

## ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

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

### 2591-е заседание 22 мая 2024 г.

Председатель – Сергей Ярославович Ивануса

#### ДЕМОНСТРАЦИИ

1. И. В. Авдошин, А. А. Осадчий, Р. У. Малин, М. А. Шатиль, И. А. Власова, О. И. Нагорная, А. Н. Айламазян, Ю. В. Пламенева, А. П. Корсакова, Е. С. Константинова, М. В. Семак, Ю. М. Гомон, А. С. Соловейчик, Н. А. Бубнова (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова, СПб ГБУЗ Больница Святого Великомученика Георгия). **Случай успешного лечения пациента с некротизирующей инфекцией мягких тканей верхней конечности, осложненной тяжелым сепсисом и септическим шоком.**

**Цель демонстрации** – представить случай успешного лечения пациента с некротизирующей инфекцией правой верхней конечности, осложненной тяжелым сепсисом и септическим шоком.

Пациент Д., 38 лет, за 7 дней до поступления в стационар отметил травму – ушиб локтевого сустава в быту. 18.01.2024 г. пациент потерял сознание дома, доставлен бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение больницы Святого Великомученика Георгия. При поступлении выявлена некротизирующая инфекция правого плеча и предплечья, осложненная тяжелым сепсисом, септическим шоком. Пациент экстренно оперирован: вскрыта обширная флегмона правого плеча и предплечья. В послеоперационном периоде пациент получал интенсивную терапию в реанимационном отделении.

Состояние оставалось крайне тяжелым, прогрессировали явления острого почечного повреждения, диагностирована двусторонняя полисегментарная пневмония. С 19.01.2024 г. проводилась продленная гемодиализация. 21.01.2024 г. в связи с прогрессированием некротизирующего процесса выполнена повторная ревизия и санация раны, некрэктомия с установкой системы NPWT.

27.01.2024 г. – в связи продленной ИВЛ и сохраняющейся дыхательной недостаточностью выполнена нижняя трахеостомия. 25.01.2024 г., 27.01.2024 г., 01.02.2024 г. производились этапные оперативные вмешательства в объеме ревизии ран, некрэктомий со сменой системы NPWT.

С 31.01.2024 г. была рентгенологически отмечена положительная динамика инфильтративных изменений в легких. 02.02.2024 г. выполнена деканюляция трахеи, перевод на спонтанное дыхание с кислородной поддержкой.

К 06.02.2024 г. явления сепсиса, двусторонней полисегментарной пневмонии были купированы, пациент переведен для дальнейшего лечения в профильное отделение. Рана очищалась, гранулировала, что позволило выполнить закрытие раневого дефекта свободной аутодермопластикой. Послеоперационный период протекал без осложнений. 20.02.2024 г. пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Профессор С. Я. Ивануса (председатель): На юбилейном заседании не предполагается задавать вопросы.

2. П. С. Курьянов, А. А. Гусев, М. А. Шатиль, О. Н. Добрыдин, Р. С. Шумахер, О. В. Уртеев (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова, СПб ГБУЗ Больница Святого Великомученика Георгия). **Гибридная in-situ артериализация глубоких вен стопы: успешный случай спасения конечности при критической ишемии.**

**Цель демонстрации** – показать гибридную in-situ артериализацию глубоких вен стопы, которая позволяет купировать критическую ишемию у некоторых категорий пациентов с невозможностью хирургической реконструкции артерий конечности.

**Актуальность.** Пациенты с ишемией, угрожающей конечности, вызванной облитерирующим тромбангиотом, часто имеют тотальное поражение артериального русла стопы, что делает выполнение традиционных реконструктивных вмешательств невозможным.

**Методы и результаты.** Пациентка 50 лет с длительным анамнезом курения поступила с клинической картиной критической ишемии правой нижней конечности, поверхностными некротическими изменениями переднего отдела стопы W-1, I-1, fl-1. В анамнезе неудачная попытка баллонной ангиопластики артерий пораженной конечности. Существенных отклонений в результатах лабораторной диагностики и клинически значимой сопутствующей патологии в ходе предоперационного обследования не выявлено. По данным прямой ангиографии – окклюзия всех магистральных артерий стопы при отсутствии гемодинамически значимых изменений.

Пациентке выполнена гибридная in-situ артериализация глубоких вен правой стопы через большую подкожную вену с хорошим непосредственным клиническим эффектом в виде регресса болей покоя. Далее пациентка наблюдалась амбулаторно. Спустя 3 месяца у пациентки возобновились боли покоя, при обследовании выявлен рестеноз на протяжении аутовенозного кондуита. Проведена баллонная ангиопластика зоны рестеноза с хорошим ангиографическим результатом. Далее в течение 6 месяцев трофические изменения зажили, пациентка вернулась к труду. В настоящий момент срок наблюдения составляет более 2 лет.

**Ответы на вопросы.**

Профессор П. К. Яблонский: Громадное спасибо за презентацию и за саму демонстрацию. Скажите, пожалуйста, какова доза рентгеновского излучения была потрачена на все это? Есть ли в этом какая-то угроза и видите ли вы перспективы создания некой серии подобных наблюдений, может быть, у пациентов с болезнью Бюргера, может, с атеросклерозом, как бы вы видели перспективы этой работы?

– Относительно дозы по данному конкретному случаю не скажу, конечно, точную цифру, но могу сказать, что по продол-

жительности вмешательства это примерно соответствует обычной баллонной ангиопластике артерий нижних конечностей. На современных низкодозных устройствах, с применением специальных режимов, эти проблемы облучения перестали быть столь заметной клинической проблемой и на любой международной конференции вы увидите пару докладов про опасность рентгеновского излучения для рентгенохирурга, но опасность для пациента как-то ярко уже давно не обсуждается. Современные режимы излучения позволяют радикально снизить дозу для пациента. Относительно серии у нас накоплен опыт. Он уже насчитывает больше дюжины таких случаев, там результаты разные, есть негативные. Мы понимаем, что не всем пациентам эта методика подходит. В частности, по нашим данным, она не работает при обширных и инфицированных трофических изменениях. На наш взгляд, это метод выбора, когда, собственно говоря, никаких других вариантов уже не осталось, 12 случаев – это достаточно много. Самое крупное в литературе исследование – это всего несколько десятков случаев. 2. Отмечаются ли какие-то системные гемодинамические реакции при формировании этого анастомоза?

– Мы не отмечаем каких-либо признаков сердечной недостаточности у таких пациентов. Я думаю, это связано с тем, что диаметр этого коммуниканта достаточно жестко ограничен. Видимо, это само собой лимитирует возможно негативный эффект для системы циркуляции. Возможно, это связано с тем, что у нас много молодых больных с болезнью Бюргера. Если бы мы имели такой опыт лечения пожилых пациентов, больше нескольких десятков, может быть, мы встретили бы, какие-то подобные случаи.

#### Прения

Профессор С. Я. Ивануса (председатель): Я предполагаю, что это крайне интересная и успешная демонстрация, которая в очередной раз подчеркивает пользу Пироговского общества для расширения нашего кругозора и нахождения новых путей в лечении пациентов в крайне тяжелых ишемических ситуациях.

З. Н. А. Бубнова, М. С. Шатиль, О. Н. Добрыдин, О. Б. Чернышев, А. А. Осадчий, Р. О. Чепцов, В. О. Котлов, Е. М. Старосельский, М. Ю. Тараненко, А. Ю. Семенов, М. В. Дегтярева, М. В. Семак, Е. А. Авраменко, Т. В. Нестяк, Ю. В. Пламенева, А. Н. Айламазян, Р. У. Малин, Е. С. Константинова, И. В. Авдошин, П. С. Курьянов, А. А. Гусев, А. С. Соловейчик (СПб ГБУЗ больница Святого Великомученика Георгия, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова, СПбГУ Медицинский институт).

#### Лечение диабетической стопы и хирургической инфекции в условиях мультидисциплинарной команды.

Цель доклада – показать современное понимание лечения хирургической инфекции, которое позволило сформировать мультидисциплинарную командную работу и организовать центр по лечению диабетической стопы и хирургической инфекции.

Хирургическая инфекция — локальное или системное проявление болезни всего организма, требующая интегративного подхода и системного лечения. Высокий коморбидный фон пациентов и наблюдаемая эволюция раневой инфекции, связанная с ростом резистентности и вирулентности штаммов, или развитие сочетанной инфекции (например, с SARS-CoV-2) способствует пересмотру хирургической тактики лечения от многоэтапной до отсроченной в зависимости от клинической ситуации. Современный подход к успешному лечению раневого процесса невозможен без использования современных технических средств (УЗ-кавитация, озонирование, горячая/холодная плазма, вакуум-терапия). По мере развития науки и технологий активно развивается хирургическое направление лечения (эндоваскулярные, гибридные, открытые вмешательства)

ства) сосудистой патологии, направленной на улучшение трофики периферических отделов конечности.

Таким образом, сегодняшнее понимание хирургической инфекции позволило сформировать мультидисциплинарную командную работу и организовать центр по лечению диабетической стопы и хирургической инфекции.

#### Прения

Профессор С. Я. Ивануса (председатель): Глубокоуважаемые коллеги, позвольте поблагодарить Наталью Алексеевну за блестящий доклад, в котором глубокое содержание сочеталось с настолько яркой формой изложения, что мы, наверное, избавим Вас от вопросов. Позвольте слово для резюме по докладу предоставить почетному председателю Хирургического общества Пирогова главному хирургу города, директору НИИ фтизиопульмонологии профессору П. К. Яблонскому.

