

ДЕМОНСТРАЦИЯ

В. А. Рева¹, В. В. Савчук², С. А. Петрачков³, В. В. Лужсков⁴, О. М. Костюченко⁵

ПЕРВЫЙ ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ БАЛЛОННОЙ ОККЛЮЗИИ АОРТЫ В ЗОНЕ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

1. ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова» МО РФ, кафедра военно-полевой хирургии (зав. кафедрой – проф. И. М. Самохвалов)
2. ФГКУ «35 Омеда (а)» ВДВ МО РФ, г. Псков (нач. отряда – Э. Н. Бегашвили)
3. ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова» МО РФ, кафедра термических поражений и пластической хирургии (нач. кафедры – д.м.н. И. В. Чмырев)
4. ФГКУ «442 военный клинический госпиталь» МО РФ, СПб (нач. госпиталя – В. В. Лютков)
5. ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь им. акад. Н. Н. Бурденко» МО РФ, г. Москва (нач. госпиталя – проф. Е. В. Крюков)

Раненый Г., 29 лет, находясь в блиндаже, попал под обстрел и получил ранение осколками снаряда в область груди, конечностей. На этапе первой врачебной помощи гемодинамически стабилен. Доставлен одновременно с несколькими ранеными авиатранспортом в медицинский отряд спустя 4,5 ч после ранения.

Общее состояние крайне тяжелое, глубокое оглушение. Кожный покров бледный. Систолическое АД 50-60 мм рт.ст., пульс 110 уд. в мин. Дыхание поверхностное, ослаблено с обеих сторон. В области груди слева определяются две (как позже выяснено, касательные) раны 2,0x1,0 см в проекции V и X ребер по средней подмышечной линии. Подкожной эмфиземы и кровотечения нет. Живот мягкий, безболезненный. В средней трети правой голени определяется огнестрельная рана 5,0x4,0 см с крепитацией костных отломков. Признаков ишемии конечности нет. Выполнение рентгенографии при поступлении было недоступным. При УЗИ – большое количество жидкости в брюшной полости.

Одновременно с интубацией трахеи вслепую выполнена ошибочная пункция правой бедренной вены, в нее установлен интродьюсер 10Fg для инфузионно-трансфузионной терапии. Затем произведена пункция бедренной артерии, установлен интродьюсер 8Fg. По внешним ориентирам (расстояние до мечевидного отростка) в грудную аорту заведен и раздут баллонный катетер. АД поднялось до 120/60 мм рт.ст. Выполнено дренирование левой плевральной полости в VI межреберье, воздуха и крови не получено. Произведена лапаротомия (выявлено повреждение селезенки III степени по AAST раздробленными IX и X ребрами), спленэктомия с последующим медленным (в течение 3-5 мин) сдуванием баллона. Общее время окклюзии аорты составило 25 мин. На фоне проводимой трансфузионной терапии (8 доз эритроцитной взвеси, 300 мл свежемороженой плазмы) после сдувания баллона АД ниже 90 мм рт.ст. не опускалось. Баллонный катетер и интродьюсер удалены с помощью техники фасциального шва без ушивания дефекта артерии. Выполнена ПХО огнестрельной раны нижней трети правой голени, открытая репозиция, внешняя фиксация перелома правой большеберцовой ко-

сти. На следующие сутки раненый переведен в центральный госпиталь, где выполнялись повторные хирургические обработки раны голени до заживления раны. Раны живота и паха зажили первичным натяжением. Выписан в удовлетворительном состоянии на 170-е сут.

Цель демонстрации: продемонстрировать эффективность применения эндоваскулярной баллонной окклюзии аорты на передовых этапах медицинской эвакуации.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*В. А. Рева¹, Р. Ф. Абдурахманов², А. О. Орлов², А. Л. Кудяшев³, А. В. Щукин³,
И. М. Самохвалов¹*

ПЕРВАЯ В МИРЕ ИМПЛАНТАЦИЯ СТЕНТ-ГРАФТА В МЕДИЦИНСКОМ ОТРЯДЕ ПО ПОВОДУ БОЕВОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДМЫШЕЧНОЙ АРТЕРИИ

1. ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» МО РФ, кафедра военно-полевой хирургии (заведующий кафедрой – проф. И. М. Самохвалов)
2. ФГКУ «354 военный клинический госпиталь» МО РФ, г. Екатеринбург (начальник госпиталя – П. П. Коновалов)
3. ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» МО РФ, кафедра военной травматологии и ортопедии (начальник кафедры – проф. В. В. Хоминец)

Раненый О., 27 лет, во время взрыва передвигался на подножке грузового автомобиля «Урал», держась обеими руками за поручень. На этапе первой врачебной помощи выполнено ушивание ран лица, конечностей, транспортная иммобилизация обеих верхних конечностей и обезболивание. Спустя 7 ч после травмы доставлен в медицинский отряд. Общее состояние тяжелое, глубокое оглушение. АД 100/60 мм рт.ст., пульс 76 уд. в мин. При осмотре определяется неполный отрыв правой верхней конечности на уровне средней трети предплечья, патологическая подвижность на уровне верхней трети предплечья и средней трети плеча. Рука холодная, бледная. Пассивные движения сохранены. Слева – патологическая подвижность на уровне плеча и предплечья, без признаков ишемии.

Выполнена ампутация на уровне отрыва, ревизия плечевой артерии (ПЛА) в кубитальной ямке. Артерия не пульсирует, имеется слабый антеградный кровоток. При попытке заведения катетера Фогарти возникло препятствие на уровне подмышечной артерии. Ретроградно в ПЛА установлен интродьюсер 6Fg, введен диагностический проводник, который также не проходит в дугу аорты. Ввиду отсутствия флуороскопии, путем многократного выполнения обычных рентгенограмм (всего более 50) введен многоцелевой катетер, позиционирован в области препятствия и выполнена ретроградная ангиография. Выявлена гемодинамически значимая диссекция (боковое повреждение >70%) подмышечной артерии мелкими металлическими осколками, повредившими стенку артерии (в последующем во 2-й зоне шеи справа выявлены две точечных раны). Выполнена эндоваскулярная операция – проводник под рентген-контролем по катетеру введен в дугу аорты, интродьюсер заменен на 11Fg. По проводнику введен, позиционирован и установлен самораскрывающийся стент-графт Fluency Plus 6x120 мм. Сосудистый этап операции занял 1,5 ч. По данным ангиографии и клинически – хорошее восстановление кровотока. Переломы обеих верхних конечностей зафиксированы в спице-стержневых аппаратах. Ввиду подозрения на тяжелую черепно-мозговую травму антикоагулянтную и дезагрегантную терапию не назначали.

