

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Председатель правления – А. А. Завражнов, ответственный секретарь – О. Ю. Боско, референт – А. Н. Галилеева

2579-е заседание 11 октября 2023 г.

Председатели – профессор Анатолий Анатольевич Завражнов, профессор Бадри Валерьевич Сигуа

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. М. К. Моисеев, Т. Х. Гамзатов, А. В. Лодыгин, А. В. Светликов, В. А. Ратников, В. С. Гуревич, А. В. Кебряков, В. А. Кащенко (ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова» Минздрава России, ФГБУ «Северо-Западный окружной научно-клинический центр им. Л. Г. Соколова» Федерального медико-биологического агентства, ФГБОУВО «Санкт-Петербургский государственный университет», ФГБОУВО «Северо-западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России). **Случай успешного этапного хирургического лечения (лапароскопического и эндоваскулярного) пациента пожилого возраста с комбинированным стенозом чревного ствола, обусловленным экстравазальной компрессией (синдромом данбара) и облитерирующим атеросклерозом.**

Цель демонстрации – показать случай успешного этапного лечения (лапароскопического и эндоваскулярного) пациента пожилого возраста с комбинированным стенозом чревного ствола, обусловленным экстравазальной компрессией (синдромом Данбара) и атеросклеротическим поражением.

Пациент Я., 65 лет, поступил в июле 2019 г. в ангиохирургическое отделение с жалобами на эпизоды потери сознания, возникающих после приема пищи, продолжительностью до минуты, проходящие спонтанно.

В ходе проведенного обследования (УЗДС чревного ствола, МСКТ-ангиографии грудной, брюшной аорты) был диагностирован гемодинамически значимый стеноз приустьевого сегмента чревного ствола (до 80 %), вызванный компрессией срединной дугообразной связкой диафрагмы, а также атеросклеротическим поражением устья чревного ствола (до 70 %). Было принято решение о выполнении двухэтапного хирургического лечения – лапароскопической декомпрессии чревного ствола путем рассечения дугообразной связки с последующим отсроченным стентированием чревного ствола в зоне атеросклеротического поражения. На фоне проведенного лечения получен положительный клинический эффект в виде полного купирования симптомов.

Через 4 года после перенесенного вмешательства у пациента при контрольном обследовании выявлен асимптомный рестеноз в стенке чревного стола (до 60 %), по поводу чего выполнена эндоваскулярная ангиопластика баллонным катетером с лекарственным покрытием.

Клинический интерес представленного наблюдения заключается в редкой встречаемости сочетания синдрома Данбара с атеросклеротическим поражением чревного ствола, трудности выявления причинно-следственной связи

между постпрандиальными синкопальными состояниями и нарушением кровотока по чревному стволу, отсутствии единой тактики консервативного, а также хирургического лечения данной патологии.

В представленном клиническом случае этапное малоинвазивное лечение (лапароскопическое и эндоваскулярное) позволило избежать травматичного хирургического пособия (лапаротомия, прямое рассечение дугообразной связки диафрагмы, прямая эндартерэктомия чревного ствола с пластикой заплатой), снизило риски интра- и послеоперационных осложнений, способствовало сокращению сроков реабилитации и быстрому возвращению пациента к привычному образу жизни.

Ответы на вопросы.

Профессор Н. А. Бубнова: Что такое синдром Данбара?

– Хирург Данбар открыл этот синдром – экстравазальный стеноз чревного ствола.

Профессор А. О. Аветисян: Что превалировало: стеноз чревного ствола или атеросклероз?

– Пациент обсуждался в составе комиссии: сосудистого хирурга, невролога, общего хирурга и т. д., превалировал экстравазальный стеноз, поэтому мы приняли решение сделать это лечение этапным.

Профессор А. О. Аветисян: У пациента в возрасте 60 лет – это первый дебют клиники стеноза чревной артерии?

– Да, ранее проявления стеноза у пациентки не отмечалось.

Профессор К. Н. Мовчан: А может ли быть одномоментная тактика лечения при подобной патологии?

– К сожалению, нет; так как проблема значительно более серьезная. Наиболее лучший результат при лечении чревного стеноза у детей. Чем раньше оперируют, тем лучше. Профессор А. А. Завражнов (председатель): Это опечатка в аннотации, что использовался баллон для дилатации с лекарственным покрытием?

– Нет, это не опечатка. Мы действительно используем подобные баллоны, которые оставляют лекарственную пленку на эндотелии сосуда.