Профессор П. К. Яблонский: Глубокоуважаемая Наталья Алексеевна, дорогие коллеги, прежде всего хочу сказать спасибо правлению Пироговского общества, т. е. всем вам, за сегодняшний праздник. Наталью Алексеевну мы уже поздравляли как ее друзья, ее коллеги по университету, но сегодня с высоты трибуны Пироговского общества поздравить Наталью Алексеевну особая честь. Прежде всего хочу выразить Вам признательность и благодарность от половины сотрудников вверенного мне института, которые являются Вашими учениками. Они либо выпускники Первого медицинского университета, либо выпускники уже нашего медицинского факультета Большого университета. Помнят, знают, любят, цитируют, а многие выбрали профессию благодаря тому, что первым наставником были Вы. Конечно, это подвижнический труд на протяжении всей своей сознательной жизни. При всех своих личных выдающихся заслугах Наталья Алексеевна никогда не сказала «я», она всегда говорит «мы», «команда». И это искренне. И, зная Вас на протяжении уже 40 лет, я могу сказать, что Вы ни в чем не изменились. Остались верны себе, и верны принципам. И это, наверное, самое дорогое. Поэтому сердечно поздравляю Вас с замечательным Юбилеем, с Вашим творческим долголетием, и желаю Вам продолжить карьеру хирурга, педагога и Большого человека. Спасибо.

Профессор А. Е. Демко: Я, как и Петр Казимирович, хочу передать вам отдельный адрес от института. Вам большой привет от Ваших учеников в нашем институте скорой помощи. Вы всегда являетесь у нас, как Вы сказали, дежурным оппонентом по стране. Но я хочу сказать, что вы не только Почетный член Пироговского общества, почетных много. Вы, наверное, один из самых уважаемых членов Пироговского общества. Спасибо Вам от всего правления Пироговского общества, его членов и всех наших хирургов, спасибо Вам большое.

Поступил 15.03.2025 г.

#### 2592-е заседание 26 июня 2024 г.

Председатель – Анатолий Анатольевич Завражнов, Бадри Валериевич Сигуа

#### ДЕМОНСТРАЦИИ

1. Д. А. Чернышев, А. В. Бородулин, Л. В. Макар (СПбГБУЗ «Елизаветинская больница»). Случай лечения пострадавшего с проникающим ранением живота с повреждением нижней полой вены.

Цель демонстрации – показать благоприятный исход при ранении крупного магистрального сосуда брюшной полости.

Пациент С., 35 лет, поступил в Елизаветинскую больницу 21.11.2023 г. в 22 часа 10 мин переводом из Городской больницы Святого Великомученика Георгия, куда он первично

был доставлен скорой помощью с диагнозом «Проникающее ранение живота». Ранение получил в ходе неосторожного обращения с арбалетом. В приемном отделении данной больницы пациент обследован, была выполнена компьютерная томография брюшной полости с контрастированием. По результатам исследования заподозрено ранение крупного магистрального сосуда – нижней полой вены. В данном стационаре сосудистого хирурга не оказалось, поэтому было принято решение экстренно перевести пациента в Елизаветинскую больницу.

Учитывая характер повреждений, пациент сразу же помещен в отделение противошоковых мероприятий, несмотря на то, что состояние расценено как удовлетворительное – средней тяжести.

Сознание ясное. Жалобы на боли в области живота. Пульс 90 в мин, АД – 130/70 мм рт. ст., Частота дыхания 14 в мин. Живот мягкий, болезненный в мезогастррии, перитонеальные симптомы отрицательные. В области пупка определяется рана до 3 мм в диаметре без наружного кровотечения. Гемоглобин 147 г/л, гематокрит 45 %, количество эритроцитов  $4,47 \times 10^{12}/л$ .

Ретроспективно оценено КТ брюшной полости, переданное с больным из другого стационара – инородное тело продолговатой формы (игла) в забрюшинном пространстве, дорсальный конец в теле L4 позвонка, повреждение нижней полой вены, признаков экставазации достоверно не выявлено. Выполнено УЗИ брюшной полости – свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

Установлен диагноз: «проникающее ранение живота с ранением нижней полой вены». Поставлены показания к экстренной операции. В 22 часа 45 мин (через 35 мин от поступления) выполнена срединная лапаротомия. При ревизии в брюшной полости выпота нет, петли кишок спаившиеся, в брыжейке тонкой кишки обнаружены два отверстия до 3 мм в диаметре без продолжающегося кровотечения, такое же отверстие обнаружено в париетальной брюшине у корня брыжейки тонкой кишки. Там же располагалась забрюшинная гематома объемом до 100 мл.

Вскрыта париетальная брюшина, обнажена нижняя полая вена, в ее передней стенке обнаружено инородное тело – швейная игла толщиной 0,2 см и длиной 6 см. Игла насквозь проходит через вену и внедряется в тело 4 поясничного позвонка. Кровотечения нет.

Вена пережата сверху и снизу, игла удалена. Отверстие в стенке вены ушито. Дефекты в брыжейке тонкой кишки также ушиты. Общая интраоперационная кровопотеря составила 200 мл. Брюшная полость дренирована, ушита наглухо.

Послеоперационный диагноз: «проникающее ранение живота с повреждением нижней полой вены и брыжейки тонкой кишки. Забрюшинная гематома».

Послеоперационное течение гладкое. Рана зажила первично, швы сняты на 7-е сутки и пострадавший выписан на амбулаторное лечение 04.12.2023 г. К настоящему времени жалоб нет, живет полноценной активной жизнью.

#### Ответы на вопросы.

– Речь идет о ранении живота, а швейная игла откуда взялась?

– Выстрелил сам себе в живот швейной иглой. Я думаю, что он что-то не договаривает, кто-то в него, скорее всего, выстрелил из арбалета.

Профессор А. Н. Петров: Спасибо за доклад. Скажите, а как удалось мобилизовать нижнюю полую вену? И что вы сделали с отверстием на задней стенке? Это гораздо более интересно.

– Нижнюю полую вену мы не мобилизовывали, мы просто обнажили ее переднюю стенку, пережали ее сверху и снизу от инородного тела и наложили кисет вокруг инородного тела.

Профессор А. Н. Петров: Это на передней стенке?

– Да.

Профессор А. Н. Петров: А на задней?

– Заднюю не трогали.

Профессор А. Н. Петров: Скажите, пожалуйста, в пределах Санкт-Петербурга перевод пациента из одного многопрофильного стационара в другой при повреждении крупного кровеносного сосуда с кем согласовывался? Уровень принятия решения и обоснованность?

– Насчет перевода я не могу прокомментировать ситуацию, потому что переводили силами дежурной службы. Дежурные хирурги запросили перевод, и бюро госпитализации его согласовало. Состояние пациента было удовлетворительное, очевидно, поэтому перевод был разрешен. Формально имеется ранение крупного сосуда, сосудистого хирурга в штате больницы нет, поэтому они согласовали перевод.

Профессор А. Н. Петров: Доступ к нижней полой вене как осуществлялся? Есть приемы мобилизации.

– Тонкая кишка отклоняется вправо, вскрывается париетальная брюшина, входим в область ее брыжейки, и тупо отслаиваем по ходу раневого канала.

Профессор А. Н. Петров: Т. е. Вы пошли через брыжейку тонкой кишки, не откидывая правую половину ободочной кишки?

– Нет, не откидывал.

Профессор А. А. Завражнов (председатель): Если бы было ранение нижней полой вены на передней и задней стенке. Мобилизация нижней полой вены сопровождается повреждением поясничных сосудов, поясничных вен. Какой бы Вы прием использовали, если бы Вам нужно было ушить переднюю стенку нижней полой вены?

– Три года назад мы докладывали подобный случай и там ранение нижней полой вены было ножом и на передней стенке был дефект около 1,5 см. Тогда ситуация была более серьезная, чем то, что мы видим сейчас. Тогда мы поступили следующим образом. Мы так же тупо пережали вену сверху и снизу. Через дефект передней стенки ушили заднюю стенку, а потом ушили переднюю.

Профессор А. А. Завражнов (председатель): Транспросветно?

– Да. В данной ситуации, поскольку там очень маленький дефект 2 мм, мы решили так не поступать.

Профессор А. А. Завражнов (председатель): Я ждал этого ответа. Скажите, пережатие нижней полой вены сопровождается уменьшением венозного возврата к камерам сердца. Как анестезиологи Вам отвечали и как они Вам помогали?

– Пережать просвет нижней полой вены – это снижение сердечного выброса, это всегда падение АД. Но они были готовы, мы их предупредили, что сейчас будет подобная манипуляция и как конкретно, честно говоря, я затрудняюсь сказать, что они делали. Но они сказали: мы готовы, давайте.

#### Прения

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Необходимо поблагодарить Дениса Александровича. Спасибо большое за интересный клинический случай. Прокомментирую одну вещь. Недавно один из наших коллег прислал мне такую информацию, оказывается, в городе была проведена экспертиза конкретного клинического случая и эксперт ссылаясь на выступление на заседании Пироговского общества в рамках прений. И, собственно, это было использовано в качестве аргумента. Один из экспертов-профессоров, выступая на заседании Пироговского общества, посчитал, что такой аналогичный случай являлся диагностической или тактической ошибкой. Я бы очень хотел предостеречь всех, в том числе и себя, выступая на обществе, очень взвешенно следить за текстом своего выступления, и, в

самом деле, было лишним говорить, из какого учреждения был переведен пациент. Это не совсем, наверное, целесообразно. Что касается вопросов, которые звучали, они правомочны и правомерны – и доступ к нижней полой вене, и как ушивался дефект в нестандартной ситуации. Мне кажется, что хирурги поступили не совсем стандартно, но оказались победителями. Наверное, диаметр иглы оказался столь незначительным, что этим дефектом на задней стенке можно было бы пренебречь. Так оно и оказалось. Можно еще раз поздравить автора.