На следующие сутки при КТ повреждения головного мозга не обнаружено, но выявлен тромбоз стент-графта. Выполнена тромбэктомия из стент-графта с последующим в/в

введением 1000 ЕД/час гепарина и пероральным приемом 75 мг клопидогрела в сутки. На 5-и сутки переведен в центральный госпиталь с магистральным кровотоком по артериям правой верхней конечности. Спустя 3 недели при контрольном УЗИ выявлен повторный тромбоз стент-графта, что было в последующем подтверждено данными КТ-ангиографии. Клинически признаков ишемии не было, в связи с чем попытки восстановления просвета графта не предпринимались. Впоследствии осуществлена последовательная замена аппаратов внешней фиксации на погружные конструкции. Выписан спустя 80 сут.

Цель демонстрации: продемонстрировать возможности эндоваскулярных методов лечения боевых повреждений магистральных сосудов на передовых этапах медицинской эвакуации.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*В. А. Рева¹, А. В. Гончаров¹, А. А. Алимов², В. В. Мусаткин², Д. В. Белоусов²,
К. О. Вертецкий³, Р. Ф. Абдурахманов², А. П. Чуприна⁴, А. А. Керимов⁴, Ю. В. Арбузов⁴,
Б. Б. Родивилов⁴, И. М. Самохвалов¹*

СЛУЧАЙ СПАСЕНИЯ ЖИЗНИ И КОНЕЧНОСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ОККЛЮЗИИ АОРТЫ У РАНЕНОГО В ТЕРМИНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ И С КРИТИЧЕСКОЙ НЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ИШЕМИЕЙ

1. ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» МО РФ, кафедра военно-полевой хирургии (заведующий кафедрой – проф. И. М. Самохвалов)
2. ФГКУ «354 военный клинический госпиталь» МО РФ, г. Екатеринбург (начальник госпиталя – П. П. Коновалов)
3. ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь имени А. А. Вишневского» МО РФ, г. Красногорск (начальник госпиталя – д.м.н. А. В. Есипов)
4. ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н. Н. Бурденко» МО РФ, г. Москва (начальник госпиталя – проф. Е. В. Крюков)

Раненый С., 25 лет, получил травму в результате подрыва бронетранспортера. Сидя на броне, был опрокинут, однако удержался левой ногой, вставленной в фиксирующую лямку. На этапе первой врачебной помощи АД 120/70 мм рт.ст. Спустя 3 ч был доставлен на щите в медицинский отряд. Состояние терминальное, сознание – глубокое оглушение. Кожный покров бледный. АД не определяется, частота пульса на сонной артерии больше 120 уд. в мин. Дыхание проводится во все отделы, частотой 22-24 в мин. Локальная припухлость живота над лоном (тазовая гематома). При нагрузке на таз болезненность и патологическая подвижность (в момент доставки наложен тазовый пояс). В верхней трети левого бедра линейная ссадина шириной до 10 см. Обе нижние конечности бледные, холодные. При УЗИ заподозрена свободная жидкость в брюшной полости. Одновременно с интубацией трахеи вслепую с первой попытки выполнена пункция правой общей бедренной артерии (ОБА) и установлен интродьюсер 10Fg. Под рентген-контролем выполнена эндоваскулярная баллонная окклюзия грудной аорты. Систолическое АД поднялось до 130 мм рт.ст. Тотчас выполнена лапаротомия, повреждений не обнаружено. Из отдельного доступа выполнена внебрюшинная тампонада таза, после чего баллон сдут и удален – общее время окклюзии аорты составило 16 мин. Переломы костей таза зафиксированы в аппарате КСТ, после чего удален интродьюсер с сохранением АД на уровне 110 мм рт.ст. За время операции перелито 6 доз эритроцитной взвеси и 4 дозы СЗП. По окончании операций (спустя 7 ч после

травмы) выявлена контрактура в левом голеностопном суставе. Выполнена ревизия ОБА в зоне осаднения, выявлен ее тромбоз в зоне бифуркации. Установлен временный протез из ПХВ-трубки. Выполнена широкая четырехфулярная фасциотомия (все мышцы жизнеспособны), реконструкция участком большой подкожной вены бедра, взятого из этого же разреза.

На следующие сутки раненый был переведен в центральный госпиталь, где еще через сутки тампоны из малого таза были удалены. Ввиду развития реперфузионного синдрома начаты сеансы гемодиализа, проводившиеся 30 сут до восстановления функции почек. Раны живота, таза и паха зажили первичным натяжением. Выписан в удовлетворительном состоянии на 75 сутки после травмы. Левая нижняя конечность жизнеспособна и выполняет опорную функцию, однако активные движения в голеностопном суставе отсутствуют.

Цель демонстрации: продемонстрировать эффективность эндоваскулярной баллонной окклюзии аорты на передовых этапах медицинской эвакуации и возможность спасения конечности при критической некомпенсированной ишемии.

ДОКЛАД

И. М. Самохвалов, В. А. Рева, А. Н. Петров

ОТКРЫТАЯ И ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ СОВРЕМЕННЫХ БОЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ

*ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» МО РФ,
кафедра военно-полевой хирургии (заведующий кафедрой – проф. И. М. Самохвалов)*

Проанализирован современный опыт оказания помощи 12 раненым ангиотравматологического профиля специалистами группы медицинского усиления на этапе оказания квалифицированной хирургической помощи (КХП) в условиях отдаленного региона и стратегической воздушной эвакуации. Дважды использован метод интраоперационного временного протезирования (ВП) – при повреждении подмышечной артерии – шунт Pruitt-Inahara, общей бедренной артерии – ПХВ-трубка, с завершением вмешательств аутовенозной пластикой. 4 раненым выполнена первичная артериальная реконструкция: 3 – аутовенозная пластика бедренной (ПБА), подмышечной и задней большеберцовой артерии (использован реверсированный сегмент большой подкожной вены бедра) и 1 – циркулярный шов подколленной артерии. Одному раненому выполнен боковой шов внутренней яремной вены, еще одному раненому с тромбозом передней большеберцовой артерии реконструктивная операция не производилась ввиду компенсированной ишемии. Опыт оказания ангиотравматологической помощи в медицинском отряде продемонстрировал возможность применения не только открытой, но и эндоваскулярной хирургии. Наряду с традиционными диагностическими ангиографиями выполнено три эндоваскулярных баллонных окклюзии аорты по поводу повреждений сосудов живота и таза. С помощью портативного рентгеновского аппарата выполнено эндопротезирование поврежденной подмышечной артерии стент-графтом. Лишь одному пациенту, доставленному с признаками необратимой ишемии верхней конечности с нахождением жгута на конечности в течение 3 ч, выполнена первичная ампутация (частота ампутаций – 10%). Одному раненому с повреждением ПБА и длительной ишемией конечности в последующем выполнена вторичная ампутация, он же позже скончался от сепсиса. Высокая частота поступления раненых с нестабильной гемодинамикой (ГД) и тяжелой ишемией конечности из-за длительных сроков доставки вынудила нас дополнить существующую классификацию повреждений сосудов конечно-

