

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

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

2587-е заседание 13 марта 2024 г.

Председатель – профессор Б. В. Сигуа

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А. О. Аветисян, А. В. Чаусов, А. А. Скороход, В. Ф. Ли, И. С. Серезвин, Е. А. Давыденкова, И. А. Табанакова, Г. С. Беляев, Г. Г. Кудряшов, П. К. Яблонский (ФГБУ «СПбНИИФ» МЗ РФ). **Этапное лечение пациента с пищеводно-плевральным свищем после правосторонней пневмонэктомии в условиях эмпиемы плевры.**

Цель демонстрации – показать нестандартный персонализированный подход к лечению пищеводно-плеврального свища в условиях отсутствия легкого у пациента, перенесшего ряд операций по поводу осложненного туберкулеза легкого.

Мужчина 50 лет, госпитализирован в Центр торакальной хирургии ФГБУ «СПбНИИФ» МЗ РФ в плановом порядке в сентябре 2020 г. с диагнозом: «Диссеминированный туберкулез легких в фазе распада, МБТ (–), осложненный смешанной эмпиемой плевры справа с бронхоплеврочным свищем. Функционирующая торакостома справа от 11.2019 г.».

Из анамнеза установлено, что в январе 2019 г. в связи с появлением боли в правой половине груди выполнена обзорная рентгенография легких, установлено наличие диссеминированного поражения легких с гидропневмотораксом справа. Выполнено дренирование плевральной полости, получен гной. При исследовании дренажного отделяемого и мокроты выделена культура МБТ с сохраненной лекарственной чувствительностью, а также получен рост *Ps. Aeruginosa* из плевральной полости. Заболевание сопровождалось продолжительным сбросом воздуха по дренажу, в связи с чем дважды предпринята попытка достижения хирургического аэростаза путем торакотомии с декортикацией легкого и частичной плеврэктомией, а в дальнейшем была сформирована торакостома с резекцией боковых отрезков 7–8 ребер (ноябрь 2019 г.). Ввиду неэффективной санации эмпиемы пациент был направлен на лечение в СПбНИИФ. В период с осени 2020 г. по лето 2021 г. пациенту выполнен ряд операций:

23.09.2020 г. Трансцервикальная видеоассистированная резекция правого главного бронха.

20.10.2020 г. Правосторонняя плевропневмонэктомия.

07.12.2020 г. Правосторонняя, экстраплевральная верхне-задняя 5 реберная торакомиопластика.

21.05.2021 г. Торакомиопластическое закрытие торакостомы.

12.06.2021 г. был выписан в ПТД по месту жительства для продолжения лечения. Ухудшение самочувствия с 10.11.2021 г. после эпизода многократной рвоты. Рентгенологически – отмечается уровень содержимого, плевральная полость в верхних отделах сообщается с пищеводом – пищеводно-плевральный свищ. При ФГДС определяется округлый дефект пищевода с сообщением с плевральной полостью. За время нахождения в Крымском центре фтизиатрии выполнено дренирование плевральной полости и гастростомия. Пациент питался

через гастростому. После заочной консультации госпитализирован в ЗХО СПбНИИФ. После непродолжительного обследования пациенту выполнена торакостомия (01.04.2022 г.) для эффективной санации правой плевральной полости, а также визуальной оценки пищеводного свища со стороны плевральной полости. На фоне ежедневных санаций и вакуум-аспирационного дренирования достигнуто уменьшение размеров остаточной плевральной полости, однако диаметр свища пищевода оставался прежних размеров и сохранялся рост неспецифической микрофлоры. Так как дефект был более 1 см в диаметре, эндоскопические методики лечения свищей пищевода были признаны неэффективными изначально. 11.11.2022 г. выполнена операция – из заднего доступа выполнена частичная резекция 6-го ребра справа, задняя торакотомия, иссечение, ушивание наружного пищеводно-го свища, миопластика трапециевидной мышцей. В послеоперационном периоде налажено вакуум-аспирационное дренирование остаточной плевральной полости. На этом фоне отмечена положительная динамика в виде уменьшения объема полости до щелевидной, однако сохранялся рост неспецифической микрофлоры. 21.07.2023 г. выполнена торакомиопластика остаточной плевральной полости с применением лоскута остатков широчайшей мышцы спины и подлопаточной мышцы с резекцией 7-го ребра, переднего отрезка 6-го ребра. В дальнейшем за 14 дней до выписки пациента гастростомическая трубка была удалена, ушитый дефект передней брюшной стенки зажил первичным натяжением. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент был выписан в поликлинику по месту жительства.

Ответы на вопросы.

Доцент А. С. Петров: Что послужило главным фактором формирования свища?

– Окончательного ответа нет, но, возможно, прогрессирование эмпиемы плевры.

Канд. мед. наук К. Г. Шостка: С чем связан рецидив свища?

– Возможно, рецидив возник после миопластики.

Профессор А. Л. Акопов: Вы сказали, что, когда пациент поступил, лечение начали с VAC-терапии, но ведь у пациента не было герметичности?

– Нам удалось достичь герметичности.

Профессор А. Л. Акопов: Когда произошел разрыв пищевода, полость была больше, чем 100 мл. Чем вы можете это объяснить?

– Небольшая полость увеличивается за счет отсутствия каркасности.

Профессор А. Л. Акопов: Пациент поступил истощенный – 45 кг, не рассматривали ли вы резекцию пищевода у данного пациента?

– Нет, не рассматривали.

Доцент М. А. Аскиров: Как изменились результаты по лечению эмпиемы плевры с применением VAC-терапии?

– Как изменились результаты летальности, я сказать не могу.

Доцент В. И. Кулагин: Когда пациент от туберкулеза вылечился?

– Через год после первой операции.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): На каком расстоянии в пищеводе образовался свищ?

– 30 см от резцов.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Если план Б у вас отсутствовал, а нужно ли было оперировать?