Профессор А. А. Завражнов (председатель): Получилось, что ваш председатель сегодня защищал кандидатскую диссертацию по ранениям крупных сосудов живота. Мой личный опыт более 50 операций ранений нижней полой вены. Ситуация следующая. Действительно, нижняя полая вена – чем хороша? Когда появляется забрюшинная гематома, образуется забрюшинная тампонада и кровотечение останавливается. Здесь нужно сделать разумную гипотонию, чтобы довести такого пациента до стационара. Как дальше поступать? И кафедрой военно-полевой хирургии поставлен новый виток оперирования таких поддиафрагмальных ранений, когда применяется метод REBOA – это эндоваскулярная окклюзия брюшной аорты. Когда вам привозят пациента с гипотонией, так называемым поддиафрагмальным ранением, очень правильно ввести баллонный зонд, а эндоваскулярная хирургия это позволяет – стационары оснащены рентгенэндоваскулярными операциями. Если делаете лапаротомию, снижаете внутрибрюшное давление, и у вас начинается гипотония, профузное кровотечение – вы раздуваете баллон и на фоне этого начинаете ревизию органов брюшной полости. Эндоваскулярный баллонный зонд позволяет предотвратить так называемое поддиафрагмальное кровотечение и выиграть время для того, чтобы определиться с объемом оперативного вмешательства. Действительно, существуют способы мобилизации органов живота для доступа к брюшной аорте, прием Кохера – известный доступ к нижней полой вене при мобилизации 12-перстной кишки. И тогда вы определяетесь с объемом повреждения. Действительно, очень трудно, если ранение передней и задней стенки, вывернуть нижнюю полую вену, чтобы ушить заднюю стенку – тогда мы идем на рискованный прием – ушивание ранения задней стенки изнутри. Продлевается разрез нижней полой вены вниз, вверх и изнутри ушиваем ранение задней стенки. Хирургам повезло, что, видимо, диаметр повреждения был незначительный, кровопотеря не такая массивная, что позволило выиграть время. Но я действительно ставлю вопрос о том, как может из экстренного стационара пациент перевестись в другой экстренный стационар для того, чтобы был доступ к сосудистому хирургу. Еще раз говорю, что сосудистый шов – это прием, которым должен владеть любой хирург. Если он не научился шить сосуд – грош ему цена. Потому что сосудистый этап – это этап любой хирургической операции, которую должен выполнять, наверное, каждый хирург.

2. *Р. Р. Касимов, А. Э. Исинов, А. Н. Петров, В. А. Попов* (442 ВКГ, 422 ВГ, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова). **Случай успешного оперативного лечения в военно-медицинской организации 3 уровня тяжелого осколочного ранения, сопровождающегося повреждением магистральных сосудов шеи и груди: общая сонная артерия, подключичная артерия, позвоночная артерия, внутренняя яремная вена.**

Цель демонстрации – показать возможности военно-медицинской организации 3 уровня в диагностике и выборе тактики лечения тяжелых раненых с повреждением магистральных сосудов.

Диагноз. Множественные осколочные огнестрельные слепые цервикоторакальные ранения 2–3 зон шеи справа с

краевым повреждением общей сонной артерии, разрушением внутренней яремной вены, подключичной артерии, отрывом позвоночной артерии справа. Пульсирующая гематома шеи справа. Правосторонний гемоторакс. Острая кровопотеря тяжелой степени тяжести. Шок 1–2 ст.

Раненый П., 1993 года рождения. Поступил на этап оказания первой врачебной помощи через 1 час 22 мин от получения ранения. Выполнено дренирование правой плевральной полости по поводу правостороннего гемопневмоторакса.

Доставлен в ВМО 3 уровня, минуя этап квалифицированной хирургической помощи, через 11 часов 40 мин после получения ранения в стабильном состоянии, ясном сознании с клиникой напряженной гематомы шеи справа. В емкости по Бюллау – 500 мл жидкой крови из правой плевральной полости. Выполнено ангио-КТ. Выявили экставазацию контрастного вещества из общей сонной артерии, зоны плечевого ствола. По плевральному дренажу поступление жидкой крови в общем объеме до 1800 мл – продолжающееся внутриплевральное кровотечение.

Взяли в операционную в срочном порядке (через 17 часов с момента получения ранения). Выполнена операция: колотомия справа, ревизия сосудисто-нервного пучка шеи. Ушивание краевой раны общей сонной артерии. Стернотомия. Остановка продолжающегося кровотечения. Пластика сосудистым протезом поврежденной на протяжении подключичной артерии. Перевязка внутренней яремной вены, позвоночной артерии. Общая продолжительность операции – 4 часа. Объем интраоперационной кровопотери – 500 мл. Интраоперационно перелито 7 доз СЗП, 5 доз эритроцитарной взвеси. На следующие сутки пациент экстубирован, эвакуирован в ВМО 5 уровня в условиях реанимационного места.

*Ответы на вопросы.*

Профессор В. И. Бадалов: На дальнейшем этапе оказания помощи контроль КТ головы делали? Зоны ишемии сформировались или нет (в мозжечке, в полушариях) после пережатия сосудов и их перевязки?

– По просьбе пациента он оперировался в главном учреждении – НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н. Н. Бурденко, где выполнялась КТ: грудь, голова, шея в ангиорежиме. Признаков ишемических изменений со стороны головного мозга и нарушения кровотока не выявлено. Единственно – выявлен тромб в левой подключичной вене (поэтому левая рука забинтована у пациента), в связи с этим он получает антикоагулянтную терапию. Другой локализации новых тромбов у него не выявлено.

Профессор А. А. Завражнов (председатель): Повреждения левой подключичной вены у него не было?

– Нет, не было.

Профессор А. А. Завражнов (председатель): Какое количество операций было выполнено Вами?

– За 3 месяца командировки суммарно, на предыдущих этапах и на наших, выполнено порядка 40–45 сосудистых вмешательств: от обычного восстановления проходимости, пластики, включая новые протезы, которые у нас появились совсем недавно: это забранные сосуды крупного рогатого скота разного диаметра от 7 мм до 3,5; артериовенозные фистулы, пульсирующие гематомы абсолютно разной локализации шеи. Суммарно, наверное, в Белгороде выполнил около 20 операций, включая сосудистые вмешательства и повреждения других анатомических областей.

Профессор А. А. Завражнов (председатель): Какие знания необходимы общему хирургу, чтобы оперировать такие ранения?

– Наша кафедра, помимо практической помощи, всегда оказывала еще методическую и учебную помощь. Благодаря главному хирургу, который организовал врачей, у нас суммарно

прочитано 24 мои лекции и 4 лекции Р. Р. Касимова по организации. Необходимо понимать, что сосудистые повреждения могут встретиться у любого пациента, любого профиля. И, если нет рядом сосудистого хирурга, то это порой может завершиться гибелью конечности и даже гибелью самого пациента. Поэтому требования к общему хирургу – он должен владеть навыками сосудистого шва. В его арсенале должны быть инструменты, должна быть нить и, конечно, знания. Должно быть понимание ориентиров, потому что оперировали от аорты до задних берцовых артерий, а также от нижней полой вены; т. е. абсолютно разная патология. Нам иногда помогал город во входящем потоке, если мы видели пациентов с осколками и признаками наличия крови в перикардальной сумке. Таких пациентов мы сразу переправляли в кардиоцентр. Их было немного, около 8–9 человек за эти три месяца.

Профессор А. А. Завражнов (председатель): Скажите, пожалуйста, на этапе медицинской эвакуации и на этапе квалифицированной помощи мы не всегда можем найти и сосудистого хирурга и кардиохирурга. В данной ситуации что необходимо сделать, чтобы правильно оказать помощь? Какими навыками нужно обладать общему хирургу, чтобы спасти таких раненых?

– Еще Самохвалов 20 лет назад, читая лекции по ангиотравматологии в военно-полевой хирургии по разделу травм повреждения сосудов, а также Анатолий Анатольевич, в Ваших лекциях мы помним, первое, что должны понимать, что существует некий промежуток, когда можно рассматривать спасение конечности. В некоторых случаях, к сожалению, наступают необратимые изменения. Ишемия и длительные сроки эвакуации приводят к тому, что пациент уже поступает заведомо под какую-то ампутационную хирургию. А из всех полученных знаний необходимо оценить степень ишемии. Если конечность подлежит сохранению, наверное, самое простое – временное протезирование. Для этого можно взять (на передовых этапах привозили) обрезанный детский желудочный зонд вместо временного протеза, чтобы он не перегибался; или взять систему для инфузий, но более плотную, чем наши стандартные капельницы. В городе Валуйки есть сосудистый хирург, в Белгороде есть сосудистый хирург, или обычный хирург, который владеет всей сосудистой хирургией от шеи до нижних конечностей. Некоторые этапы, куда поступают первичные раненые, благодаря организации нынешнего эвакуационного этапного лечения оснащены и сосудистыми наборами, и нитками, и хирургами, включая сосудистых хирургов, которые могут и даже на этапе квалифицированной помощи в подвале, на первом этаже разрушенных больниц оказывать эту помощь. Сейчас все по-другому, и война поменялась уже.