стей. Рабочая классификация «ВПХ-АТ» («ВПХ-ангиотравматология») основывается на двух основных компонентах: 1) степень ишемии по В. А. Корнилову в модификации авторов (некомпенсированная ишемия (НКИ) делится на раннюю, когда чувствительность и движения только начинают снижаться, и критическую - когда уже начинает развиваться тугоподвижность в суставах поврежденной конечности), 2) стабильность ГД. В соответствии с этими критериями выделены 4 класса повреждений магистральных артерий конечностей: I класс: компенсированная ишемия вне зависимости от стабильности ГД; II класс: ранняя НКИ + стабильная ГД; III класс: ранняя НКИ + нестабильная ГД или критическая НКИ + стабильная ГД; IV класс: критическая НКИ + нестабильная ГД или необратимая ишемия вне зависимости от ГД. Диагностика класса повреждения по классификации «ВПХ-АТ» определяет хирургическую тактику на этапе оказания КХП: I класс – восстановление или перевязка артерии, возможен отказ от операции на сосуде при закрытой травме; II класс – ВП или окончательное восстановление артерии; III класс – ВП и широкая открытая фасциотомия; IV класс – первичная ампутация конечности (восстановление кровотока опасно для жизни).

В условиях все более широкого распространения эндоваскулярных методов - при повреждениях I-III классов возможна имплантация стент-графта (ранение сосуда) или стента (закрытое повреждение сосуда).

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*А.М. Игнашов, Чжо Ван, А.Э. Хон, С.Г. Баландов, А.Н. Морозов, А.Ю. Гичкин,
М.В. Мамченкова, С.Д. Мигащук*

**СИНДРОМ КОМПРЕССИИ ЧРЕВНОГО СТВОЛА И АНЕВРИЗМЫ
СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ, НИЖНЕЙ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ И ИНТЕСТИНАЛЬНОЙ
АРТЕРИЙ И ДУОДЕНОГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС
С ЭЗОФАГИТОМ**

1. ФГБВОУВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ (ректор – академик РАН С.Ф. Багненко)
2. ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС России, клиника №2 (главный врач – проф. Г.Ю. Сокурченко)

Больная Л., 69 лет, поступила 16.06.2017г. с жалобами на ноющую боль, ощущение тяжести и полноты в надчревной области после приема пищи, изжогу последние 6 лет, распространяющуюся за грудину до ротоглотки, тошноту, вздутие живота, головную боль, общую слабость. Больна в течение 40 лет, ухудшение состояния с июня 2016г., снижение массы тела на 10кг. Заподозрена ишемическая болезнь органов пищеварения. По данным МСКТ-ангиографии – гемодинамически значимый компрессионный стеноз чревного ствола и три истинные мешотчатые аневризмы: селезеночной (7мм) в ее воротах, нижней панкреатической (5мм) в 5 мм от верхней брыжеечной артерии и интестинальной (3мм) артерий. Эндоскопическое и рентгенологическое исследование: антральный гастрит, недостаточность замыкательной функции нижнего пищеводного сфинктера, гипомоторная дискинезия желудка, дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс. Манометрия пищевода - нарушения его функции нет. Клинический диагноз: синдром компрессии чревного ствола, аневризмы ветвей его и верхней брыжеечной артерии, гипомоторная дискинезия желудка и 12-перстной кишки, дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом. Артериальная гипертензия. 26.06.2017г. операция – декомпрессия чревного ствола, спленэктомия с аневризмой ее артерии, резекция аневризм нижней панкреатической и интестинальной артерий. Произведена мобилизация, низведение и устранение изгиба дистальной части 12-перстной и тощей кишки рассечением связки (мышцы) Трейтца (операция Стронга). Дополнительно удалена культя червеобразного отростка длиной около 2 см с фекалитом в его просвете, что оказалось случайной находкой после ранее выполненной аппендэктомии. Послеоперационное течение гладкое. 15.12.17 г. по данным УЗДС анатомические и гемодинамические показатели чревного ствола в норме. Состояние больной удовлетворительное, прежних симптомов не отмечает.

Цель демонстрации: поделиться опытом лечения больной с редким сочетанием синдрома компрессии чревного ствола и аневризм висцеральных артерий, дуоденогастроэзофагеального рефлюкса с эзофагитом и избыточной культы червеобразного отростка.

К.В. Павелец, О.Г. Вавилова, О.М. Рыбальская, Д.С. Русанов, М.К. Павелец

**ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
РАКА ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА**

1. ФГБОУВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», кафедра факультетской хирургии имени проф. А.А. Русанова (заведующий кафедрой – проф. Н.Ю. Коханенко)
2. СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница» (главный врач – проф. О.В. Емельянов)

Больная С., 57 лет, поступила 13.06.2003 г в бх/о Мариинской больницы, в плановом порядке, с жалобами на чувство тяжести в эпигастрии, срыгивание пищи, похудание до 20 кг. Из анамнеза известно, что в течение последних 6 месяцев отменяет чувство тяжести, незначительные боли в эпигастрии, похудание до 7 кг. Обследована амбулаторно: по данным рентгеноскопии желудка, ФГДС выявлен рак выходного отдела желудка, гистологическая верификация: умеренно дифференцированная аденокарцинома. По результатам УЗИ ОБП и КТ живота отдаленных метастазов не выявлено. Сопутствующие заболевания: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Гипертоническая болезнь II ст.

После подготовки, 17.06.2003 г, выполнена операция – субтотальная дистальная резекция желудка по Бильрот-1 с лимфодиссекцией в объеме D2. Гистологическое заключение: умеренно дифференцированная аденокарцинома с прорастанием всех слоев стенки желудка. Метастазов в исследуемых лимфатических узлах не выявлено. Заключительный диагноз: Рак выходного отдела желудка T4N0M0. Послеоперационный период протекал без особенностей. При контрольной рентгеноскопии на 5 сутки ЭГА состоятелен, пассаж бариевой взвеси по ЖКТ не нарушен. Рана зажила первичным натяжением. Выписана в удовлетворительном состоянии на 10 сутки п/о периода.