– Да, нужно было выполнить эзофагоэктомия с кишечной пластикой пищевода.

Прения

Профессор К. В. Павелец: Когда мне показали пациента, он был крайне истощен. Можно было из левого доступа резецировать пищевод, но функционально пациент эту операцию бы не перенес. Честно говоря, я думал, что он выполненную операцию не перенесет, но она была единственным шансом. Я вас поздравляю. Вы подарили пациенту жизнь.

Профессор А. Л. Акопов: У меня нет опыта лечения таких больных. То, что произошло с этим больным – это чудо. Риск осложнений у пациента есть. Но то, что он жив сейчас – это чудо.

Профессор П. К. Яблонский: Сейчас нет операций простых и сложных. Есть операции короткие и длинные. Только русские могли догадаться использовать заднюю группу мышц. И достаточно хорошо нужно видеть геометрию грудной клетки. И понять, что, иссекая 6 ребро, мы сразу выйдем на пищеводный свищ. И вдобавок пациенту необходимо было кормить. Я согласен, Андрей Леонидович, с Вашим мнением, что полностью исключить возникновение свища невозможно. Лечение таких тяжелых пациентов тяжелый труд, нужно сказать спасибо всей команде.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Пациент прошел все этапы вместе со своими докторами. Мы не сможем, очевидно, ответить, что было предрасполагающим фактором образования свища. Возможно, фиброз, но это все предположения. Хочу сказать спасибо авторам демонстрации за такой добросовестный труд в лечении столь сложного пациента и получение хорошего результата.

2. К. Г. Шостка, М. А. Черных, Н. В. Манкевич, Р. И. Федулов, А. М. Белоусов (Клиника высоких медицинских технологий им. Н. И. Пирогова ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»). **Успешный случай лечения большой распадающейся опухоли головки поджелудочной железы.**

Цель презентации – демонстрация возможности хирургического лечения как основного метода местно-распространенного злокачественного новообразования головки поджелудочной железы, осложненного параканкротическим абсцессом, сложность верификации морфологического типа опухоли.

У пациента В., 63 лет, в феврале 2023 г. во время обследования по поводу аденомы предстательной железы выявлено новообразование головки поджелудочной железы. Выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия. При цитологическом исследовании полученного материала опухолевых клеток не обнаружено. В конце апреля появилась желтушность кожных покровов, диагностирована механическая желтуха, в связи с чем 03.05.2023 г. выполнена лапароскопическая холецистостомия, инцизионная биопсия новообразования головки поджелудочной железы. По данным гистологического исследования – опухолевого роста не выявлено. В июне 2023 г. в связи с развитием абдоминального болевого синдрома, субфебрильной лихорадки, экстренно госпитализирован в ГБУЗ МРЦКБ г. Саранск, диагностирован абсцесс в области головки поджелудочной железы, 22.06.2023 г. выполнена лапаротомия, вскрытие и дренирование абсцесса, инцизионная биопсия опухоли. По данным гистологического исследования – злокачественный

карциноид поджелудочной железы. Данный материал был пересмотрен в Республиканском онкологическом диспансере г. Саранска, получено заключение – умеренно дифференцированная, протоковая аденокарцинома поджелудочной железы. Пациент дообследован в объеме КТ ОГК, ОБП, ОМТ и МРТ ОБП. По данным обследования определяется образование неправильной формы с нечеткими контурами в головке поджелудочной железы с распространением на паранкреатическую клетчатку, общими размерами 75×68×63 мм, с зоной центрального некроза; в полости некроза визуализируется дренажная трубка. Выявлено прилегание опухоли до 100 градусов к медиальной стенке воротной вены на протяжении до 34 мм, немногочисленные увеличенные паранкреатические лимфоузлы до 12×16 мм, данных за отдаленные метастазы не получено.

По месту жительства и в соседних регионах в оперативном лечении было отказано, также отказано в проведении системной лекарственной терапии из-за наличия гнойно-септических осложнений в виде сохраняющегося мутного отделяемого по дренажной трубке.

Пациент обратился к онкологу КВМТ им. Н. И. Пирогова для рассмотрения вопроса о возможности хирургического лечения

Решением онкологического консилиума КВМТ им. Н. И. Пирогова пациенту рекомендовано выполнение гастропанкреатодуоденальной резекции с лимфодиссекцией.

5 сентября пациент госпитализирован в КВМТ им. Н. И. Пирогова для планового оперативного лечения. При поступлении, согласно принятой в клинике методике, были выполнены скрининговые тесты на выявление резистентной флоры. Согласно результатам скрининга была подобрана периоперационная антибиотикопрофилактика, продленная до 72 часов в послеоперационном периоде.

После предоперационной подготовки 6 сентября 2023 г. выполнена лапаротомия, ревизия органов брюшной полости. Выявлен опухолевый конгломерат, прорастающий в поперечную ободочную кишку, в связи с чем принято решение об увеличении объема операции до гастропанкреатодуоденальной резекции с расширенной правосторонней гемиколэктомией.

Ближайший послеоперационный период осложнился острой задержкой мочи, выполнена троакарная эпицистостомия. В дальнейшем послеоперационный период протекал гладко. На 12-е сутки пациент выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторный этап лечения.

По данным гистологического исследования операционного материала – нейроэндокринная опухоль головки поджелудочной железы диаметром 11,0 см, G3, с массивными некрозами, исследовано 12 лимфатических узлов – без признаков опухолевого поражения.

Далее пациенту выполнено ИГХ, по данным которого получен ответ ацинарная аденокарцинома с гистологическим «лицом», схожим с НЭО.

Ответы на вопросы.

Профессор С. Я. Ивануса: Условно резектабельная опухоль или не резектабельная?

– Да, условно резектабельная. Но распад опухоли не давал шансов на проведение неадьювантной химиотерапии.

Профессор С. Я. Ивануса: Как вы оцениваете борьбу центров, которые дают противоречивые результаты?