Профессор А. А. Завражнов (председатель): С учетом возраста пациентки и присутствия системного атеросклероза, возможно, сразу нужно было начинать не с лапароскопии, а со стентирования?

– Это требует обсуждения. Мы сочли необходимым избрать вышеописанную тактику.

Профессор В. И. Кулагин: С чем связано синкопальное состояние?

– Мы не хотели заниматься этой патологией. Но наши сосудистые хирурги нас попросили, и мы занялись. Четкий ответ о причине синкопальных состояний мы получили только после рассечения дугообразной связки.

Профессор Б. В. Сигуа (сопредседатель): Дугообразная связка дает всего 10 % клинических проявлений патологии, а остальные, скорее всего, атеросклеротические?

– Да, но это мы сейчас понимаем, а тогда думали – 50/50 %.

Прения

Профессор Д. И. Василевский: Мы лечим стеноз чревного ствола сначала эндоваскулярно, а потом думаем об экстравазальной компрессии, но есть те, кто делает иначе. Профессор А. М. Игнашов говорил: «Нас научили ориентироваться на клинику; клиника улучшилась – результат достигнут».

Профессор А. В. Светликов: У нас пациентов с диагнозом стеноза чревного ствола много. Устанавливать стент, если есть сдавление дугообразной связки, нельзя. Поэтому мы и выбрали такую тактику. Лапароскопически устранили сдавление, а потом выполнили стентирование. Обработка рестеноза с помощью баллона, покрытого лечебным веществом, является оптимальным выбором.

Профессор Б. В. Сигуа (сопредседатель): Стеноз из-за экстравазального сдавления дугообразной связкой можно наблюдать у большинства пациентов в молодом возрасте. У данного пациента естественно преобладающим являлся атеросклероз. У меня не сложилось впечатление, что синкопальные состояния были связаны со стенозом чревного ствола.

2. *Коллектив госпиталя* (СПбГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России, кафедра общей хирургии). **Случай успешного лечения коморбидной пациентки с гигантской рецидивной послеоперационной вентральной грыжей.**

Цель демонстрации – показать эффективность применения мультидисциплинарного подхода в хирургическом лечении коморбидных пациентов в условиях многопрофильного стационара. Обсудить тактику лечения у пациентов с гигантскими грыжами живота.

Пациентка Т., 68 лет, в июле 2022 г. обратилась в госпиталь с основным диагнозом: «Гигантская рецидивная послеоперационная вентральная грыжа МЗМ4W3R7. Состояние после неоднократных оперативных вмешательств по поводу (рецидивирующих вентральных грыж (1993, 2003, 2006, 2009, 2010, 2011 и 2012 гг.). ЖКБ. Холецистэктомия в 2012 г. Состояние после герниолапаротомии и устранения странгуляционной тонкокишечной непроходимости (2017). Наружный кишечный свищ».

Сопутствующие заболевания: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты, коронарных артерий, сосудов головного мозга. Склеродегенеративное поражение аортального клапана. Гипертоническая болезнь III ст. Контролируемая артериальная гипертензия. Риск ССО 4 ст. (очень высокий). ЦВБ. Церебральный атеросклероз. Последствия ОНМК от 2017 г. ДЭ 3 ст. ХОБЛ. Бронхиальная астма, контролируемая. ДН 2–3. Сахарный диабет 2 типа, субкомпенсация. Индекс коморбидности по Charlson – 7 баллов, ASAIV.

В связи с сопутствующей патологией госпитализирована в кардиологическое отделение госпиталя для дальнейшего дообследования, коррекции сопутствующей патологии, для решения вопроса о возможности планового оперативного вмешательства. На фоне проведенной терапии отмечена значительная положительная динамика в течении сопутствующих заболеваний, достигнута компенсация по сердечно-сосудистой, дыхательной недостаточности и сахарному диабету.

22.08.2022 г. переведена на хирургическое отделение для планового оперативного лечения. 24.08.2022 г. выполнена: лапаротомия, адгезиолизис, резекция поперечной ободочной кишки со свищем. Пластика передней брюшной стенки с использованием импланта по методике IPOM. После операции переведена в ОРИТ. Течение раннего послеоперационного периода осложнилось присоединением коронарусной