Адювантная химиолучевая терапия пациентке не проводилась. При контрольном обследовании с периодичностью 1 раз в 6 мес с 2003 по 2010 гг данных за рецидив и прогрессирование не получено. В 2011г. у пациентки по данным УЗИ ОБП и компьютерной томографии живота выявлено солитарное образование левой доли печени 3х5см, что расценено как прогрессирование заболевания. После дообследования, 12.02.2011 г, выполнена операция – левосторонняя гемигепатэктомия с интраоперационной фотодинамической терапией, гистологическое заключение: метастаз умереннодифференцированной аденокарциномы в ткань печени. Послеоперационный период протекал гладко, выписана на 14 сутки после операции в удовлетворительном состоянии. В дальнейшем химиолучевую терапию пациентка также не получала.

При систематическом контрольном наблюдении 1 раз в 6 месяцев клинико- инструментальных данных за прогрессирование и рецидив нет, пациентка в удовлетворительном состоянии, функция ЖКТ не нарушена.

Цель: показать отдаленный результат хирургического лечения рака желудка, обсудить тактику контроля рецидива и прогрессирования заболевания.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ СТРОЕНИЯ ВИСЦЕРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

ФГБВОУВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ (ректор – академик РАН С. Ф. Багненко)

Вариантная анатомия висцеральных сосудов встречается в 10-30% случаев. Имеются сосудистые вариации, при которых магистральные артерии желудка отходят от аорты или верхней брыжеечной артерии. Рекомендуемая стандартизированная хирургическая техника определена для типичной сосудистой анатомии.

В исследование включены пациенты с диагнозом (с)T1-4N1-2M0, которые проходили лечение в ПСПбГМУ имени акад. И.П. Павлова с 2012-2017. Предложен лечебно-диагностический алгоритм (СКТА + вариант лимфодиссекции), который применён у 108 пациентов (основная группа). Контрольную группу (n=120) составили больные, у которых сосудистая анатомия не изучалась. Все пациенты были радикально оперированы. Оценивали величину кровопотери, время операции, частоту послеоперационных осложнений и отдалённую выживаемость.

Результаты:

1. У 32,9% больных при СКТА выявлена вариантная анатомия висцеральных сосудов верхнего этажа брюшной полости.
 2. Чувствительность СКТА при диагностике сосудистых вариаций составила – 95,7%, специфичность – 94,4%, точность 95,4%.
 3. В зависимости от анатомической вариации при отхождении магистрального или дополнительного сосуда, участвующего в кровоснабжении желудка от аорты или верхней брыжеечной артерии, стандартная D2 – лимфодиссекция дополнялась лимфодиссекцией D2+ (№14а и/или 16 а2 и 16 b1).
 4. Средняя кровопотеря в основной группе оказалась в 1,95 раза меньше и составила 126,5±22 мл, а в группе сравнения – 246,7±34 мл.
 5. Уровень послеоперационных осложнений статистически не различался. Время операции было достоверно меньше в основной группе больных.
 6. При морфологическом исследовании лимфатических узлов 14,16 групп у пациентов основной группы с расширенной лимфодиссекцией D2+, выявлено их метастатическое поражение в 66,7 % случаев.
 7. Отдаленные результаты лечения основной группы оказались лучше, чем в контрольной: 1- и 3-летняя выживаемость в основной группе составила 91,7% и 75,0%, медиана выживаемости 60+/-9,9 мес. В контрольной группе 1-и 3-летняя выживаемость составила 87,1%, 71,3% соответственно, медиана выживаемости 52,6+/-12,3 мес.
- Вывод: выполнение СКТА на дооперационном этапе является эффективным способом визуализации магистральных сосудов, позволяющим планировать объем операции, избежать периоперационных осложнений и улучшить отдаленные результаты лечения больных раком желудка, путем повышения радикальности оперативного вмешательства.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

С.Ю. Дворецкий, И.В. Комаров, А.П. Литвинов, А.А. Смирнов, М.А. Уртенкова, И.В. Чистяков, А.В. Прудников, Д.И. Василевский, А.Л. Акопов

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА

ФГБВОУВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ (ректор – академик РАН С. Ф. Багненко)

Больной И., 63 лет, обратился на торакальное отделение ПСПбГМУ им. И.П. Павлова в сентябре 2016 года с жалобами на дисфагию, слабость, снижение массы тела. По данным рентгеноскопии, ФГДС и МСКТ выявлена экзофитная стенозирующая опухоль нижней трети пищевода протяженностью 10,5 см, увеличенные лимфатические узлы средостения, сливающиеся с первичной опухолью, инвазия опухоли в нижнюю долю правого легкого, правую нижнюю легочную вену, перикард, со сдавлением и оттеснением левого предсердия. Отдаленные метастазы не обнаружены. Диагноз: низкодифференцированная аденокарцинома нижнегрудного отдела пищевода, cT4bN2M0, IIIС; дисфагия 2 ст.

На первом этапе, с целью реканализации пищевода, проведена эндоскопическая фотодинамическая терапия опухоли (фотосенсибилизатор Фотодитазин, плотность энергии около 150 Дж/см²). В дальнейшем начата химиолучевая терапия: два цикла полихимиотерапии (карбоплатин 350 мг, паклитаксел 300 мг) в режиме радиомодификации (D1, 8, 15) синхронно с дистанционной лучевой терапией СОД 50 Гр. По данным контрольного обследования через 6 недель после окончания индукционного лечения выявлен частичный регресс опухоли пищевода. Принято решение провести хирургический этап лечения.

В январе 2017 г. проведена операция. В области опухоли пищевода выраженный фиброз с вовлечением перикарда, устья нижнедолевой вены справа, нижней доли правого легкого. Выполнена лапароскопическая мобилизация желудка, расширенная комбинированная субтотальная резекция пищевода с резекцией нижней доли левого легкого, левого предсердия, перикарда с одномоментной пластикой широким желудочным стеблем в правой плевральной полости. Торакальный этап операции сопровождался техническими трудностями, связанными как с распространенностью опухолевого процесса, так и с проведенной лучевой терапией. Продолжительность операции составила 421 мин, кровопотеря 500 мл. Послеоперационный период протекал гладко, длительность пребывания в ОРИТ - 3 суток, энтеральное питание начато на 7 сутки. По результату гистологического исследования удаленного препарата - pT4bN0M0 G2, IIIС, регресс опухоли III степени (по А.М. Mandard et al.). Проводилась адьювантная иммунотерапия. Обследован через 16 месяцев после начала лечения, признаков рецидива нет.