Вопрос (женщина): У меня вопрос по раненому. С такой патологией, с таким ранением какие ориентировочные сроки реабилитации и в последующем он годный или нет к военной службе?

– Давайте ответу так. Каждый раненый индивидуален. По конкретному пациенту можно говорить лишь после того, когда он пройдет реабилитацию. Сейчас он находится в отпуске, потом будет проведено ВВК о степени годности и только после этого будет принято решение, будет он служить или нет. Я думаю, что, учитывая его повреждения, для службы в вооруженных силах он будет признан годным. Другое дело – насколько он реабилитируется, насколько он восстановится; потому что проблема с голосом для военнослужащего серьезна, необходимо у ЛОР-специалиста спросить, будет ли он годен в связи с последствиями ранения. Сосуды восстановлены, кровоток везде есть, степени ишемии для головного мозга сейчас не существует.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Стернотомия была выполнена тотальная или частичная?

– Тотальная.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Используете Вы доступ типа люка, когда делается частичная стернотомия и передняя торакотомия в 3-м межреберье? Такой способ в литературе описан, мне интересно Ваше отношение к этому?

– Мы такой доступ делали в клинике ВПХ. Было ножевое торакальное ранение, 1,5 см от аорты была ранена левая общая сонная артерия.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Ваше отношение к доступу типа люка. Это хорошо или плохо?

– По-моему, быстрее сделать полную стернотомию и в этом доступе все перед глазами.

### Прения

Профессор А. А. Завражнов (председатель): Раньше такие ранения считались безвозвратными потерями. Пациенты погибали на этапах медицинской эвакуации в лечебное учреждение. Сейчас благодаря тактической медицине, которой занимается главный хирург Северо-Западного округа и благодаря подходам, которые позволяют выполнять стернотомии, такие агрессивные доступы – мы научились их спасать. Поэтому мне бы хотелось, чтобы все молодые хирурги, которые присутствуют здесь, взяли на вооружение эти подходы и использовали их в своей клинической практике.

З. А. А. Завражнов, А. И. Петров, В. А. Каценко, Р. Р. Косимов, О. Ю. Боско (ФГБВОУВО «ВмедА им С. М. Кирова» МО РФ; Клиника ММЦ ВТ «Белоостров»). **Хирургическая тактика при cervикоторакальных ранениях.**

**Цель доклада** – показать современные возможности лечения и применение современной тактики раннего лечения cervикоторакальных ранений.

Cervикоторакальными называют сочетанные ранения шеи, характеризующиеся распространением раневого канала с шеи в средостение или плевральную полость с повреждением и/или без повреждения органов и сосудов шеи и груди.

Актуальность проблемы обусловлена высокой общей летальностью (23–86 %), вероятностью развития осложнений (50–70 %) и высокой частотой диагностических ошибок (7–38 %).

Дан обзор методов лечения и спасения жизни, применяемых при первом контакте с подобными ранеными, направленных на восстановление проходимости дыхательных путей, ликвидацию открытого и напряженного пневмоторакса, временную остановку кровотечения. Сделан акцент на оборудование и оснащение лечебных учреждений и условия оказания urgentной помощи в лечебных учреждениях.

Рассмотрен выбор хирургической тактики на основании выделения 4-х групп пациентов, распределенных по отношению к тяжести повреждений структур шеи и угрозе жизни. Для раненых с жизнеугрожающими последствиями и достоверными признаками повреждений структур шеи очевиден выбор активной хирургической тактики. Для стабильных раненых без достоверных признаков повреждения структур шеи возможен выбор между выжидательной (консервативной), тактикой селективного лечения и обязательной эксплоративной ревизией шеи. Этот выбор во многом зависит от уровня оснащенности лечебного учреждения или этапа эвакуации, где находится раненый. Также имеет значение локализация повреждений в зависимости от зон шеи. Вторая зона шеи наиболее часто, в 70 % случаев, требует активной хирургической тактики.

Дан обзор анестезиологического и хирургического обеспечения, техники безопасного выполнения ревизии шеи при ранениях, классификация торакотомий, возможностей расши-

ренных и комбинированных доступов. Освещены возможности раннего восстановления анатомической целостности сосудов шеи, повреждений гортани и пищевода, ранений шейного отдела позвоночника.

*Ответы на вопросы.*

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Цервикоторакальные ранения чаще всего встречаются при ранении первой или второй анатомической зоны шеи. Как логика подсказывает, очевидно, при ранении первой, но не всегда логика со статистикой дружит.

– В нашей практике мирного времени чаще встречались при ранении первой анатомической зоны.

Профессор Н. А. Бубнова: Спасибо Вам большое за такой очень важный доклад. Какие возможности есть в Вашей клинике «Белоостров» для того, чтобы осуществлять такие вмешательства?

– Самые современные. На самом деле, мы гордимся с Олегом Юрьевичем Боско клиникой «Белоостров», потому что нам удалось реализовать гибридную операционную, которая не совмещена в одной операционной, а мы их разделили. И у нас есть противошоковая операционная и буквально через стенку КТ и ангиография, поэтому мы, не парализуя работу КТ и ангиографии, можем открыто оперировать и при необходимости выполнить рентгенэндоваскулярное вмешательство и провести дополнительную диагностику.

Профессор С. Я. Ивануса: Считаете ли Вы возможным отказ от методологии *эксплоративной* колотомии при современном хорошем технологическом обеспечении даже этапов медицинской эвакуации КТ с возможностью ангиографии и последующего динамического наблюдения, не говоря уже о госпитале 5 уровня?

– Считаю обоснованным, действительно, если нет показаний к оперативному вмешательству при проведении всего объема диагностики, таких раненых можно не оперировать, но при этом, если это огнестрельное ранение, вызванное высокоэнергетическим ранящим снарядом, нужно проводить как минимум первичную хирургическую обработку.

Профессор В. А. Кашенко: Есть ли точка приложения торакоскопических технологий, есть ли у кого-то опыт использования торакоскопии при цервикоторакальных ранениях?

– Да, конечно. Вчера нашу клинику посещали два академика: академик Порханов и академик Паршин. Я очень горжусь их приездом. Они оценили уровень нашей клиники и, во-вторых, у Владимира Алексеевича Порханова есть опыт торакоскопического ушивания ран сердца, дренирования перикарда и ушивания сосудов. Конечно, есть и миниинвазивные технологии. Они входят в нашу практику, ими не нужно пренебрегать, но при условии их реализации в многопрофильном стационаре, когда есть бригада дежурных хирургов и узких специалистов.

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Это эксклюзив или это та технология, которую можно повторять и рекомендовать?

– Мы много обсуждали с Вами тактику неоперативного подхода к лечению травм живота и наконец-то с Вами решили, что она имеет право на существование. Наверное, тактика неоперативного подхода травм лечения шеи тоже имеет право на существование.

*Прения*

Профессор Б. В. Сигуа (председатель): Шея – это сложная анатомическая область. Я позволю себе не согласиться с Анатолием Анатольевичем, что любой общий хирург может заниматься ранениями шеи. Это совершенно не так. Очень небольшой участок тела, где сконцентрированы сосудистая, пищеварительная, нервная, эндокринная и многие другие

системы. Хирург должен быть универсалом. Он должен прекрасно ориентироваться в сложной анатомии шеи, он должен хорошо владеть сосудистым швом, он должен уметь обращаться с пищеводом, он должен ориентироваться и не пропустить в том числе цервикоторакальный характер ранения, и это должны быть специалисты, максимально подготовленные для оперативных вмешательств в этой зоне. Поэтому это штучные специалисты и в любом скорпомощном стационаре, я думаю, найдется не более 2–3 человек, которые в полном объеме смогут оказать помощь при ранениях шеи. Конечно, вопрос к нам, преподавателям. Такие кадры нужно готовить, учить, целенаправленно учить, но это, мне кажется, высший пилотаж. Я еще раз хочу поблагодарить Анатолия Анатольевича за системный доклад.

Профессор А. А. Завражнов (председатель): Мы завершаем работу весенней сессии Общества Пирогова, надеюсь, что осеннюю тему наших докладов будут не менее интересны. Спасибо.

*Поступил 30.10.2024 г.*

## 2593-е заседание 11 сентября 2024 г.

*Председатель – Армен Оникович Аветисян*

### ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А. В. Решетов, А. Ю. Литвинов, К. Ф. Великий, С. В. Яковенко, А. А. Петросян, М. А. Протченков, А. В. Елькин (СПб ГБУЗ «Городская больница № 26»; ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России; ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России). **Гастроперикардальный свищ как редкое осложнение лапароскопической фундопликации по Ниссену.**

**Цель** демонстрации – показать редкое осложнение рецидивной грыжи пищевода отверстия диафрагмы и возможность его успешного лечения из трансторакального доступа.

По современным данным, до 5 % фундопликаций по Ниссену осложняются изъязвлением желудка, которое возникает высоко на малой кривизне в непосредственной близости от места фундопликации, нередко сочетаясь с рецидивом грыжи пищевода отверстия диафрагмы. В этих условиях язва желудка может пенетрировать в бронхи, аорту, камеры сердца и перикард с образованием гастроперикардального свища, который демонстрирует летальность более 50 %. Вопросы диагностики и лечения в литературе представлены единичными сообщениями, в связи с чем наше наблюдение может представлять интерес.