инфекции, вызванной COVID-19, вирус подтвержден ПЦР (+) от 26.08.2022 г., правосторонней нижнедолевой пневмонией справа. ДН III ст. от 29.08.2022 г. Пациентка была переведена на ИВЛ. 01.09.2022 г. после стабилизации состояния, на фоне положительной динамики для дальнейшей комплексной консервативной терапии переведена на инфекционное хирургическое отделение. 06.09.2022 г. в связи с ухудшением состояния – нарастание одышки, нарастание сердечной и дыхательной недостаточности – вновь переведена в ОРИТ. 06.09.2022 г. на Rg-ОГК выявлены признаки тотального правостороннего гидроторакса со смещением срединных структур, ателектазом правого легкого. Венозный застой по МКК. Левосторонний плевральный выпот. Дренажирование правой плевральной полости от 06.09.2022 г. и левой плевральной полости от 7.09.2022 г. Хроническая рецидивирующая ТЭЛА от 8.09.2022 г. 14.09.2022 г. – улучшение состояния на фоне интенсивной пульс-терапии глюкокортикостероидами, что позволило перевести пациентку в кардиологическое отделение. 17.09.2022 г. с клиникой ЖКК, причиной которого, вероятно, являлось эрозивно-язвенное поражение тонкой кишки, переведена в ОРИТ. На фоне интенсивной гемостатической терапии и гемострансфузии состояние стабилизировано, и пациентка переведена на отделение для дальнейшей консервативной терапии. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии 23.09.2022 г. на амбулаторное лечение.

10.10.2022 г. на фоне отказа пациентки от приема антикоагулянтных препаратов на амбулаторном этапе вновь госпитализирована с основным диагнозом: илеофemorальный флeбoтpомбoз левой нижней конечности без признаков флотации от 05.10.2022 г. Тромбоз подколенных вен билатерально (по УЗИС от 10.10.2022 г.). Рецидивирующая ТЭЛА мелких ветвей легочной артерии. После проведенной консервативной терапии в удовлетворительном состоянии выписана для дальнейшего наблюдения по месту жительства. При контрольном осмотре в клинике КТ органов брюшной полости от 25.03.2023 г. данных за рецидив грыжи нет.

Ответы на вопросы.

Профессор К. Н. Мовчан: Какой вес был у больной, когда она к Вам пришла?

– Индекс массы тела 36, ожирение 2 степени. Пациентка была повышенной массы тела. Специальной подготовки и коррекции массы тела не проводилось. Основным показанием для операции было наличие кишечного свища.

Профессор А. В. Светликов: Как у вас проводили профилактику ТЭЛА? Не ставился ли вопрос о постановке кава-фильтра?

– Пациентка получала антикоагулянтную терапию, но пациентка не очень дисциплинированная; поэтому она и была госпитализирована, чтобы контролировать прием антикоагулянтов. Постановка кава-фильтра не рассматривалась.

Профессор А. А. Завражнов (председатель): Почему выполнили поперечный доступ, а не продольный?

– Нам показалось, что он будет более удобен для дальнейшей пластики с целью закрытия.

Профессор С. Я. Ивануса: Решающий фактор в пользу одномоментной операции?

– Операцию по удалению свища планировали с иссечением некротически измененной кожи, поэтому и приняли решение об одновременном выполнении пластики передней брюшной стенки.

Профессор А. О. Аветисян: Поздравляю с таким хорошим результатом. Не думаете ли вы, что осложнения были связаны со значительным повышением внутрибрюшного давления после выполненной пластики?

– Герниопластика была ненапряжной, сеткой, которую удалось приобрести. К сожалению, сетки большого размера сейчас очень трудно найти.

Профессор А. О. Аветисян: Сколько было по свищу отделяемого в сутки?

– Количество отделяемого до 40 мл.

Прения

Канд. мед. наук А. В. Лодыгин: 1. Вентральные грыжи, если масса тела выше 35 на плановые без предварительной подготовки по снижению массы тела операции не берут. 2. Одномоментно выполнять 2 операции нельзя. Нужно было бы первым этапом иссечь свищ. Затем снизить массу тела до индекса 30 и после этого выполнить пластику. Потратили бы год–полтора и после этого выполнили бы пластику. Так бы я поступил.

Профессор М. Ю. Кабанов: здесь мы показали возможности лечения в условиях многопрофильного стационара.

Профессор Б. В. Сигуа (сопредседатель): Противопоказания: серьезные декомпенсированные сердечно-сосудистые заболевания; в отношении массы тела ничего противоречивого нет, в отношении противопоказаний к одномоментной операции – они тоже были относительны. Хочу поздравить коллектив госпиталя с таким хорошим хирургическим результатом.

Профессор А. А. Завражнов (председатель): Лечили коморбидную пациентку в третью волну коронавирусной инфекции в многопрофильном стационаре. От подобной пациентки многие могли бы отказаться. Молодцы! Желаем вам дальнейших успехов.

