильных специализированных лечебных учреждениях.

Профессор А. Е. Демко: Мы увидели 2 достаточно интересные демонстрации, но только тщательный отбор данных пациентов и установка показаний к подобным методикам может привести к хорошим результатам; а подобные устройства действительно должны быть в экстренных операционных.

З. Р. Р. Касимов, А. П. Чуприна, О. М. Овчаров, И. М. Самохвалов, В. И. Бадалов, А. А. Завражнов, В. В. Парамонов (ФГКУ «442 военный клинический госпиталь» МО РФ; ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ).
Организация хирургической помощи на войне.

Цель доклада – в докладе представлен опыт организации хирургической помощи раненым в течение 1 года проведения СВО. Актуализирована необходимость своевременного маневра сил и средств хирургической службы, более широкого использования хирургической тактики «контроля повреждений» по организационным и медико-тактическим показаниям, а также необходимость приближения специализированной хирургической помощи к передовым этапам медицинской эвакуации.

Ответы на вопросы

Профессор А. Н. Петров: Насколько у нас выпускники ВМА способны работать в подобных условиях?

– Ребята все подготовлены неплохо, но необходим опытный наставник. Вопрос провокационный, за ними необходимо наблюдать, и постоянно обучать.

Профессор Е. К. Гуманенко: Какая госпитальная летальность?

– На этот вопрос ответить не могу. Работа эффективная, набираем опыт.

Профессор Е. К. Гуманенко: Госпитальную летальность необходимо анализировать постоянно. Время оказания специализированной помощи?

– От 60 мин до 3 суток.

Профессор А. К. Ушкац: Гемотрансфузиологическая помощь на войне?

– Мы снабжаем консервированной кровью все подразделения в достаточном количестве.

Прения

Профессор С. Я. Ивануса: Своевременно, полезно; но, к сожалению, на сегодняшний день нет возможного глубокого анализа результатов этапного лечения пациентов. Большую роль играет организация медицинской помощи, оснащенность гемостатическими средствами, наличие достаточного количества специалистов. К сожалению, опыт этапного лечения в современных условиях приходится еще обрабатывать и дорабатывать. На 3 столах идет сосудистая реконструкция. И высокопрофессиональные специалисты делают чудеса. Но законодательная база иногда у нас отстает. И оснащенность операционной тоже.

Профессор Е. К. Гуманенко: Я услышал интересные доклады, но у меня двойное ощущение. Если говорить о технологии первой демонстрации, на сегодняшний день, если есть такая возможность, эта технология имеет право и место быть. Если говорить о технологии во второй демонстрации, здесь нужно очень тщательно определить показания и тогда выполнять. Что касается организации этапного лечения раненых, то сейчас, безусловно, есть некоторые проблемы. Имеющая самый большой опыт в стране кафедра военно-полевой хирургии должна участвовать методически и практически в отработке постулатов организации помощи раненым.

Профессор В. И. Бадалов: Кафедра развивается, она не стоит на месте. Мы пользуемся всеми наработками, сделанными в предыдущих войнах. Но учитывая интенсивность боевых действий в настоящее время, многие показавшие свою эффективность концепции сейчас не работают; так как имеются большие санитарные потери. Мы не можем отказаться от

специализированной помощи, то сейчас мы квалифицированную помощь должны оказывать максимально приближенно к месту боевых действий. Сроки в среднем около 2 часов. Ранняя специализированная – около 6 часов. Через сутки-двое – полная специализированная медицинская помощь. Тактика многоэтапного хирургического лечения, которую мы сейчас используем, является основой лечения тяжелых ранений на войне. Данная стратегия позволяет спасать жизни раненым. На этапе оказания специализированной помощи летальность при тяжелых ранениях не превышает 2 %. Что касается сотрудников кафедры военно-полевой хирургии ВМА – 100 % сотрудников уже не по первому кругу побывали на передовой.

Б. Н. Башанкаев: Хочу поблагодарить всех врачей ВМА за столь достойную и хорошую работу. Сейчас мы работаем над реинкарнацией подобных кафедр и необходимо отнестись с вниманием к группе усиления. Это гражданские доктора, но они очень активно и профессионально помогают. Хотелось бы много поговорить об оптимизации процесса лечения раненых, продолжаем над этим работать. Если вы довезете бойца до госпиталя, почти в 100 % случаев мы его спасем.

Профессор А. А. Завражнов (председатель): Если раньше военная медицина давала развитие гражданской медицине, то сейчас гражданские врачи, которые отправляются на усиление, очень помогают военным медикам. То, что сейчас делается для восстановления военных кафедр, для возобновления преподавания курса военно-полевой хирургии среди гражданских врачей, должно сыграть только позитивную роль в улучшении результатов этапного лечения раненых.

Поступил 22.05.2023 г.