– Морфология – дело тонкое, конечно, хотелось бы иметь лабораторию, которая сразу даст правильное заключение. Но у нас клинически была нейроэндокринная опухоль, поэтому мы сразу и согласились.

Профессор Н. Ю. Коханенко: Правда ли было сказано, что вена была сдавлена на 3,5 см?

– Это был воспалительный процесс и поэтому относительно легко отошли от вены, так как это была не опухолевая инфильтрация.

Профессор К. В. Павелец: Чем обусловлен выбор правосторонней гемиколэктомии, а не резекции поперечно-ободочной кишки?

– Потому что илеотрансверзоанастомоз более безопасен.

Доцент В. И. Кулагин: Вы впервые видели такой распад опухоли?

– Не могу сказать, сколько видели раз, но чтобы опухоль перфорировала, видел впервые.

Профессор П. К. Яблонский: Пациент выписан на 12-е сутки. Это норма?

– У пациента гладкое течение и смысла держать не было. Не было объективной причины. Касательно потери веса – это проблема. Мы даже планировали ввести специального доктора – нутрициолога, который бы вел этих пациентов и все объяснял им в отношении питания.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Онкомаркеры брали на догоспитальном этапе?

– Да, конечно. Они зашкаливали.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Делали ли пункцию плевральной полости и отправляли ли полученную плевральную жидкость на цитологию?

– Не отправляли.

Прения

Профессор Н. Ю. Коханенко: Н. Н. Артемьева – раньше только она делала такие операции. Сейчас около 20 хирургов выполняют операции на поджелудочной железе. Опыт довольно большой, но я не помню, чтобы оперировали такую большую опухоль. Решиться на такую большую операцию – это не только профессионализм, но и мужество. Конечно, если опухоль можно удалить – ее нужно удалять. Поздравляем всех с замечательным результатом.

Профессор К. В. Павелец: Хочу поздравить хирурга и его помощников с таким результатом. Резектабельность опухоли нужно определять во время операции и не всегда придадут значение гистологии. Неадекватная терапия дает эффект не более чем в 25 %. Поэтому я здесь полностью поддерживаю К. Г. Шостка, когда есть шанс, пациента нужно оперировать.

Профессор С. Я. Ивануса: В ходе дискуссии у Кирилла Георгиевича был и план Б в случае прорастания воротной вены. В основе великолепная хирургическая техника и могли бы это в презентации показать, а мы бы могли этому поучиться.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Хотел бы поблагодарить авторов за хорошую демонстрацию. И, конечно, нельзя недооценивать возможности неадекватной химиотерапии и существующих протоколов ведения подобных больных, и поэтому потеря 3 месяцев и отсутствие неадекватной терапии не следует считать нормой. При получении у онкологических пациентов любого биологического материала необходимо его отправлять на гистологическое исследование.

З. А. М. Белоусов, Д. Д. Шкарупа, В. П. Армашов, Н. Л. Матвеев (Клиника высоких медицинских технологий им. Н. И. Пирогова ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»), ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А. С. Логинова» Департамента здравоохранения города Москвы, ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава России). **Отечественный антиадгезивный эндопротез с фторполимерным покрытием для внутрибрюшной пластики передней брюшной стенки: путь от хронического эксперимента к клиническому применению.**

Цель доклада – показать преимущества методики IPOM plus: относительная простота выполнения, возможность визуализации скрытых грыжевых дефектов, доступна для быстрого освоения, хороший косметический эффект, меньшее количество раневых осложнений, меньший период реабилитации по сравнению с открытыми методиками.

Пациенты с вентральными грыжами брюшной стенки составляют от 20 до 30,7 % от количества всех пациентов с грыжами. По частоте встречаемости занимают второе место после паховых грыж. Ежегодно по всему миру по поводу вентральных грыж выполняется около 2 млн операций. На их долю приходится до 25 % от общего количества вмешательств, проводимых в отделениях общей хирургии.

Социально-экономическая значимость проблемы вентральных грыж напрямую связана с пониманием структуры когорты пациентов. Основная масса пациентов относится к наиболее трудоспособной возрастной группе.

Проблема хирургического лечения грыж передней брюшной стенки не теряет своей актуальности с древних времен по сегодняшний день. К началу XX в. было предложено более 400 различных методик оперативного лечения. Однако значимые перемены в результатах лечения появились после внедрения полимерных сетчатых эндопротезов. Результаты операций в значительной степени стали определяться положением эндопротеза в тканях брюшной стенки и типом протеза. На долгое время золотым стандартом стала методика ретро-масскулярного расположения импланта. Следующей «революцией» стало внедрение видеоэндоскопических технологий в абдоминальную хирургию. В арсенале хирургов появилась методика лапароскопического внутрибрюшного размещения сетчатого эндопротеза, в англоязычной литературе названная IPOM (intraperitoneal onlay mesh).

Долгое время герниопластика IPOM применялась в лапароскопическом «интерпозиционном» варианте, когда не производилось ушивание грыжевых ворот. В ряде случаев это вызывало образование сером и возникновение так называемых псевдорекидивов, а также повышало количество истинных рецидивов. Уменьшить количество указанных негативных моментов позволило внедрение методики IPOM Plus, при которой предварительно ушивается грыжевой дефект. Методика IPOM plus имеет ряд несомненных преимуществ: относительная простота выполнения, возможность визуализации скрытых грыжевых дефектов, доступна для быстрого освоения, хороший косметический эффект, меньшее количество раневых осложнений, меньший период реабилитации по сравнению с открытыми методиками.

Как и любая методика, лапароскопическая пластика с внутрибрюшным расположением импланта имеет свои недостатки. Главной «претензией» к методике является наличие контакта антиадгезивного сетчатого эндопротеза с органами брюшной полости, а также высокая стоимость такого типа имплантов.

Это послужило для нас побудительным мотивом к поиску оптимального антиадгезивного эндопротеза для внутрибрюшной пластики с точки зрения спайкообразования, интеграции в переднюю брюшную стенку и соотношения цена/качество.