Больной Б., 59 лет, доставлен в ГБ № 26 18.03.2024 г. с диагнозом «острый живот». Предъявлял жалобы на боли в верхних отделах живота высокой интенсивности, схваткообразного характера. При обследовании в приемном отделении данных за острую хирургическую патологию органов брюшной полости и показаний к экстренной операции не выявлено. При рентгеновском исследовании органов груди обнаружены признаки грыжи пищевода отверстия диафрагмы. Из анамнеза удалось выяснить, что 3 года назад выполнена лапароскопическая фундопликация по Ниссену с укреплением диафрагмы сетчатым имплантом. Больной госпитализирован в хирургическое отделение. 20.03.2024 г. в 16:30 состояние больного резко ухудшилось. К болям в эпигастрии, интенсивность которых уменьшалась, добавились боли за грудиной, одышка, угнетение сознания и гемодинамики (АД 70 и 40 мм Нг ст., пульс 138/мин, нитевидный, частота дыхания 28/мин). Проводили дифференциальный диагноз между острой коронарной патологией и ущемлением диафрагмальной грыжи, в процессе чего выполнена КТ грудной клетки, которая обнаружила массивный пневмоперикард. Из субсифоидального доступа выполнено дренирование перикарда, эвакуация из

него воздуха. Состояние больного и его гемодинамика стабилизировались: АД 120/70 мм рт. ст., пульс 96/мин, удовлетворительных характеристик. С подозрением на ущемленную диафрагмальную грыжу больной взят в операционную. На операции выполнена ВГДС, выявившая в верхней трети желудка язвенный дефект, сообщающийся с полостью перикарда. Выполнена боковая торакотомия в 7 межреберье слева. В плевральной полости грыжевой мешок 10×12 см из разрушенного истонченного купола диафрагмы, содержащий дно и тело желудка. После рассечения грыжевого мешка обнаружен инфильтрат воспалительного характера стенки желудка, распространяющийся на средостение и перикард, после разъединения которого обнаружено перфоративное отверстие стенки желудка и перикарда. Язвенный дефект стенки желудка ушит двухрядным швом, стенка перикарда не ушивалась. Желудок перемещен в брюшную полость, выполнена задняя крурорафия и пластика диафрагмы местными тканями. Операцию закончили дренированием брюшной и плевральной полостей. Послеоперационное течение протекало гладко, больной на 14-е сутки послеоперационного периода выписался в удовлетворительном состоянии. Пациент осмотрен и обследован через месяц, после операции – жалоб не предъявляет.

#### *Ответы на вопросы.*

Профессор К. В. Павелец: Вы, очевидно, созванивались с В. А. Кащенко. Rtg-контрастное исследование пищевода перед первой операцией ему выполняли?

– Мы не имели рентгеновских снимков перед и после первой операции. Мы планировали в процессе обследования связаться с оперирующим хирургом, чтобы обсудить дальнейшую тактику и, возможно, даже перевести пациента по месту первой операции или пригласить хирурга на операцию, но стремительно развивающаяся картина внесла изменения в наши планы. Из представленных бумажных документов мы понимали, что пациенту выполнена фундопликация по Ниссену по поводу больших размеров аксиальной грыжи, задней крурорафии и аллопластика дефекта пищеводного отверстия диафрагмы. В чем мы убедились на операции, что там была часть разрушенной диафрагмы со следами сетки. Других сведений не было. Также пациент говорил, что кроме этих жалоб потом его беспокоила изжога. Присутствовала клиника рефлюксной болезни. Жалобы после операции прошли, кроме того, могу добавить, что пациент постоянно работал. Очевидно, таков был патогенез заболевания. С его слов, он перенес сальмонеллез – вздутие живота и многократный жидкий стул. Очевидно, это вздутие живота и явилось определенным триггером развития вот этого обострения заболевания – поражение желудка, кроме других факторов.

Профессор К. В. Павелец: Где конкретно была локализация дефекта?

– Это в/3 желудка между малой и большой кривизной, выше угла. Желудок был значительно деформирован, но это не кардиальный и не субкардиальный отдел – точно. Честно говоря, манжету там не увидел.

Канд. мед. наук М. А. Атюков: Во время вашего оперативного вмешательства Вы удаляли остатки сетки?

– Да, удаляли.

Канд. мед. наук М. А. Атюков: Почему пациенту не делали КТ?

– Пациент поступил в вечернее время, у нас существует определенная маршрутизация. Да, у него сразу данных за острую хирургическую патологию не было, поэтому не было показаний к экстренной КТ. Синдром «острого живота» был практически сразу купирован и КТ ему планировалась сразу после контрастного исследования желудочно-кишечного тракта водорастворимым контрастом.

А. О. Аветисян (председатель): Знали ли Вы место перфорации до операции? У Вас не было точного плана операции?

– Не знали. Выполняли ФГДС уже под наркозом на операционном столе для уточнения места дефекта. Мы не могли точно исключить наличие дефекта в кардиальном отделе или пищеводе. В литературе описаны пищеводно-перикардальные свищи. У нас не было опыта лечения таких пациентов. Больших знаний не было, уже потом под влиянием литературных данных пришло понимание выполнить ФГДС на вводимом наркозе, чтобы определиться с тактикой и скорректировать ее. Точно так же, как мы считаем, что у пациента с синдромом Бурхаве допустимо применять тактику выполнения ФГДС на операционном столе. В ряде случаев клиническая картина с подозрением на синдром Бурхаве, затеки в средостение при выраженном пневмомедиастинуме и клинике острого живота ФГДС позволило нам отказаться от лапаротомии и от торакотомии, исключила синдром Бурхаве, а причина болезни была перфорация опухоли сигмы.

Профессор К. В. Павелец: Когда Вы оперировали больного, у Вас не сложилось впечатление, что у него короткий пищевод?

– Нет, не заметил. После операционного Rtg-обследования у меня такого впечатления не сложилось.

Профессор Г. М. Рутенбург: Как выглядела манжета?

– Был выраженный воспалительный процесс, желудок деформирован рубцовым процессом и, честно говоря, следов манжеты я не видел. Язвенный дефект стенки желудка ушит двухрядным швом, стенка перикарда не ушивалась. Желудок перемещен в брюшную полость, выполнена задняя крурорафия и пластика диафрагмы местными тканями. Разрушенную часть диафрагмы мы корригировали путем пликации. Контрольная ФГДС выполнялась. Пациент обследован и сейчас в условиях стационара повторно выполнили ФГДС. Рефлюкса у него нет.

#### *Прения*

Профессор К. В. Павелец: Хотел бы отметить в первую очередь то, что пациента удалось вылечить и он поправился. Что касается тактики, я не зря спросил об изначальных снимках. Я неоднократно об этом говорил, если грыжа пищеводного отверстия не параэзофагеальная, а именно грыжа пищеводного отверстия диафрагмы располагается выше диафрагмы более чем на 5 см, то стремиться ее низвести в живот, то, что делает большинство хирургов, абсолютно не нужно; потому что пищевод потом сокращается, этим обусловлены рецидивы, т. е. синдром телескопа, потому что мы все знаем, для того, чтобы сделать операцию Ниссена, нужно очень хорошо мобилизовать дно желудка. У профессора Д. И. Василевского даже в диссертации написано, что это не всегда удается из-за малой площади дна. При хорошей мобилизации, а это практически вся большая кривизна до места анастомозирования правых и левых желудочных сосудов, возможно создать манжету. При создании манжеты всегда имеются фиксирующие швы, которые захватывают правую и левую стенку и, соответственно, пищеводно-желудочный переход и пищевод. И, если грыжа располагается высоко, то можно низвести что угодно. Но потом возникают рецидивы, он рассказывал, что у него возникали болевые синдромы и, скорее всего, манжета эта естественно слетела. А так как она слетела, возникли предпосылки для развития осложнений. Я, конечно, не знаю, насколько это являлось – операторам виднее, но дефект был. К сожалению, такие осложнения бывают. Петр Казимирович меня 3 года назад тоже не пустил домой. Пришлось оперировать пациента после лапароскопической фундопликации и сделать там было вообще ничего невозможно – мы его демонстрировали. Пришлось вообще делать резекцию пищеводно-желудочного перехода. Но, конечно, авторы блестяще справились, единственное, что

я не совсем понял, это низведение желудка после последней операции в брюшную полость, повторное низведение. Но я так понял, что каких-то оперативных приемов, направленных на устранение этой грыжи и рефлюкса, не выполнялось, а задача была только спасти больного – устранить этот дефект, свищ, что и было выполнено.

А. О. Аветисян (председатель): Поздравляю авторов с прекрасным результатом. Достаточно редкий случай. Во-первых, имея снимок при поступлении – так иногда выглядит эмпиема плевральной полости с уровнем и т. д. – я рецензировал 2 истории в своей практике, когда с диагнозом эмпиемы дренировался желудок. Поэтому я считаю, что КТ можно было выполнить. Второй аспект – не было ушивания перикарда, обратите на это внимание, – это достаточно правильное решение, потому что, инфицировав перикард, возникает перикардит и может стать очень серьезной проблемой в виде хронического перикардита и т. д. Поэтому даже иногда можно выполнять фенестрацию ограниченно при ранее инфицированном перикардите. И третий момент то, что выбран правильный доступ. Имея на КТ воздух в брюшной полости, хирурги пошли на торакотомию, это в большей степени благодаря интуиции и опыту – здесь сложно дать какой-то совет докторам. Когда надо выполнять так – трудно сказать. Поэтому на основании интуиции и опыта они выбрали, на мой взгляд, правильное решение. Поздравляю.