3. С. Я. Ивануса, М. В. Лазуткин, Б. В. Рисман, Е. И. Петрова, С. Г. Драгунов, Д. Н. Иванов, А. В. Янишевский (ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ). **Инфекционные осложнения огнестрельных ранений. Проблемные вопросы и современный подход.**

Цель доклада – представить современные подходы в комплексном лечении инфекционных осложнений боевой огнестрельной травмы.

Актуальность. В условиях современных военных конфликтов частота инфекционных осложнений остается высокой и составляет 25–38 % после огнестрельных и 40–60 % после минно-взрывных ранений, а в 25 % случаев инфекционные осложнения являются причиной летального исхода. Развитие раневой инфекции увеличивает длительность лечения в 2 раза.

Бактериальное загрязнение огнестрельных ран, разрушение тканей по ходу раневого канала приводят к большому числу инфекционных осложнений, что обуславливает необходимость постоянного совершенствования методов местного и общего лечения раневой инфекции.

Несмотря на большое число работ, посвященных профилактике развития раневой инфекции при огнестрельных ранениях, проблема инфекционных осложнений сохраняет свою значимость по настоящее время и требует дальнейшего изучения.

Характер и модель ранений: огнестрельные ранения верхних и нижних конечностей. Около 50 % пациентов, поступающих на этап специализированной хирургической помощи из зоны проведения СВО, составляли пациенты с изолированными огнестрельными ранениями конечностей. Преобладали осколочные (73 %), минно-взрывные (22 %) ранения в сочетании с повреждением длинных трубчатых костей (41 %) и суставов (9 %), травматические ампутации (21 %).

Тяжесть состояния пациентов оценивали по шкале оценки тяжести повреждений ВПХ–П (ОР) конечности (Указания по Военно-полевой хирургии, 2020 г.). Преобладали по тяжести

повреждений среднетяжелые (9 %) и тяжелые (84 %). Для оценки тяжести состояния использовали Шкалу ВПХ – СП. В удовлетворительном состоянии (60 %), средней тяжести (24 %), тяжелые (12 %), крайне тяжелые (4 %).

Лечебно-эвакуационные характеристики: на этапе специализированной хирургической помощи 98 % пациентов поступали в сроки до 4 суток от момента получения ранения, пройдя этап оказания первой врачебной помощи (50 %), квалифицированной хирургической помощи (47 %) до оказания специализированной медицинской помощи.

Факторы риска инфекционных осложнений исходят из патогенеза огнестрельного ранения: обширный характер повреждений, ишемия мышечных массивов, комбинированная микробная контаминация, невозможность одномоментной радикальной ПХО. Наряду с местными проявлениями до 10 % пострадавших имеют проявления ОПН, до 1 % требуют проведения эфферентной терапии.

Анализ микробного пейзажа ран. Установлено, что микробная обсемененность раны при прохождении 2 этапов эвакуации встречается на 15 % чаще, чем при одном этапе до специализированной хирургической помощи. В дополнение к стандартной методологии бактериологического исследования выборочно использовали хромато-масс-спектрометрию, что позволяет получить полный микробный спектр возбудителей. При поступлении в стационар на этапе специализированной хирургической помощи вместе с условно-патогенной флорой обнаруживали антибиотикорезистентные госпитальные штаммы, а именно *Klebsiellapneumoniae*, *Acinetobacterbaumannii*, *Pseudomonasaeruginosa*. На этапе поступления в клинику общей хирургии 70 % пациентов имели клинические и микробиологические признаки инфекционных осложнений, в процессе лечения зафиксировано 12 %, итого более 80 % пациентов имели инфекционные осложнения как следствие огнестрельных ранений. Осложнения, связанные с развитием анаэробной инфекции, составили 3 %, у 6 % установлен диагноз сепсиса.

Специализированная хирургическая помощь. Пациентам выполняются ревизии ран, некрэктомии нежизнеспособных тканей, дренирование ран, этапные хирургические обработки с использованием ультразвуковой кавитации, наложение системы ЛРОД, закрытие раневого дефекта посредством наложения вторичных швов, проведение аутодермопластики. Среднее количество повторных и вторичных хирургических обработок составило 8,3 на одного раненого.

Для объективизации течения раневого процесса использована методика компьютерной планиметрии «АналиРан». Программа позволяет оценивать динамику заживления на основании данных о площади раны в мм² и ее элементов: некроз, фибрин, грануляции и эпителий в %.