В докладе будут представлены результаты трех этапов хронического эксперимента, проведенного на крупных животных – свиньях породы русская белая.

В результате эксперимента были изучены все имеющиеся на данный момент антиадгезивные эндопротезы зарубежного и отечественного производства, а также изучен новый отечественный антиадгезивный эндопротез с фторполимерным покрытием.

Во время первого этапа выполняли лапароскопическую внутрибрюшную установку антиадгезивных эндопротезов,

затем выполняли релaparоскопию через 1,5 и 3 месяца с целью оценки спаечного процесса. После этого выводили животных из эксперимента, забирали комплекс «сетка-ткань», выполняли тензометрические тесты, гистологическое и иммуногистохимическое исследование.

На втором этапе выполняли установку полноразмерных антиадгезивных сетчатых эндопротезов экспериментальным животным. Также использовались свиньи породы русская белая. При этом выполнялось моделирование грыжевого дефекта, использовались различные методы фиксации эндопротеза.

На третьем этапе экспериментальным животным были установлены эндопротезы двух типов: полиэстеровые эндопротезы с коллагеновым покрытием в качестве антиадгезивного слоя и полиэстеровые эндопротезы с фторполимерным покрытием. После выведения животных из эксперимента выполнялась оценка спаечного процесса в зависимости от типа импланта, от метода фиксации и места его расположения.

Также в докладе будут продемонстрированы первые результаты клинического применения антиадгезивного эндопротеза с фторполимерным покрытием у пациентов с вентральными грыжами.

Ответы на вопросы.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Какого пола использовались животные?

– 2 самки и 1 самец.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Экспериментаторы обычно используют самцов, чтобы нивелировать эндокринологическую систему?

– У нас такой набор случайный.

Профессор В. А. Кашенко: Спаечный процесс – одна из проблем, но длительно находящийся протез может привести к повреждению кишки?

– Но если мы посмотрим западные протезы, у них не было ни одного случая свищей. У нас тоже такое осложнение не возникало.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Если взять кишку и субсерозно расположить протез возникнет ли свищ?

– Это мы будем рассматривать в процессе следующего исследования.

Доцент В. И. Кулагин: Изменилось бы что-то, если бы вы сетку укладывали не на брюшину, а на дефект?

– Не могу ответить, это для следующего эксперимента.

Прения

Профессор Г. М. Рутенбург: Рассмотрим два аспекта выступления. В связи с существующей обстановкой появление отечественных сетчатых протезов в герниологии нужно приветствовать. К сожалению, отечественных степлеров пока не существует. Говоря о сепарационных методиках оперирования послеоперационных вентральных грыж, они должны использоваться очень ограниченно и только в специализированных лечебных учреждениях. В правильном ли направлении движемся, возможно, как на западе – уйти в сторону пропилены. Но и это направление нужно приветствовать.

Профессор В. А. Кашенко: Хочу обратить ваше внимание на составление герниологического регистра. В отношении сетчатых протезов мы пока не можем сказать, с какими отдаленными результатами мы можем столкнуться.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Наука начинается там, где начинают эксперимент.

Поступил в редакцию 20.03.2024 г.

2588-е заседание 27 марта 2024 г.

Председатель – профессор Д. И. Василевский

ДЕМОНСТРАЦИИ

К. А. Андрейчук, Е. В. Кулешова, А. М. Игнашов, Г. Ю. Сокуренок, А. В. Кочетков, Д. Н. Дойников, Е. П. Головань (ФГБУ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова МЧС России). **Случай многоэтапного лечения осложнений огнестрельного ранения бедра.**

Цель демонстрации – показать возможности успешного этапного лечения огнестрельного ранения, сопровождающегося множественными отдаленными осложнениями.

Пациент Ш., 1964 г. р., неоднократно находился на лечении в отделении сердечно-сосудистой хирургии ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России.

Из анамнеза известно, что в 1995 г. пациент получил огнестрельное ранение правого бедра дробью с повреждением мягких тканей, множественными повреждениями правой поверхностной бедренной артерии, сопровождающееся массивной кровопотерей. Была выполнена первичная хирургическая обработка с лигированием поврежденных сосудов. В связи с постепенным нарастанием проявлений артериальной недостаточности, проявляющейся значительными ограничениями физической активности, в 1997 г. профессором А. М. Игнашовым было выполнено бедренно-подколенное шунтирование выше щели коленного сустава, что позволило полностью компенсировать явления артериальной недостаточности. Пациент вернулся к активной жизни, однако спустя пять лет развился тромбоз шунта, потребовавший повторного бедренно-подколенного шунтирования. Однако имплантированный синтетический шунт тромбировался через два года. Учитывая отсутствие выраженных проявлений артериальной недостаточности, от его удаления и повторной реваскуляризации было решено воздержаться. Тем не менее, в 2008 г. у пациента развились клинические проявления инфекции нефункционирующего сосудистого протеза, в связи с чем он был частично удален. Кровообращение в конечности было полностью компенсировано за счет развитых коллатералей из бассейна глубокой бедренной артерии.

В 2015 г., спустя 7 лет после санации инфекционного очага, пациент отметил появление пульсирующего образования в правой паховой области в проекции сосудистого доступа. При обследовании выявлена ложная аневризма бедренной артерии, сформировавшаяся в области проксимального анастомоза бедренно-подколенного шунта вследствие персистирующего инфекционного процесса. Учитывая вовлеченность в зону поражения устья глубокой бедренной артерии – единственного источника кровоснабжения конечности, консилиумом с участием профессора А. М. Игнашова, курировавшего лечение пациента на протяжении 18 лет, было принято решение о резекции аневризмы с протезированием общей бедренной и устья глубокой бедренной артерий в анатомической позиции с одномоментной санацией зоны инфекционного очага. 02.09.2015 г. была выполнена операция в объеме резекции ложной аневризмы с удалением пораженных инфекционным процессом стенок общей бедренной и устья глубокой бедренной артерий, остатков нефункционирующего ПТФЭ-протеза, санации очага с использованием ультразвуковой системы и подвздошно-глубокобедренного протезирования hand-made протезом из бычьего ксеноперикарда. В послеоперационном периоде проводилась антимикробная терапия с коррекцией по результатам полученных посевов из раны (полирезистентный *St. epidermidis* 102 КОЕ/мл). Пациент выписан на 11-е сутки с первичным заживлением послеоперационных ран и

отсутствием признаков ишемии конечности и инфекционного процесса в паховой области.