2. О. А. Жемчугова-Зеленова, А. С. Петров, О. Н. Бертова, И. Ю. Земцова, М. А. Атюков (СПбГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2»). **Редкая причина пульмонологических жалоб, требующая хирургического лечения.**

**Цель демонстрации** – показать редкую причину развития тяжелых пульмонологических жалоб, требующую хирургического лечения.

Больной К., 65 лет, с осени 2023 г. отметил возникновения неконтролируемого сухого кашля с развитием эпизодов потери сознания. В один из подобных эпизодов отметил формирование гематомы передней брюшной стенки. В декабре 2023 г. находился на стационарном обследовании в одной из больниц СПб, где по данным КТ грудной полости диагностирован перелом IX ребра слева с отрывом левой реберной дуги и формированием легочной грыжи. В январе 2024 г. госпитализирован в отделение торакальной хирургии СПбГБУЗ «ГМПБ № 2». При поступлении беспокоила одышка при минимальных физических нагрузках, приступообразный сухой кашель, нарушение сна. По результатам стационарного обследования выявлено снижение показателей ФВД (ЖЕЛ=2,72 л, 68 %; ОФВ1=1,89 л, 63 %; индекс Тиффно=69 %), обструктивное апноэ сна по данным ночной пульсоксиметрии со снижением сатурации до 62 %, резкое повышение Ig G к Bordetella pertussis (бактерия Борде-Жангу, палочка коклюша), резкое нарушение механики дыхания за счет нарушения реберного каркаса с формированием легочной грыжи. Учитывая выраженную сопутствующую патологию, принято решение о проведении консервативной терапии (бронхолитики, противокашлевые препараты периферического действия (Омнитус), СРАР-терапия с ограниченным давлением, коррекция проявлений ГЭРБ). На фоне проводимой терапии отмечено уменьшение степени выраженности кашля, но появление выраженного болевого синдрома в грудной клетке слева. По данным контрольной КТ грудной полости отмечено появление перелома заднего отрезка VIII ребра слева и перелом головки X ребра слева с подвывихом и диастазом отломков. Принято решение о хирургическом лечении больного. 30.01.2024 г. выполнена пластика грудной стенки слева с применением сетчатого имплантата. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Больной выписан на амбулаторное лечение на 10-е сутки послеоперационного периода. При контрольном обследовании через 1,5 месяца

одышка и болевой синдром регрессировали, сохраняется сухой кашель. Отмечена нормализация показателей ФВД, устранение признаков легочной грыжи по данным рентгеноскопии и КТ. Продолжена терапия ХОБЛ, обструктивного апноэ сна, лечение ГЭРБ.

*Ответы на вопросы.*

Канд. мед. наук Д. Г. Наумов: До момента заболевания коклюшем у него никаких проблем с костями не было?

– Вы совершенно правильно заметили. У него в действительности в динамике появился новый перелом ребра, который он никаким образом сам не заметил, т. е. у него отсутствовал болевой синдром, находится в зоне ниже предыдущих ребер, т. е. не связан с реберной дугой. Такой идеи не было и не было, скорее всего, потому, что до момента заболевания пациента коклюшем у него никаких проблем с костями не было. А как мы знаем из литературы, в действительности коклюш может приводить к переломам ребер и, собственно, к формированию таких грыж.

Аветисян А. О. (председатель): С чем связана этиология этих переломов?

– За счет сильного приступообразного кашля и разрыва межреберных мышц и происходит данный перелом. Других причин не выявили. Он кашлял так, что терял сознание. Мы раскручивали идею того, что, может, во время потери сознания он ударился реберной дугой, но такого точно не было. С ним присутствовали его члены семьи, и они это отрицают.

*Прения*

Канд. мед. наук Д. Г. Наумов: Я как ортопед по своему базовому образованию обратил внимание на следующие моменты: первая интересная идея, которая возникла в ходе выступления – все-таки нет ли у пациента признаков снижения плотности костной ткани, что могло бы отчасти объяснять эти рецидивирующие переломы. С одной стороны, это никак не вносит корректировки в хирургическую тактику; но с другой – в послеоперационном периоде, если компенсировать эту проблему приемом тех же самых препаратов, может быть, было бы эффективнее для больного. Следующий момент, на который я хотел бы обратить внимание, мы выполняем реконструктивные операции на позвоночнике и нередко выполняем их из комбинированных, в том числе боковых доступов, и часто используем торакоабдоминальные доступы при реконструкциях поясничного отдела. И как раз третий компонент нейрохирургический – нервные межреберные окончания – нервы на уровне 9–12 грудного позвонков иннервируют в переднюю брюшную стенку и, когда мы проводим торакотомию, мы видим, что в послеоперационном периоде практически, наверное, на круг из 10 оперированных больных – у 3 может сформироваться подобная грыжа передней брюшной стенки, связанной в первую очередь с нарушением иннервации мышечных волокон передней брюшной стенки и наряду с формированием грыжи это дает достаточно выраженную боль. Пациент нам не сказал о том, что у него есть болевой синдром, но упомянул о дискомфорте и на сегодня существует метод, который называется криоабляция, когда межреберный нерв у своего отхождения у твердой мозговой оболочки не прижигается высокой температурой, а замораживается, что описано сейчас в литературе и, мне кажется, эту технологию Вы могли бы ему рекомендовать. Ну и, если позволите, учитывая, что все-таки Вы не могли никак исключить повторные риски переломов ребер, не было ли идеи с помощью эндоскопических технологий – я имею в виду торакоскопию – выполнить установку сетчатого имплантата с внутренней стороны грудной клетки, укрыть его, возможно плеврой, и вообще не синтезировать ребра?

Профессор А. В. Петров (соавтор данного сообщения): Я с высокой долей вероятности не по прямому, но по косвен-

ным признакам могу сказать, что никакого остеопороза у него не было. Это отчасти видно и по компьютерной томограмме. Интраоперационно было видно, что ребра достаточно крепкие. Повторюсь, что мы не выполняли ему более подробные исследования, но все же мы считаем, т. е. мы один раз уже сталкивались с таким случаем, что, действительно, с одной стороны, очень сильный кашель, с другой стороны, какой-то дисбаланс в работе мышц, которому способствует эта гиперстеническая конституция. Гиперстеником, немного полным человеком, он был всегда. И какие-то мышцы, по-видимому, у него раньше плохо функционировали, и такой дисбаланс приводил к тому, что у него ребра ломались, причем 2 ребра сломались прямо у нас на глазах, когда пациент не падал; он прямо на осмотре покашлял и поехали на КТ и увидели; буквально через 3 дня от предыдущего КТ, что еще 2 сломанных ребра и у нас появился такой же страх, что, если не предпринять какие-то действия, то ребра начнут вот так ломаться вверх от 4 до 3 ребра и т. д., и это было связано с тем, что от его исходного дисбаланса до реберной дуги такой огромный диастаз между ребрами полностью нарушал координацию работы его дыхательных кашлевых мышц. Поэтому думаю, что причина все-таки в этом. На счет криоабляции – мы обязательно рассмотрим этот вариант. Это интересная идея, но все-таки более подробно с пациентом побеседуем на счет болевых ощущений. Все-таки он болевых ощущений как таковых не отмечал. Дискомфорт, тяжесть в животе в целом с левой стороны, поэтому подумаем об этом, если болевой синдром выйдет на первый план.

Профессор П. К. Яблонский: Я вышел, чтобы поздравить коллег с этим необычным и интересным наблюдением у этого пациента. Сказать по правде, второе наблюдение, которое вижу я в своей жизни, и первое, то же было у Михаила Александровича. Вот фрагмент во время нынешней демонстрации и, действительно, мы впервые в жизни увидели перелом титановых имплантов и с помощью какой-то сетчатой технологии удалось выйти из положения, хотя удовлетворительного косметического эффекта мы не получили. На самом деле, демонстрация озаглавлена очень широко, как легочная грыжа, но на самом деле чаще всего в мировой литературе я был участником одной дискуссии во время европейской конференции ассоциации сердечно-сосудистых и торакальных хирургов. Когда речь идет о грыжах в зоне торакального доступа, чаще после мининвазивной хирургии. Хирургам не удается ушивать в межреберных промежутках, и формируется грыжа, и у нас был один такой случай, роботическая операция, пришлось просто ушить ребра. Это, как правило, не проблема. А вот все, что связано с реберной дугой – это большая проблема. И вот оба эти наблюдения, которые могу вспомнить, которые видел, как правило, это очень плотные мужчины, вес живота у них кг 40, а то и 60, и, памятуя, к чему крепятся мышцы брюшного пресса, конечно, отрывают реберную дугу просто на раз. Удивительно, что сломалось 9 ребро, и мой вопрос был бы таков, а какое было самое верхнее ребро? До 6 Вы дошли или к 9 привязались? Потому что, если сломается 7 ребро, будет еще хуже. Потому что, чем выше в данной ситуации привязывается к истинным ребрам, тем лучше с точки зрения именно крепости и т. д. Что касается дискуссии относительно парестезии, относительно иннервации, думаю, что у этих мужчин просто снижен болевой порог. Я не верю, что такие тяжелейшие испытания нормальный человек с нормальным болевым порогом так легко может переносить. Во всяком случае, те переломы ребер, о которых коллеги рассказывают, и их я видел сам. А первый мужчина был моего роста, толще меня в 2 или 3 раза, медвежатник. Он и простудился на базе. Потом уже был дома в своей постели, у него была пневмония, он все время кашлял и возник перелом. Вот такая необычная