Таким образом, на этапе специализированной хирургической помощи при огнестрельных ранениях конечностей в структуре входящего потока преобладают тяжелые повреждения. Суммарно инфекционные осложнения развиваются более чем у 80 % пострадавших. В этиологии инфекционных осложнений основную роль играют госпитальные антибиотикорезистентные штаммы преимущественно *Klebsiellapneumoniae*, *Acinetobacterbaumannii*, *Pseudomonasaeruginosa*. Рациональная антибактериальная терапия должна назначаться с учетом доминирования грамотрицательной и анаэробной флоры. Факторами, повышающими риск развития раневой инфекции при травматическом повреждении мягких тканей, являются: доставка на этап специализированной медицинской помощи в сроки более 2 суток после ранения,хождение более 2 этапов медицинской помощи. На ранних сроках лечения в условиях недостаточно радикальной хирургической обработки терапия отрицательным давлением должна применяться с

осторожностью. Использование метода компьютерной планиметрии (программа «АналиРан») позволяет объективизировать течение раневого процесса в огнестрельной ране.

Ответы на вопросы.

Профессор А. А. Соловьев: Вы обычно выполняете подожную фасциотомию?

– Ее выполняют до нас, на передовых этапах медицинской эвакуации.

Профессор А. А. Соловьев: Когда вы выполняете первую перевязку после повторной обработки ран с наложением вакуумной системы?

– Через трое суток.

Профессор А. В. Светликов: Чем обусловлено раннее присоединение раневой инфекции?

– Анаэробные условия способствуют раннему появлению инфекции. Это у 15 % пациентов. У большинства раненых, конечно, наличие раневой инфекции запрограммировано характером ранения.

Профессор А. В. Светликов: Как часто в вашей практике вы сталкиваетесь с сосудистой патологией?

– До 17 % случаев. Подавляющее большинство раненых идут на лечение на профильную кафедру сердечно-сосудистой хирургии. Почти всем пациентам на этапе сортировки, кроме осмотра, выполняют и ангио-КТ.

Прения

Профессор Н. А. Бубнова: Огромное спасибо за ваше выступление.

Профессор А. А. Завражнов (председатель): Я полностью присоединяюсь к Наталье Алексеевне. Спасибо Сергею Ярославовичу за историю развития кафедры общей хирургии Военно-медицинской академии и становления школы по лечению инфицированных ран различной этиологии. Отказ от наложения первичного шва при огнестрельных ранениях на передовых этапах эвакуации является аксиомой в 95 %, а то и в 100 % случаев. Прошу воздерживаться от термина «травматическая ампутация». Ампутация – это операция. Корректнее говорить о

разрушении конечности, полном и неполном ее отрыве. Очень важно соблюдать тактику последовательности и преемственности лечения ран на этапах медицинской эвакуации, поэтому четко знать этапы проведения первичной хирургической обработки, понимать, что такое повторная и вторичная хирургическая обработка и чем они отличаются друг от друга, а также знать методы дренирования и показания к наложению первичного и вторичного швов. Тогда ошибки в лечении огнестрельных ран будут минимальны. Нагноение не является осложнением лечения огнестрельной раны, это естественный процесс биологического очищения. Но, когда раневой процесс распространяется на здоровые ткани, мы говорим о развитии раневой инфекции и выполняем хирургическую обработку по вторичным показаниям и называем ее «вторичной». Как «первичная», так и «вторичная» хирургические обработки могут производиться несколько раз, поэтому и называем их повторными. Рассечение, иссечение, дренирование – неотъемлемые классические этапы хирургической обработки, но нельзя забывать о восстановлении адекватного кровотока, фасциотомии, фиксации переломов и смежных суставов, подвешивании сегмента конечности для оптимизации управления раневым процессом. Контаминация микрофлорой огнестрельных ран неизбежна. Главная цель первичной хирургической обработки – не допустить развития раневой инфекции – флегмоны, абсцесса, раневого затека. Для этого и предназначены все этапы и методы ПХО, как и отказ от первичного шва. В тоже время необходимо помнить, что ПХО не должна усугубить общее тяжелое состояние раненых, поэтому она может быть отсрочена до 2 суток и выполняться в сокращенном объеме. Применение ВАК – современный и очень эффективный метод управления раневым процессом. Можно применять с первых суток, но он может способствовать кровотечению. И поэтому ВАК лучше подключать с повторной обработки или перевязки. Главное в лечении огнестрельных ран – понимать патофизиологический смысл раневого процесса и управлять им, направив все усилия на своевременное закрытие раны. Спасибо за своевременный и нужный доклад.

Поступил в редакцию 24.10.2023 г.