Наблюдается в клинике до настоящего времени. В марте 2023 г. выполнялось удаление остатков инфицированного сосудистого протеза в средней трети бедра. В настоящее время признаков активного инфекционно-воспалительного процесса в тканях бедра нет. Кровообращение в конечности полностью компенсировано, дистанция ходьбы практически не ограничена.

Прения

Профессор А. А. Завражнов: Для меня как общего хирурга сосудистый шов является, наверное, апофеозом всей хирургической деятельности. Без взаимоотношения с сосудом не решается и не обходится ни одна большая операция, начиная с трансплантологии и заканчивая большими вмешательствами на опухолях и раком при больших онкологических операциях, которые сопровождаются прорастанием в магистральные сосуды, например, опухоль панкреатодуоденальной зоны, прорастающей воротную вену. И, конечно же, с тех времен, как Алекс Карель предложил свой сосудистый шов, за который получил Нобелевскую премию, технике и особенностям его выполнения. Мы помним работы академика Б. В. Петровского, который проанализировал опыт сосудистых операций во время ранений в ходе Великой Отечественной войны. Тогда был накоплен уникальный опыт, который вылился в монографию. Этот фундаментальный труд продолжили военные хирурги: Михаил Иванович Лыткин, Вадим Алексеевич Корнилов, которые занимались острой ишемией и, действительно, по их мнению, сосудистый шов – не только спасение конечности, это спасение жизни. Неправильные показания к сосудистому шву могли бы привести к системным осложнениям в виде почечной недостаточности и гибели больного. А правильная корреляция между тяжестью состояния и возможностью успешной реконструкции и дальнейшее лечение всех осложнений, связанных с тромбозом и перевязкой сосудов, до которой этот пациент и дошел, требуют от хирурга большой усидчивости, знаний и, может быть, риска, который не только дарит и позволяет сохранить человеческую жизнь, но и сохраняет его физическую и социальную адаптацию. Поэтому, Анатолий Михайлович, спасибо Вам за эти уроки, за такие наблюдения, которые нам, молодым хирургам показывали, что, конечно, времена Пирогова прошли, но поливалентность, и в том числе знание основ общей хирургии, ангиотравматологии, методики выполнения сосудистого шва необходимо для того, чтобы решать такие трудные задачи. Спасибо за эту интересную демонстрацию.

Профессор Д. И. Василевский (председатель): Мне кажется, что представленная тактика, в общем, очень точно характеризует сдержанный, дальновидный подход к каждой возникавшей проблеме на длинном этапе лечения этого пациента. Подход к проблеме может быть разноплановым: где-то наблюдение и тактика консервативная, где-то – активная хирургическая. Но в итоге мы видим, что пациент через 20 лет после того, как получил такую травму, которая в самом деле далеко не всегда позволяет сохранить конечность, ходит на своих ногах. Собственно, что он сам и озвучил. Спасибо еще раз за эту очень наглядную демонстрацию.

2. А. В. Кочетков, А. М. Игнашов, Д. В. Дворянkin, Д. Н. Дойников, В. И. Корнев, С. В. Кузнецов, О. А. Русанов, С. В. Соколова, С. Д. Мигащук, Ван Чжо (ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никитина» МЧС России). **Повторные абдоминальные и сосудистые вмешательства в связи с рецидивными перфоративными язвами тощей кишки и ложной параанастомозной аневризмой после шунтирования общей**

печеночной артерии при хронической предынфарктной мезентериальной ишемии.

Цель презентации – показать возможность необходимости мультидисциплинарного подхода с участием соответствующих специалистов, включая сосудистого и абдоминального хирурга, для успешного лечения таких больных.

У больного 78 лет с генерализованным окклюзионно-стенозирующим атеросклерозом, преимущественно брюшной аорты, чревного ствола и верхней брыжеечной артерии, хронической тяжелой мезентериальной ишемией с ежедневной постоянной и усиливающейся мучительной послеобеденной абдоминальной болью при помощи шунтирующей сосудистой операции и серии повторных ($n=8$) своевременных и адекватных интраабдоминальных вмешательств (резекция тощей кишки и ушивание ее острых перфоративных язв и применение абдоминальной VAC-системы в лечении перитонита, и повторных сосудистых операций ($n=2$) (аутовенозное шунтирование и эндоваскулярная постановка стент-графта в протез для исключения ложной аневризмы) и проведения интенсивной терапии был обеспечен благоприятный исход лечения.

Мультидисциплинарный подход с участием соответствующих специалистов, включая сосудистого и абдоминального хирурга, необходим в успешном лечении таких больных.

Ответы на вопросы.

Профессор Д. И. Василевский (председатель): Поясните, пожалуйста, Ваше представление о патогенезе этих перфоративных язв. У меня сложилось впечатление, что это все-таки ишемические проявления в виде локальных некрозов стенки кишки. Почему вроде бы наложен анастомоз, по идее, оксигенация тканей должна быть лучше, а получили такое осложнение, с которым боролись и благополучно справились.

– Конечно, в первую очередь приходят мысли об ишемии при выявлении язвенных некротических дефектов. Вместе с тем мы видим, что это не совсем типичные язвенные поражения – это не некроз кишки мозаичного характера. В возникновение которого дополнение могли внести бактериальная инвазия стенки кишки и внутрипросветная гипертензия, которые на тот момент присутствовали. Именно по этой причине, посчитав недостаточным кровоток, мы и выполнили протезоверхнебрыжеечное шунтирование после санации брюшной полости по поводу перитонита.