ситуация. Остеопорозы – идея хорошая, нужно будет посмотреть и обследовать. Но коллеги, в любом случае, я очень горд тем, что мультидисциплинарная команда с пульмонологами, сердечно-сосудистыми хирургами – честь и хвала коллективу 2 городской больницы. Во-первых, так грамотно сформулировали все диагнозы, во-вторых, четко выстроили лечебную тактику. Никто не бегал с ножом за пациентом – я умею ликвидировать грыжу; каскадно, этапно и т. д. Единственное, что надо вспомнить – несколько поговорок, и одна из них – «работаем с материалом заказчика». В данной ситуации пациент не очень может болевые качества включить и участковые врачи очень с ним мучаются, учитывая весь его коморбидный фон, я бы за него сильно тревожился. Но вопросы, касающиеся любой операции на брюшной полости после всего того, что у него было, кажется, требуют особенного хирургического консилиума, и я бы его сделал. Во 2-ю больницу пригласил бы Александра Васильевича и всех, кто имеет опыт подобных операций, потому что легкой прогулкой у этого пациента не будет ни одна операция. Но если он не похудеет, мы его не вылечим ни от одной его болезни. И в данной ситуации надо думать о разных, в том числе хирургических технологиях, на которые пациент должен согласиться. Поэтому еще раз мои поздравления, уважение за ту хирургическую раздумчивость, которая сегодня была продемонстрирована.

А. О. Аветисян (председатель): Хочу поздравить авторов с достаточно интересным случаем, самое главное – редкое наблюдение. У нас есть небольшой опыт по поводу операций легочных грыж. Это в основном после торакоскопических операций, но бывает все равно и после торакотомии, когда происходит перелом ребра во время операции. У меня был такой один больной, но это, конечно, другая история. Я, единственное, подумал, у нас была одна больная с переломом ребра, тоже во время кашлевого сильного толчка. Мы ее не оперировали, но это может стать причиной вот такого перелома. Сколько людей живет на планете, все кашляют, и все-таки это очень редкое осложнение. И вот я думал об этом, и Ольга Александровна назвала и говорила о потере сознания. Во время кашля все-таки происходит напряжение мышц рефлекторно и мышцы напрягаются и защищают реберный каркас. Скорее всего, гипоксемия и нарушение потери сознания, вот это, скорее всего, сыграло ключевую роль, и произошла десинхронизация между растяжением и напряжением мышц. Вот это мое мнение. Поздравляю всех авторов.

3. М. А. Атюков, А. С. Петров, О. А. Жемчугова-Зеленова, И. Ю. Земцов (ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2»; ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»). **Ближайшие результаты видеоторакоскопических бронхопластических лобэктомий при центральных опухолях легких.**

**Цель** доклада – проанализировать ближайшие результаты видеоторакоскопических (ВТС) бронхопластических лобэктомий при центральных опухолях легких.

Органосохраняющие бронхопластические резекции легких при онкологических заболеваниях прочно вошли в хирургическую практику. По мнению ряда авторов, бронхопластические вмешательства следует рассматривать как стандартные радикальные операции при раке легкого. Более того, если изначально подобные операции были предложены только для пациентов с функциональными противопоказаниями к выполнению пневмонэктомии, то на сегодняшний день при соответствующей локализации опухоли и при соблюдении принципов онкологической радикальности большинство авторов рекомендуют выполнять бронхопластические лобэктомии, а не пневмонэктомии, и пациентам без функциональных ограничений. В то же время, в последние годы видеоторакоскопи-

ческие (ВТС) резекции легких становятся стандартом хирургического лечения больных ранними стадиями рака легкого. С накоплением опыта отмечается тенденция к расширению показаний для выполнения ВТС лобэктомий. Появляется все больше публикаций о ВТС бронхопластических лобэктомиях, в том числе сравнивающих их с операциями, выполненными из торакотомного доступа. Тем не менее, до сих пор большинство торакальных хирургов предпочитает использовать для этих операций торакотомный доступ. Выбор в пользу торакотомии обусловлен необходимостью формирования межбронхиального анастомоза в условиях ограниченного пространства и нередкой потребностью резекции и пластики легочной артерии при подобных вмешательствах.

Помимо этого, адекватность хирургического вмешательства при раке легкого зависит от максимально корректной оценки регионарных лимфатических узлов. Наибольшие возможности как в объеме выполнения лимфаденэктомии, так и в точности определения N-стадии НМРЛ продемонстрировала видеоассистированная медиастинальная лимфаденэктомия (ВАМЛА).

В докладе представлен подробный анализ непосредственных результатов бронхопластических анатомических резекций легких, выполненных из видеоторакоскопического доступа. Кроме этого, продемонстрирован уникальный опыт выполнения ВТС бронхопластических лобэктомий, выполненных в одном наркозе с ВАМЛА. Оценена их эффективность и безопасность. Также представлен многофакторный анализ и сформулированы факторы риска развития послеоперационных осложнений у больных центральным НМРЛ, перенесших бронхопластические анатомические резекции легких, а также показаны преимущества одномоментного выполнения ВАМЛА и бронхопластической лобэктомии.

#### *Ответы на вопросы.*

Профессор А. В. Хохлов: Стадирование с помощью УЗИ ФБС? Вашей тактики в целом? Как Вы рассматривали эту процедуру?

– Скрупулезное обследование больного перед операцией с большой долей вероятности исключает поражение лимфатических узлов. Выполняя видеоассистированную медиастинальную лимфаденэктомию, мы почти уверены, что в лимфатических узлах не будет метастазов. Конечно, в обязательном порядке мы выполняем срочное гистологическое исследование лимфатических узлов уровня N3 и бифуркационной группы, и, если там выявляются метастазы, конечно, ни о какой операции речь не пойдет. Но еще раз повторюсь, что на сегодняшний день современная высокоинформативная КТ и позитронно-эмиссионная томография с большой долей вероятности позволяют нам прогнозировать наличие или отсутствие метастазов в лимфатических узлах средостения. Выполнение же видеоассистированной медиастинальной лимфаденэктомии позволяет не только выполнить билатеральную лимфодиссекцию, но, на наш взгляд, позволяет получить дополнительную мобилизацию главных бронхов в зоне бифуркации трахеи без нарушения кровообращения бронхиальной стенки.

Профессор А. В. Хохлов: Используете ли Вы робототехнику?

– К сожалению, в нашей клинике нет робота, мы не выполняем роботические вмешательства, но очень хотим.

Профессор А. А. Завражнов: Используете ли Вы при сегментарных резекциях ASG?

– Анатолий Анатольевич, у нас очень маленький собственный опыт использования ASG в принципе при сегментарных резекциях. В нашей клинике нет оборудования для выполнения ASG, поэтому большим опытом мы не обладаем, желание есть, но нет пока технической возможности.

Профессор Б. В. Сигуа: Какое количество бригад выполняло операцию? Открытую и торакоскопическую?

– Материал, который представлен – это материал за последние 10 лет. Это всегда одна и та же бригада. Есть открытая операция, когда выполнялась пневмонэктомия с резекцией бифуркации трахеи – есть такая одна торакоскопическая операция, но из этой базы они были исключены, потому что тема доклада – это бронхопластические лобэктомии.

А. О. Аветисян (председатель): 1. Каковы были причины несостоятельности при открытых операциях? Вы сказали, что при видеоторакоскопических было укрытие зоны анастомоза разными методами, а при открытых операциях не было? Может быть, это стало причиной, и какова, на Ваш взгляд, была причина несостоятельности при открытых операциях?

– Среди торакальных хирургов бытуют разные мнения по поводу укрытия анастомозов. Есть авторы, которые укрывают анастомозы, и есть, которые не укрывают, используют огромное количество доводов за и против. Мы укрываем бронхиальные анастомозы, потому что нас так научили учителя. Мы когда учились, верили этому безоговорочно. Продолжаем ли мы верить сейчас, не могу сказать, но все равно анастомозы укрываем. И вот тот один клинический случай, когда больной поправился после несостоятельности и не погиб, когда у него анастомоз был укрыт жировым лоскутом, заставляет нас продолжать укрывать анастомозы. Хотя у тех больных, которые прооперированы из торакотомного доступа и из торакоскопического, анастомозы тоже укрывались. Т. е. укрытие анастомоза не является панацеей от каких-то серьезных послеоперационных проблем, но в каких-то случаях может повлиять на течение послеоперационного периода. А причин несостоятельности бывает много и они различны, но в нашей группе больных у 2 из 3 несостоятельность возникла после нижней билобэктомии – это то, что в английской литературе называется термином *extende* – расширенные операции, когда удаляется больше одной доли. Еще это связано с тем, что есть большая разница в диаметре главного бронха и верхнедолевого. И вот эта разница в диаметрах, скорее всего, тоже какое-то влияние оказывает.

А. О. Аветисян: Вы считаете операцию ВАМЛА диагностической или лечебной?