Цель демонстрации: показать возможности современного комплексного радикального лечения местнораспространенного рака грудного отдела пищевода.

*А. А. Захаренко, Д. В. Маслевцов, К. Н. Вовин, М. В. Павлов, М. А. Беляев, А. А. Трушин,
О. А. Тен, Д. А. Зайцев, В. А. Рыбальченко*

**МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В СИМУЛЬТАННОМ
ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО РАКОМ ЖЕЛУДКА
И ТРЕХСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ МИОКАРДА**

*ФГБВОУВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ (ректор – академик РАН С. Ф. Багненко)*

Пациент К., 56 лет госпитализирован в кардиохирургическое отделение ПСПбГМУ 03.2017г. с жалобами на общую слабость, потливость, быструю утомляемость, одышку, учащенное сердцебиение и давящие боли в левой половине грудной клетки при незначительных физических нагрузках, незначительные отеки. Отмечалось постоянное повышение АД до 160/80 мм.рт.ст. Из анамнеза известно, что с 2015 года появились жалобы на дискомфорт за грудиной, в связи с чем 22.03.16 доставлен в многопрофильный стационар СПб с диагнозом: инфаркт миокарда Q-нижний, выполнена коронарография - стеноз ПМЖВ до 80 %, ОВ 75 %, ПКА окклюзирована в средней трети. Рекомендовано обследование и решение вопроса о шунтирующей операции на коронарных сосудах. 06.2017г. доставлен в тот же стационар с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения. При ФГДС выявлен язвенный дефект нижней трети тела желудка без признаков продолжающегося кровотечения. За результатом гистологического исследования пациент не явился. Протовазвенную терапию не получал.

Из поликлиники по месту жительства направлен в кардиохирургическое отделение ПСПбГМУ, обследован. При коронарографии, дополнительно выявлен стеноз промежуточной ветви артерии тупого края до 75%. При Эхо-КГ - нарушение локальной сократимости миокарда ЛЖ в зоне кровоснабжения ПКА. Фракция выброса 54% (по Simpson). При ФГДС - в антральном отделе определяется инфильтративно-язвенный дефект слизистой под фибрином. При гистологическом и иммуногистохимическом исследованиях – умеренно дифференцированная аденокарцинома. Показатели РЭА, СА 19-9, СА 72-4 в пределах референсных значений. При компьютерной томографии органов грудной клетки, брюшной полости в ангиографическом режиме - регионарной лимфоаденопатии, данных за отдаленное метастазирование не выявлено. Тактика лечения больного обсуждена на онкологическом и мультидисциплинарном консилиумах – принято решение о выполнении симультанного оперативного лечения по поводу рака желудка и 3-х сосудистого поражения миокарда, причём первым этапом спланирована операция на коронарных сосудах. 28.11.17 г. - выполнена симультантная операция - маммарное и аутоартериальное коронарное шунтирование ПМЖА, ВТК 1 ОА, ВТК 2 ОА, ЗМЖВ ПКА на работающем сердце и дистальная субтотальная резекция желудка, лимфодиссекция D2. Патоморфологическое стадирование: pT4N1(2/12)M0G2R0V1. Пациент выписан на 16-е сутки послеоперационного периода, протекающего гладко, без особенностей.

Цель демонстрации: показать результаты успешного симультанного хирургического лечения больного с конкурирующими заболеваниями, требующими мультидисциплинарного подхода в многопрофильном стационаре.

И.В. Дейнега¹, П.М. Ионов¹, Г.А.Яковлев¹, А.Л.Акопов^{1,2}

**ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЛЕГКОГО
В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТОРАКАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ
ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ГНОЙИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ЛЕГКИХ, ПЛЕВРЫ, СРЕДОСТЕНИЯ**

*1. ГБУЗ «Покровская больница», СПб (гл. врач – М.Н. Бахолдина)
2. ФГБВОУВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ (ректор – академик РАН С.Ф. Багненко)*

Первичный рак легкого сопровождается параканкротными воспалительными изменениями не менее чем в 25% наблюдений, а инфекционные деструкции легких как первые проявления рака отмечаются у 15% больных.

В отдельных случаях клинические проявления воспалительного процесса опережают и даже полностью нивелируют симптомы раковой опухоли, что существенно затрудняет диагностику.

Диагностические ошибки могут достигать 40%, но если диагноз поставлен правильно и вовремя, результат лечения такой опухоли может быть вполне приемлемым.

В то же время некоторые онкологи и хирурги относят больных раком легкого с параканкротными гнойно-деструктивными изменениями к категории инкурабельных. Проведение им лучевого и химиотерапевтического лечения признается противопоказанным, а к возможности выполнения радикального хирургического вмешательства относятся сдержанно.

Немаловажное значение при принятии решения о тактике лечения имеет и общее тяжелое состояние пациентов, их социальный статус, наличие или отсутствие легочного или внутриплеврального кровотечения.

В докладе проведен анализ результатов диагностики и лечения 427 больных раком легкого, у которых течение заболевания осложнилось развитием гнойно-деструктивного процесса в паренхиме легкого и/или плевральной полости, рассмотрены возможности лечения гнойных осложнений.

Резекции легкого произведены 61 больному (14%). Отмечены технические особенности операций, предоперационной подготовки, послеоперационного периода. Оценены непосредственные и отдаленные результаты лечения.

Показано, что хирургическая диагностика, адекватное лечение гнойных осложнений позволяют в ряде наблюдений выполнить радикальное оперативное вмешательство с приемлемыми результатами.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

А.Н. Тулупов¹, С.Ш. Тания¹, Е.С. Жукова¹, А.А. Есеноков¹, Т.В. Соколова¹,
А.И. Бабич¹, Е.М. Кызылова²

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШЕГО С ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫМ РАНЕНИЕМ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ СЕРДЦА, ДИАФРАГМЫ, ПЕЧЕНИ, ЧРЕВНОГО СТВОЛА, НАДПОЧЕЧНИКА, МЕЖРЕБЕРНОЙ АРТЕРИИ

1. ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе» (директор – проф.

Парфенов В.Е.)

2. Медицинский факультет СПбГУ (декан – проф. Яблонский П.К.)