Профессор А. О. Аветисян: Спасибо за интересное наблюдение, которое, к сожалению, протекало с осложнениями. Скажите, пожалуйста, перед закрытием лапаротомы Вы выполняли ангиоконтрастирование КТ?

– Компьютерная томография с контрастированием непосредственно перед закрытием не выполнялась. Контроль был перед повторным вмешательством и на протяжении всего этого периода времени осуществлялся ультразвуковой контроль проходности шунтов.

Профессор А. О. Аветисян: Не было впечатления, что после наложения шунта коллатерали перестали функционировать за счет обкрадывания? И что привело к ишемизации в дальнейшем?

– Мы при последней компьютерной томографии увидели улучшение заполнения коллатералей, по которым осуществлялся приток крови к ветвям верхнебрыжеечной артерии и ветвям чревного ствола. Однако мы понимали, что у этой пациентки при пролонгировании стеноза верхнебрыжеечной артерии и ее проксимального сегмента, 1 и 2 сегмента, а также после выполненной ранее гемиколэктомии, которая сопровождается, как правило, перевязкой артерии, могло привести к обеднению этого коллатерального кровотока, что и послужило, в общем, очевидно, причиной этого осложнения.

Доцент В. И. Кулагин: Станислав Дмитриевич, видели больную только Вы после всего проведенного лечения. Скажите, пожалуйста, насколько эта операция достигла своего эффекта? Достигла или нет? Ее оперировали по поводу болей после еды, поносов, потери веса, что-то изменилось? Боли, понос прошли? Какой клинический эффект вы можете оценить за 1,5 года, или вернее за год и 1,5 месяца?

– Благодарю за вопрос. Как ранее было сказано, пациентка за указанный период набрала около 10 кг веса, не отмечала боли после приема пищи, поносы тоже прекратились.

Прения

Профессор А. М. Игнашов: Сама пациентка доктор – длительное течение заболевания с тяжелейшим генерализованным атеросклерозом. Вся нисходящая аорта и ее парные висцеральные артерии, включая почечные, были поражены. Это были окклюзионные поражения. Больная в прошлом много курила. Сахарного диабета у нее не было. Необычная ситуация заключается вот в чем: несмотря на работающий полноценно шунт от подвздошной артерии до бассейна чревного ствола, а мы рассчитывали на окольное кровообращение из ветвей чревного ствола; все-таки возникли, развились такие острые язвы тощей кишки. Я внимательно посмотрел, на русском языке есть хорошая монография «Болезнь кишечника» – автор Ш. Дробни (венгерский хирург). Там целая глава посвящена вот этим острым простым язвам тощей кишки. И разбираются все вопросы, касающиеся патогенеза этих язв. Здесь, если обратили внимание, имела место дислокация микрофлоры грибковой и бактериальной. Все, что произошло: операционный стресс, потеря массы тела до 45 кг, за последние полгода 20 кг, иммунный статус нарушен. Постоянная диарея, невозможность питаться. Она была подавлена, попросту говоря, и потом уже все-таки кровообращение по шунту привело к тому, что мы добились успеха вот этими небольшими оперативными вмешательствами. Были ушиты язвы. Швы в месте наложения их на кишке, оказались состоятельными. Поэтому когда такие больные, с такой вот тяжелой мезентериальной ишемией кишечника, оказываются на операционном столе, конечно, риск осложнений очень высок и велик. И, что любопытно, в последнее время за рубежом особенно говорят, несмотря на то, что потеря массы тела достаточно существенна, выраженное похудение, заниматься длительно оральным зондовым питанием или парентеральным питанием у таких больных не следует, потому что это только провоцирует развитие острой ишемии. Потом занимайтесь, но сначала прооперируйте. А потом занимайтесь этой терапией.

Профессор Д. И. Василевский (председатель): Честно говоря, генез возникших осложнений мне видится, я, конечно, могу ошибаться, но мы в нашей аудитории не рассматриваем такой вопрос, как операция, которая не такая уж быстрая по времени, и, если бы во время анестезии у пациентки, находящейся в субкомпенсации по абдоминальной ишемии, были бы какие-то провалы системной гемодинамики, вполне могла пострадать тонкая кишка, которая достаточно быстро реагирует на любые ишемические воздействия. Это так, в плане дискуссии. Наверное, надо поздравить коллег с таким достаточно наглядным результатом лечения хронической абдоминальной ишемии.

3. А. М. Игнашов, А. В. Кочетков, В. Н. Хирманов, Чжо Ван, Д. Н. Дойников, А. Н. Морозов, О. А. Русанов, М. А. Стальков, З. М. Хамид, С. Д. Мигацук, А. Ю. Гичкин (ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова», ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова» МЧС России). **Некоторые клинические аспекты о мезенте-**

риальной ишемической болезни и синдроме компрессии чревного ствола.

Цель доклада – показать важность клинического значения мезентериальной ишемической болезни и синдрома компрессии чревного ствола встречающихся нередко. Необходима своевременная диагностика и соответствующее лечение этих заболеваний до наступления опасных осложнений.