– Это серьезный вопрос. Я считаю ее диагностической, а мой коллега, который со мной всегда присутствует на этих операциях – Андрей Сергеевич, он же их и выполняет, считает ее лечебной. Сейчас проходит научное исследование, которым занимается Ольга Александровна, представляющая второй доклад. И мы надеемся, что в ближайшее время исследование завершится, и она сможет доложить отдаленные результаты использования видеоассистированной медиастинальной лимфаденэктомии, и в том числе у больных после бронхопластических вмешательств. Тогда мы сможем посмотреть, действительно ли они живут дольше и живут лучше, или нет.

А. О. Аветисян: Если Вы считаете, что это диагностическая операция, и Вы только что говорили, что с точностью можете сказать про N-стадирование до операции, и Вы знали об этом, тогда какой смысл выполнения этих диагностических операций – так называемое N-стадирование?

– Может быть, я был не точен в своих формулировках, мы точно не возьмем на такую операцию, и не будем выполнять видеоассистированную медиастинальную лимфаденэктомию у больных, у которых мы подозреваем поражение лимфоузлов средостения – балки – с прорастанием капсулы, это достаточно неплохо видно на КТ. Во всех остальных случаях мы выполняем эту процедуру и остановимся, если при срочном гистологическом исследовании, либо при макроскопической оценке, мы увидим, что есть признаки метастатического поражения этих лимфатических узлов.

Канд. мед. наук Наумов Д. Г.: Были ли у Вас пациенты после неоадьювантной химиотерапии?

– В представленном материале не было больных после неоадьювантного лечения. В нашем материале их просто нет. Но существуют современные публикации, статьи 2024 г. из Шанхайского пульмонологического госпиталя, где количество этих операций исчисляется сотнями и тысячами, в том числе после неоадьювантной химиотерапии. Эти авторы считают, что это не является противопоказанием к бронхопластике.

Канд. мед. наук Н. Е. Левченко: Если делаете укрытие мышцей, используете только в торакоскопическом доступе? Анастомоз шьете непрерывным швом, не боитесь?

– Никита Евгеньевич, я ждал, что Вы зададите мне вопрос. Конечно, боимся. И весь наш опыт начинался с открытой бронхопластики, с того, как нас учили наши учителя – узловыми швами. Но, как показывает тот небольшой опыт, который у нас есть, при корректном выделении бронха, при сохранении кровоснабжения так не происходит – это с одной стороны. Но есть огромный материал китайских авторов, и Вы там тоже были и знаете, как они это делают – там тысячи торакоскопических операций и все они шьют непрерывным швом. Вы видели операции Диего Гонсалеса, который выполняет роботические операции, и он тоже шьет непрерывным швом. Скорее, причина несостоятельности не столько в выборе швов, а эта проблема лежит в какой-то другой плоскости – в ишемии, инфекции, в каких-то своеобразных нитях, которые вы используете, поэтому в себе мы эти фобии побороли и используем непрерывный шов. 2. Так бывает, очень всегда редко, в торакоскопических группах, чаще всего, конечно, это жир переднего средостения и плевры. Мышцы используем только из торакотомного доступа. 3. Мы отправляем края резекции всегда, по крайней мере, я даже не помню случая, чтобы мы этого не делали, но, к сожалению, бывают такие ситуации, когда онкологи говорят нам, что край резекции чистый, а в плановом заключении приходит, что край положительный. И, видимо, это тоже беспокоит морфологов. В том клиническом случае, который я Вам показал, они сказали R0, мы сделали анастомоз, а еще минут через 20 они засомневались, точно ли нет опухоли в крае резекции. И нам пришлось анастомоз перешить. Такие случаи редко, но случаются. 4. Нет, на рerezекцию мы их не брали – мы их отдавали онкологам, и чаще всего это была либо химиотерапия, либо лучевая терапия.

### Прения

Канд. мед. наук Н. Е. Левченко: Действительно, очень интересный доклад, потрясающий опыт, и, на самом деле, будущее бронхопластической хирургии в том числе за минимально инвазивной хирургией. У меня есть вопрос относительно необходимости выполнения ВАМЛЫ, поскольку, на мой взгляд, это неполноценная операция и передиагностика, и в отношении бронхопластических резекций есть вопрос. Но представленная работа – это действительно уникальный опыт. Поздравляю с такими результатами. Они действительно хороши.

Профессор П. К. Яблонский: Я являюсь соавтором этой работы, поэтому имею полное право говорить. Еще раз хочу поздравить авторов, которые представили этот материал. Трое из них являются сотрудниками кафедры госпитальной хирургии Санкт-Петербургского университета, где эта работа выполняется, и, конечно, это очень деликатная хирургия, которая наверняка не пережила еще всех детских болезней, но которая, действительно, похоже, сформируется в самостоятельное направление и доказывать ее преимущества скоро станет уже просто неприличным. Это очевидно. Конечно, много нюансов связано с техническими условиями выполнения этих

операций. Конечно, нужна блестящая анестезиология, нужен просто опыт, то, что называется skills. Я недавно прочитал книгу Ф. Г. Углова «Сердце хирурга» и я всем рекомендую просто вечерами заниматься набиванием навыков какого-то шва, включая торакоскопический. Можно спорить, нужна ли ВАМЛА, и я знаю, откуда эта идея и кто ее принес, как она развивается и так далее. Я думаю, что онкологические принципы стадирования и оперирования говорят о том, что любая операция должна проводиться с лимфодиссекцией. И, конечно, лимфодиссекцию хирурги сегодня могут выполнять достаточно хорошо в режиме N2-диссекции, безусловно, и с латеральной; и ВАМЛА для этого не нужна. Но, конечно, будучи перфекционистом в онкологии, хочу сказать, что наша школа – это школа перфекционистов. Мы учимся по правилам онкологов, мы их свято соблюдаем, чего не делают сами онкологи и центр Петрова, к сожалению, тоже к этому относится скептически. К сожалению, мы действительно эту технологию распространили благодаря энтузиазму Андрея Сергеевича, в том числе и на выполнение бронхопластических операций. С этой трибуны уже докладывались очень нестандартные операции сшиванием промежуточных бронхов в левый главный бронх и в трахею и т. д. Но хочу сказать, что есть один вид операции, где ничего лучшего пока никто не придумал. Это резекция нижней доли слева с анастомозом главного бронха с верхнедолевым бронхом. Действительно, при любом виде операций очень мешает верхняя легочная вена и торакоскопия со своей мининвазивностью, с углом атаки – это действительно очень комфортный доступ, при котором натяжения не наблюдается, и соблюдаются все принципы абластики и т. д. Что касается несостоятельности шва, опять-таки, сколько хирургия будет развиваться, столько будут эти споры. Сегодня, наверное, трансплантологии дальше всех ушли в этом вопросе и мы точно знаем, что ишемия – главный фактор всего того, о чем говорил и что показывал Михаил Александрович. Поэтому, конечно, максимально прецизионное отношение к тканям, максимально бережная скелетизация бронха. А я хочу напомнить одну старую кандидатскую диссертацию из Перми, где коллеги показали, что правильно выполненная лимфодиссекция на 80 % редуцирует кровоток в трахее и в главных бронхах. Поэтому можно себе представить, каковы риски ишемического повреждения собственного бронха. Что касается укрытия анастомозов, принципиально важным является укрытие при бронхо-ангиопластических резекциях, когда нужно разъединить 2 шва. При обычных операциях жировой лоскут тоже, но я всегда скептически относился к плевральному лоскуту. Но хочу напомнить блестяще защищенную диссертацию И. М. Кузнецова, когда мы на модели трансплантации фрагмента бронха изучили три варианта укрепления: это межреберный лоскут, надкостнично-мышечный перикард и какая-то другая мышца – латиссимум дорзи, зубчатая и т. д. И было показано, что использование надкостнично-мышечного лоскута приводит к жесточайшим стенозам за счет формирования костной капсулы, это еще было на собаках – давняя история. Перикард давал очень хорошую механическую прочность, но не давал никаких биологических бенефитов заживления бронхиального анастомоза. А мышца была, безусловно, хороша во всех случаях. Да, мы еще использовали сальник. В ту пору это было очень травматично, и сегодня от сальника практически отказался весь мир. Поэтому, действительно, золотым стандартом должна являться мышечная пластика в тех случаях, когда хирургам кажется, что она показана. Но и надо помнить такую шутку наших американских коллег. Во всяком случае, мне ее они подарили: «Хирург должен быть недостаточно твердолюб, он должен менять свои решения сообразуя ситуации в операционном поле у конкретного больного». И вот пластичность

мысли, прежде всего, приводит, безусловно, к правильным решениям в опытных руках. Еще раз поздравление авторам и благодарность Пироговскому обществу за включение столь интересных и нестандартных сообщений.

А. О. Аветисян (председатель): Хочу поздравить авторов за прекрасный доклад. В первую очередь за новое мышление и новый стратегический подход в этом вопросе. Потому что ВАМЛА все-таки считается диагностической операцией. Это операция, которая выполняется для N-стадирования. Если Вы докажете, что это и лечебная операция, и это увеличивает прогноз в плане по этой части, я думаю, что эта работа имеет

большое будущее. По поводу укрытия культи я хочу все-таки сказать, что наши учителя знали и знают больше, чем мы. Потому что несостоятельность – это еще не свищ, а мы всегда боимся свища, а не несостоятельности. А укрытие анастомозов, культи, после пульмонэктомии в большей степени выполняется для того, чтобы даже при несостоятельности не было бронхиального свища. И я думаю, что прекрасная работа, и я поздравляю от души. Желаю набрать дальнейший материал в этой работе, и уже выйти новый уровень с доказательной медициной.

*Поступил 06.11.2024 г.*