Пострадавший К., 38 лет, доставлен в противошоковую операционную НИИ СП им. И.И. Джанелидзе 15.04.2017 в 02:40, через час после того, как получил ножевое ранение в грудь. На месте происшествия – АД 85/60 мм. рт. ст., ЧСС 68 уд./мин. При поступлении: сознание на уровне сопора (11 баллов по CGS), АД 96/62 мм.рт.ст., ЧСС 84 уд./мин., ЧДД 20 в мин., SpO₂ – 96%. В левой половине груди, в шестом межреберье на 1 см кнаружи от парастеральной линии определяется колото-резаная рана длиной 3 см, края раны ровные, без осаднения, углы острые. Пострадавший осмотрен хирургом, анестезиологом; выполнено УЗИ по протоколу FAST – свободной жидкости в брюшной, плевральных полостях, перикарде не выявлено; рентгенография органов грудной клетки – левосторонний гемоторакс.

Учитывая стабильное состояние пациента и расположение раны в кардиальной зоне, выполнена диагностическая торакокопия. Выявлено внеплевральное ранение перикарда, выполнена его фенестрация, в полости перикарда свертки крови без продолжающегося кровотечения, визуализировано ранение сухожильного центра диафрагмы и гемоперитонеум. Выполнено дренирование левой плевральной полости. Выполнена диагностическая лапароскопия, выявлена кровь во всех отделах брюшной полости. В связи с отмеченным падением гемодинамики, выполнена конверсия доступа – тотальная срединная лапаротомия. В брюшной полости выявлены: сквозное ранение 2 сегмента печени – ушито (Vicryl 0), краевое ранение чревного ствола – ушито (Prolene 5/0); полное пересечение левого надпочечника – ушито (Vicryl 0), раневой канал заканчивается в 10 межреберье по паравертебральной линии с ранением левого купола диафрагмы (ушито, капрон 0), пересечением межреберной артерии (клипирована) и повреждением надкостницы X ребра. При дальнейшей ревизии области ранения сухожильного центра выявлено непроникающее в полость ранение задней стенки правого желудочка длиной 4 см (ушито отдельными узловыми швами, Prolene 2/0).

Течение послеоперационного периода осложнилось декомпенсацией инсулин-независимого сахарного диабета. Выписан на 23 сутки после поступления в удовлетворительном состоянии.

Цель демонстрации: показать редкое клиническое наблюдение торако-абдоминальной локализации с сочетанными ранениями органов груди и живота, а также возможности применения минимально инвазивных технологий в лечении данной категории пациентов.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

А.А. Найденов, А.А. Петросян, Ю.А. Пахмутова

ОПЫТ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБШИРНОГО НАГНОЕНИЯ РАНЫ ГРУДИ МЕТОДОМ ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ТОРАКОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТА С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫМ РАНЕНИЕМ

СПб ГБУЗ «Городская больница № 26» (главный врач - проф. В.И.Дорофеев)

Пациент М. 37 лет, был доставлен в отделение СМП Городской больницы №26 14.02.2017г через 1,5 часа от момента получения огнестрельного ранения из охотничьего ружья. При поступлении состояние тяжелое, травматический шок II ст. Большой заторможен, гемодинамика не стабильная (ЧСС 120 в минуту, АД 90/60 мм рт.ст). Входное отверстие раневого канала, размерами 6,0х5,0 см располагалось на уровне VIII межреберья слева по срединно-ключичной линии. Из входного отверстия отмечалась эвентрация пряди большого сальника. Множественные выходные отверстия дробового ранения располагались на уровне VIII-XII ребер слева по среднеподмышечной линии. Пальпаторно определялся дефект реберно-мышечного каркаса с V-VIII ребро.

Через 15 минут от момента поступления начата операция двумя хирургическими бригадами. Одномоментно были выполнены левосторонняя переднебоковая торакотомия в VIII межреберье (через входное отверстие огнестрельной раны) и лапаротомия. Интраоперационно диагностировано разрушение V-VIII ребер слева, соответственно входному отверстию огнестрельной раны, а также межреберных мышц и сосудов, с продолжающимся кровотечением. В левой плевральной полости содержалось около 500 мл крови, жидкой и в свертках. Имелся полный разрыв левого купола диафрагмы с эвентрацией в плевральную полость желудка, петли тонкой кишки и большого сальника, ушиб левого легкого, сердца, разрыв селезенки, тонкой и толстой кишки. Общий объем кровопотери на момент начала операции около 1500 мл. Выполнено: перевязка межреберных артерий и вен, перикардиотомия с ревизией, ушивание разрыва диафрагмы слева, торакопластика реберно-мышечного дефекта груди путем диафрагмопексии, дренирование плевральной полости по Бюлау, спленэктомия, левосторонняя гемиколэктомия с выведением одноствольного ануса, резекция участка тонкой кишки с наложением анастомоза «бок в бок».

16.02.2017 в связи с необходимостью проведения продленной ИВЛ была выполнена трахеостомия. Послеоперационный период осложнился нагноением торакотомной раны, развитием сепсиса, псевдомембранозного колита, двусторонней пневмонии, поддиафрагмального абсцесса слева и кровотечением из острой язвы желудка. Нагноение раны груди после торакопластики лечили методом вакуумной терапии отрицательным давлением. Пациенту трижды устанавливалась NPWT - система (21.02; 23.02 и 27.02). 27.02.2017 выполнена релапаротомия, вскрытие, санация и дренирование поддиафрагмального абсцесса слева. В послеоперационном периоде пациент получал антибактериальную и иммуномоделирующую терапию пентаглобином. После очищения раны и появления грануляций 01.03.2017 NPWT - система была снята, наложены вторичные швы на рану. Рана груди очистилась и заживление происходило вторичным натяжением. На 46 сутки после ранения 03.04.2017 в удовлетворительном состоянии был переведен на койку дневного пребывания. На момент выписки у больного сохранялась гранулирующая рана в месте торакопластики размерами 8,0х6,0 см и глубиной около 5,0 см. Был повторно использован способ лечения ран отрицательным давлением системой PICO (Smith&nephew), благодаря чему удалось сблизить края раны и добиться ее эпителизации. Пациент был выписан из дневного стационара спустя 15 дней. 21.08.2017 повторная госпитализация в плановом порядке для закрытия толстокишечного свища. 24.08.2017 – лапаротомия, восстановление непрерывности толстой кишки. На 7 сутки послеоперационного периода потребовалась повторная

операция по поводу прорыва забрюшинного абсцесса в брюшную полость, при этом толсто-толстокишечный анастомоз признан состоятельным. Выполнена санация и дренирование забрюшинного абсцесса. Период нахождения в стационаре составил 24 к/д, выписан в удовлетворительном состоянии.