За 50 лет были оперированы более 100 больных хронической и реже острой мезентериальной ишемией вследствие атеросклеротического поражения непарных висцеральных артерий и 1600 с синдромом компрессии чревного ствола. В течение последних 4 лет декомпрессия чревного ствола была произведена у 148 из 265 с выявленным синдромом его сдавления и реконструктивная при атеросклерозе у 12. При этом повторные операции в связи с неудовлетворительными исходами первичной декомпрессии чревного ствола были у 11 больных. После системного медицинского обследования, УЗИ и КТ ангиографии, реже катетерной, показания к операции устанавливались междисциплинарной группой соответствующих специалистов. При симптомной мезентериальной ишемии восстановление кровотока приоритетно при помощи баллонной ангиопластики и стентирования, особенно у больных высокого риска и рецидиве стеноза артерии. Хирургическое лечение в основном показано при невыполнимости технически – стентирования. Предпочтительно антеградное или ретроградное шунтирование чревного ствола и верхней брыжеечной артерии, реже эндартерэктомия или реплантация. При инфаркте кишечника его резекция и шунтирование мезентериальной артерии. Декомпрессия чревного ствола была открытой, что не исключает лапароскопическую, и у половины из них симулированная при сопутствующих заболеваниях: ФП по Ниссену, низведение 12-ПК по Стронгу, резекция аневризм мезентериальных артерий и другие. Причинами неблагоприятных последствий декомпрессии чревного ствола были стеноз/окклюзия его и/или верхней брыжеечной артерии, заболевания органов пищеварения или их сочетание и нейровегетативные расстройства. В последнее время хорошие результаты декомпрессии чревного ствола в отдаленные сроки у 90 % и переходящие неудовлетворительные у 6 % больных.

Мезентериальная ишемическая болезнь и синдром компрессии чревного ствола встречаются нередко, чем полагают, имеют важное клиническое значение. Необходима своевременная диагностика и соответствующее лечение этих заболеваний до наступления опасных осложнений.

Прения

Профессор А. А. Завражнов: Анатолий Михайлович, Вы в своей хирургической работе взяли за самый трудный раздел в абдоминальной хирургии. Это сочетание функциональной гастроэнтерологии с сосудистыми заболеваниями. Представляю, сколько было разочарований, неудач, но Вы их побороли своими успехами, своей верой в те мысли, знания, в те исследования, которые привели к тем результатам, которые получили. Живите долго, радуйте себя, всех окружающих и радуйтесь тому, что происходит. Мы с Вами! И будьте, пожалуйста, нашим почетным гостем.

Профессор Н. Ю. Коханенко: Дорогой Анатолий Михайлович, теперь уже от Педиатрической Академии, в которой я работал больше 20 лет и от ректора, и от его помощника, заместителя, передать Вам вот этот замечательный адрес. Дорогой Анатолий Михайлович, Вы 1982 г. пришли в клинику, а я в 1984 г. в СНО. Вы тогда руководили СНО, т. е. мы с Вами знакомы более 40 лет. Потом была ординатура в отделении, которым руководили Вы, потом была аспирантура, и я к Вам пришел за научной темой. И Вы говорите, нет, только чревный ствол – и

направили меня к Нине Николаевне Артемьевой. И с Вашей подачи я с ней связал всю свою жизнь. Дорогой Анатолий Михайлович, Вы хирург уникальный и вот то, что показывали около 2000 операций, но Вы же не только чревный ствол оперировали, об этом не знают, и не только выполняли большие общехирургические и сосудистые операции аневризмы, шунтирование. Вы же работали в Вологодской ЦРБ и в Вологодской областной больнице. Вы оперировали все общехирургические операции, и резекция желудка, и гемиколэктомия и т. д. Все Вы оперировали. Поэтому я думаю, что в сумме, наверное, порядка 3000 операций Вы сделали. И я помню, как приходил к Вам в кабинет и на столе лежали последние английские руководства и руководство по оперативной хирургии Гюмеля. Я бы этого не знал, если бы Вы мне об этом не рассказали. И все было на английском языке. И Вы зачитывали главы от туда. Спасибо Вам за такое образование. 20 кандидатских, 5 докторских – 1 из них моя. Но я понимаю, что многие диссертации были по сосудистой хирургии, но моя была посвящена раку поджелудочной железы и несколько кандидатских диссертаций по гиперпаратиреозу. Вы такой поливалентный хирург и ученый. Анатолий Михайлович, Бог дал Вам много сил и здоровья, и я думаю, что не только в городе, а, может быть, и в стране наиболее пожилой оперирующий хирург, и я думаю, что еще немножко, и как Федор Григорьевич Углов, Вы войдете в книгу рекордов Гиннеса. Дай Бог Вам здоровья, и сил, и энергии!!!

– Спасибо. На все Воля Божия.

Профессор Д. А. Гранов: Я без адреса, но с подарком. От центра радиологии и хирургических технологий имени академика А. М. Гранова. Все Ваши друзья и коллеги передают Вам огромный привет, поздравления, пожелания доброго здоровья, ярких операций, успехов в работе и в жизни. Мы прекрасно помним наши совместные наблюдения успешного лечения сложных пациентов с тяжелой патологией. Ваше активное участие в консультировании и руководстве научными работами. Вряд ли это кто-то уже сейчас из молодежи может себе представить – те работы, когда изучалась магнитно-резонансная компьютерная томография дуги аорты, грудной аорты и докторская диссертация под руководством Анатолия Михайловича была защищена в нашем центре. Мы прекрасно помним Ваши работы и активное участие в Диссертационном совете нашего центра. Это незабываемо. И много замечательных воспоминаний о совместной работе, успехах; но неудачи тоже, конечно, были. Еще раз самые наилучшие поздравления от нашего центра; некоторые тут хвастались, что с 1984 г. с Вами знакомы. Я неформально знаком с 1982 г. Это было замечательное время. В 1983 г. я был в субординатуре на кафедре хирургических болезней для субординаторов, руководимой акад. Ф. Г. Угловым. И не буду лукавить, я действительно увлекался и много изучал опыт, тогда абсолютно передовой пионерский опыт по диагностике и лечению компрессии чревного ствола, и, совершенно случайно посмотрев какого-то пациента 16 лет, худенького, поставил ему клинический диагноз ночью: синдром наружной экстравазальной компрессии чревного ствола. Вначале улыбался мой куратор клинический ординатор, потом ответственный дежурный, потом заведующий отделением, потом в аудитории уже был смех доцентов и профессоров, даже академик Ф. Г. Углов улыбался. Но диагноз надо снимать, крыть-то не чем. Клиника-то есть. Была выполнена ангиография и мой диагноз с блеском был подтвержден и в качестве премии мне была предоставлена возможность ассистировать приглашенному профессору А. М. Игнашову. Участвовать в операции в качестве первого ассистента по декомпрессии чревного ствола с блестящим непосредственным, а потом и отдаленным результатом. Так что вот такие истории, но, может быть, они не вызывают улыбку. Я это помню и мы сейчас это

как раз вспоминали. Много-много замечательных воспоминаний. Я очень рад Вас видеть сегодня. Действительно, может быть, скромно говорю, но я нахожусь под колоссальным впечатлением от Вашего доклада. Потрясающе, это блестяще, это фантастический уровень аналитики. Еще раз спасибо Вам огромное. Спасибо за Ваше отношение ко мне лично и к нашему центру. Дай Бог здоровья! Спасибо Вам.

Профессор Н. А. Бубнова: Дорогой Анатолий Михайлович, с 15 января и по нынешнее заседание я каждый день поднимаю бокал за Ваше здоровье. Да, потому что я 55 лет знаю Анатолия Михайловича. Потому что в клинической ординатуре у нас на кафедре с Вологды появился Анатолий Михайлович. Какие это были операции, как он с сосудами обращался. Я сейчас вот сидела здесь и думала. Боже мой, вот как в кино я вспоминаю эту палату субтильных пациенток. Они молодые, но у них все болит. И вот выясняется, что у них стеноз чревного ствола, и вот это ощущение, когда ты пересекаешь эту связку диафрагмы. 50 лет прошло, а у меня вот это все в памяти. Дорогой Анатолий Михайлович, Вы потрясающий человек, Вы удивительный человек. Я так счастлива, что Вы мой учитель столько лет. Я рада всегда Вас видеть. Спасибо Вам за то, что Вы есть. Такой, как Вы есть, понимаете, вот это очень важно. Так мало уже людей таких простых, доступных, и вот это Вы. Спасибо за все, что Вы в моей жизни сделали.

В. И. Николаев (бывший заведующий хирургическим отделением): Я работал под руководством Анатолия Михайловича, когда был заведующим общехирургическим отделением клиники госпитальной хирургии. Делал обходы он всегда мягко, четко. Я был тогда резкий товарищ, потому что по возрасту я был намного младше. Но в молодом возрасте все мы такие. Но вот сделал я себе визитку, отличник здравоохранения, хирург высшей категории. А Анатолий Михайлович посмотрел и усмехнулся; ну, я понял, что я не туда попал. С другой стороны, вот я, уже работая в клинике, узнаю, что моя медицинская сестра лежит на обследовании в клинике. Анатолий Михайлович приходит в эту палату, смотрит больную, консультирует ее; потом поворачивается – видит сестру и называет ее по имени-отчеству; она так была тронута, потому что давно с ним не виделась, у него феноменальная вообще память. Вы слышали из доклада, как это все происходит. Но как сейчас возраст у меня большой, узнаешь, оказывается, он собирает картины, вот я и хочу, чтобы к 100-летию он собрал много картин и открыл свою картинную галерею. И я очень хочу на нее попасть, потому что я немножко моложе. Анатолий Михайлович, поздравляют Вас все сотрудники моего отделения, которые не могли сегодня присутствовать по ряду причин, но поздравляют Вас. Все Вас помнят.

В. Ф. Ли – заведующий отделением реанимации: Поздравляем Вас от всего нашего маленького дружного коллектива, хоть у нас специализация немного другая – анестезиология-реаниматология ВНИИ Фтизиопульмонологии, но имеем дерзость все-таки считать Вас нашим учителем. Учили, научили, и учите нас своим собственным примером в первую очередь. Вы замечательный поливалентный хирург, самое главное замечательный врач с сумасшедшей эрудицией и фантастической работоспособностью. Во-первых, Вы нас научили, что хорошим врачам можно стать, если работаешь хотя бы 6 раз в неделю. А Ваши обходы, которые Вы проводили дважды в день в реанимации, конечно, оставили в нас громадный след. Эти обходы как врача, но также заменили нам, как Вы говорите, отсутствие партийной школы. В общем, спасибо Вам большое, долго работайте и много.

Профессор Д. И. Василевский (председатель): Будем считать на сегодняшний день наше заседание завершенным. Еще раз, Анатолий Михайлович поздравляем Вас и ждем на сле-

дующем юбилее с большим клиническим материалом. Всего доброго, коллеги. Спасибо.

Профессор А. М. Игнашов: Я искренне признателен и благодарен всем. Сегодня Вы мне устроили праздник. Я получил, как говорится, карт-бланш на оставшиеся сколько мне Господь Бог отведет годы. На все Воля Божья. Сколько позволит фортуна. И к делу. Здесь раздавались голоса – вот сосудистая хирургия, сосудистый хирург должен что-то делать. Я хочу еще раз повторить слова Б. В. Петровского, он постоянно подчеркивал: «Каждый хирург – это прежде всего сосудистый хирург. Если не владеете техникой хотя бы элементарной – обнажение, пережатие, наложение шва на сосуды – это беда для больного, и беда для хирургии». В Градце-Кралоу – это город в Чехословакии, как-то я позна-

комился с великолепным сосудистым хирургом – доктором Доровейчик. Потом стали большими друзьями, он широко оперировал. Я спрашиваю его, как обстоят дела в абдоминальной хирургии, имея в виду острые нарушения мезентериального кровообращения.

– Все хирурги, которые в нашем университете работают в абдоминальной хирургии все прошли через мое отделение по 3–6 месяцев. Я их научил. Пойдемте со мною.

Мы заходим в операционную. Он говорит: «Смотри, за операционным столом абдоминальные хирурги делают тромбэктомию из верхней брыжеечной артерии. Меня уже не приглашают, выполняют самостоятельно. Вот как обстоит дело в этом отношении». Еще раз всем большое спасибо.

Поступил в редакцию 11.04.2024 г.