Целью данной презентации является демонстрация возможностей метода NPWT-терапии для лечения нагноений огнестрельной раны груди после торакопластики при огнестрельном дробовом торакоабдоминальном ранении.

ДОКЛАД

*А.Е. Демко^{1,2}, И.В. Кажанов^{1,2}, В.А. Мануковский^{1,2}, А.Н. Тулутов^{1,2}, Я.В. Гавришук^{1,2},
С.И. Микитюк^{1,2}, Е.А. Колчанов²*

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ПРОДОЛЖАЮЩЕМСЯ ВНУТРИТАЗОВОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

1. ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», отдел сочетанной травмы (директор – проф. В.Е. Парфенов)

2. ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» МО РФ, кафедра военно-полевой хирургии (заведующий кафедрой – проф. И. М. Самохвалов)

Летальность при травмах таза составляет от 5,6 до 15,0%, а при условии гемодинамической нестабильности пострадавшего – возрастает от 28,0 до 60,0%, что объясняется продолжающимся массивным внутритазовым кровотечением. Несмотря на успехи, достигнутые в лечении данной категории пострадавших, сохраняется высокая летальность от этого жизнеугрожающего последствия повреждения.

Проанализированы результаты лечения 28 пострадавших с повреждениями тазового кольца и признаками неустойчивой гемодинамики по уровню систолического артериального давления (САД) в двух травматологических центрах 1-го уровня за период с 2013 по 2017 годы. Нами был разработан лечебно-диагностический алгоритм по хирургическому гемостазу у пострадавших с нестабильными повреждениями тазового кольца и неустойчивой гемодинамикой, обусловленной продолжающимся внутритазовым кровотечением. Всем пострадавшим при поступлении выполнялась механическая стабилизация таза (противошоковая тазовая повязка, АВФ, рама Ганца в зависимости от морфологии повреждения тазового кольца). При сохранении признаков нестабильной гемодинамики применяли различные способы хирургического гемостаза. Внебрюшинную тампонаду таза выполнили у 13, диагностическую тазовую ангиографию у 6 (с эмболизацией поврежденных сосудов – в 4 случаях), комбинацию внебрюшинной тампонады таза и ангиографии у 9 пострадавших (эмболизация – в 6 случаях). Дополнительно для временной остановки внутритазового кровотечения у 3 пациентов с сохраняющейся неустойчивой гемодинамикой применили баллон-обтуратор. Его вводили через бедренную артерию и устанавливали под рентгенологическим контролем на уровне 3-й зоны брюшного отдела аорты. В 1 случае, как операцию «отчаяния», выполнили пережатие нисходящей аорты из торакотомного доступа. Данный подход обеспечил окончательный контроль над источниками тазового кровотечения у 24 (85,7 %) пострадавших. Общая летальность составила 15 (53,6 %) случаев, из них в течение первых суток умерло 5 (17,9 %) пострадавших. Десять пострадавших (35,7 %) скончались в течение первых 2 нед. после травмы от инфекционных осложнений.

Выводы. Хирургические способы гемостаза в комплексе с механической стабилизацией поврежденного тазового кольца должны активно применяться у пострадавших с продолжающимся внутритазовым кровотечением. При этом окончательной остановки продолжающегося кровотечения удается добиться у ¾ пострадавших.

Цель доклада: показать возможность применения различных способов хирургического гемостаза у пострадавших с продолжающимся внутритазовым кровотечением.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

Н.Ю. Коханенко, Ю.Н. Савушкин, С.А. Калужный

ЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОЙ КИСТОЙ ХОЛЕДОХА ПОСЛЕ ОСЛОЖНЕНИЙ МАЛОИНВАЗИВНОГО (ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО) ЛЕЧЕНИЯ

1. ФГБОУВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова

(зав. кафедрой – проф. Н.Ю. Коханенко).

2. СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница», 6 ХО (главный врач – проф. О.В. Емельянов)

Больная Ж., 33 лет, поступила в экстренном порядке 13.03.2017 с жалобами на тупые боли в верхних отделах живота (в течение года) и появление желтухи.

В январе 2017г. в поликлинике выявлена киста внепеченочных желчных протоков (ВЖП). Направлена в стационар, где находилась с 08.02.17г. по 15.02.17 обследована и с диагнозом: «Рубцовая стриктура терминального отдела холедоха. Супрастенотическая дилатация внепеченочных ЖП с исходом в псевдокисту» направлена в эндоскопическое отделение другого стационара, где при ЭУС подтверждено наличие кисты ВЖП и рубцовой стриктуры терминального отдела холедоха. 28.02.2017 выполнено ЭПСТ, после чего развился острый панкреатит и 01.03.2017 выполнено повторное ЭПСТ со стентированием панкреатического протока. После этого больная пожелтела и 13.03.17 поступила в 6ХО с диагнозом: Киста холедоха. Рубцовая стриктура терминального отдела холедоха. Состояние после ЭРХПГ, ЭПСТ Острый панкреатит? Механическая желтуха. При УЗИ выявлена только киста холедоха 97х63мм. МРХПГ 17.03.17.: МР-картина билиарной гипертензии, кисты ОЖП (72х34х63мм), панкреатита, отека парапанкреатической клетчатки. 17.03.17 под местной анестезией выполнена наружная чрескожно-чреспеченочная холангиостомия под УЗ-и Rg-контролем, получена желчь с хлопьями (бак. исследование: Pseudomonas aeruginosa). Больная лихорадила до 39С. Сохранялся лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы. 27.03.17. повязка умеренно промокла кровью, по холангиостоме выделилось около 50 мл крови со сгустками. При КТ 28.03.17. выявлен забрюшинный абсцесс (20х10х10см), кистозное образование в области холедоха (55х45мм, заполненное содержимым геморрагической плотности).

Операция 28.03.17. Вскрытие сальниковой сумки и забрюшинного пространства слева и справа через лямботомические разрезы, разрез в правой подвздошной области. Некресеэктомия, санация и дренирование забрюшинной клетчатки. Вскрытие кисты холедоха. Удаление сгустков крови. Дренирование кисты холедоха по Керу. Операция 18.09.17. 10.10-18.50. Холецистэктомия. Удаление кисты холедоха. Наложение термилатерального панкреатикодуоденоанастомоза на дренаже по Фелькеру, позадибодочного тригепатико-еюноанастомоза на сменных транспеченочных дренажах и дренаже по Фелькеру, на выключенной по Ру петле тонкой кишки. Послеоперационный период протекал гладко. Цель демонстрации: показать результаты успешного этапного хирургического лечения больной кистой внепеченочных желчных протоков после осложненного малоинвазивного (эндоскопического) лечения.

ОДНОЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРЫМ ХОЛАНГИТОМ У ПАЦИЕНТКИ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

1. ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе» (директор – проф. Парфенов В.Е.)
2. ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ (начальник академии – проф. А.Я. Фисун)

Больная Р., 35 лет поступила в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе 05.06.2017 в состоянии средней тяжести. Предъявляла жалобы на боли в эпигастрии, тошноту, пожелтение кожных покровов, повышение температуры тела до 38,6о С. Обследована в отделении экстренной медицинской помощи. Предварительный диагноз: ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха. Острый холангит. Угрожающие преждевременные роды 20-21 недель.

В анамнезе у пациентки привычное невынашивание беременности. Страдала ЖКБ в течение 3 лет. От проведения манипуляций с использованием рентгеновских методик категорически отказывалась. При выполнении МР-холангиографии выявлены признаки ЖКБ (конкременты желчного пузыря), билиарной гипертензии, холедохолитиаза. Невозможно исключить синдром Мирizzi 2 типа. В анализах крови обращали на себя нарастающий лейкоцитоз, гипербилирубинемия. ФЭГДС: катаральный бульбит. На момент осмотра данных за вклинение конкремента в устье БДС не обнаружено. По данным УЗИ плода – прогрессирующая беременность 20-21 недель. С учетом риска преждевременных родов, прогрессирующей гипербилирубинемии, клиникой острого холангита, консилиумом принято решение о малоинвазивном хирургическом лечении.

06.06.2017 выполнена лапароскопическая холецистэктомия, холедохотомия, литоэкстракция, дренирование ОЖП по Керу. Интраоперационно выявлен холецисто-холедохальный свищ (Синдром Мирizzi 2 типа). Выполнена холедохотомия через свищевой ход, холедохоскопия, литоэкстракция и санация внепеченочных желчных протоков. В раннем послеоперационном периоде положительная динамика в виде нормализации клинического и биохимического анализов крови, температуры тела. Контрольный дренаж удален на 5 сутки. При контрольной МР-холангиографии дефектов наполнения не выявлено, регрессия признаков билиарной гипертензии. Дебит желчи составлял 150-200 мл в сутки. 13.06.2017 г. дренаж ОЖП перекрыт. Выписана на амбулаторное лечение на 10 сутки послеоперационного периода. На 16 сутки госпитализирована в многопрофильный стационар на акушерское отделение для оценки состояния плода и профильного лечения. Патологии со стороны органов брюшной полости не выявлено. В дальнейшем беременность протекала без признаков патологии. Больная находилась под наблюдением акушеров, хирургов, систематически контролировались клинические и биохимические анализы крови, выполнялись УЗИ органов живота. На 39 неделе произошли самостоятельные срочные неосложненные роды. Через месяц после родов, пациентка госпитализирована в НИИ скорой помощи для удаления дренажа и контрольного обследования. Выполнена чрездренажная холангиография. Патологии не выявлено, дренаж удален. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии. Таким образом, одноэтапное малоинвазивное лечение холецистохоледохолитиаза может успешно применяться у пациенток во втором триместре беременности. Требуется дальнейшее накопление опыта для статистической оценки результатов лечения указанных групп больных.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА МИРИЗЗИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова (зав. кафедрой – проф. Н.Ю. Коханенко)

Синдром Мирizzi (СМ) – довольно сложное и неоднозначное понятие в хирургии. Современные взгляды на это редкое осложнение желчнокаменной болезни порой противоречивы. Учитывая высокую опасность интраоперационного повреждения желчных протоков, вероятность дифференциальной диагностики с опухолью проксимальных желчных протоков и относительную редкость синдрома Мирizzi, рассмотрение сути данной проблемы вызывает высокий интерес у большинства хирургов. Произведен анализ литературы, начиная с первоисточников аргентинского хирурга P.L. Mirizzi, заканчивая современными работами авторов, имеющих значительный авторитет в области желчной хирургии. Раскрыты различные взгляды на классификацию и хирургические подходы к лечению синдрома Мирizzi. Авторы предлагают усовершенствованную классификацию, связанную с объемом операции в зависимости от типа синдрома. Рассмотрен вопрос о возможности развития так называемого бескаменного синдрома Мирizzi.

Проанализированы данные оперативного лечения 78 пациентов с СМ, которые были оперированы за период с 1995 по 2015 гг. на базах кафедры. Среди больных было 57 женщин (73%) и 21 мужчин (27%). Все они были в возрасте от 24 до 91 года, средний возраст составил 70,5±8,6 лет. Авторами предложено выделять факторы риска развития СМ по формуле Кульбака. В клинической картине синдрома Мирizzi следует выделять следующие общеклинические признаки: женский пол, возраст – старше 60 лет, длительность холелитиаза более 7 лет, повторные приступы обострения хронического холецистита (более 2-3 раз в год), наличие механической желтухи. Среди инструментальных методов дооперационной диагностики синдрома Мирizzi наиболее информативен и безопасен метод МРХПГ с построением 3D изображения. Его чувствительность составляет 87%, а диагностическая чувствительность УЗИ брюшной полости при СМ составила всего 30,8%. При подозрении на СМ во избежание травмы холедоха следует использовать традиционный доступ. При СМ I типа адекватной операцией является холецистэктомия с наружным дренированием желчных протоков при необходимости. У больных со IIa типом СМ при дефектах гепатикохоледоха до 1/5 возможно его ушивание. При дефектах до 1/2 необходима пластика желчного протока оставленной стенкой желчного пузыря или кишечной стенкой. При разрушении более половины стенки протока следует накладывать билиодигестивный анастомоз на сменных транспеченочных дренажах. В докладе приводятся результаты такого лечения.

Цель доклада: обратить внимание на варианты СМ, в том числе и при бескаменном холецистите, опасность при этом повреждения желчных протоков. Показать возможность дифференцированного хирургического лечения в зависимости от типа СМ.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*А.Н. Тулупов¹, С.Ш. Тания¹, Е.С. Жукова¹, Л.Д. Егикян¹,
Н.А. Сухотина¹, А.И. Бабич¹, Е.М. Кызылова².*

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА СО СКВОЗНЫМ РАНЕНИЕМ СЕРДЦА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

1. ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе» (директор – проф. Парфенов В.Е.)
2. Медицинский факультет СПбГУ (декан – проф. Яблонский П.К.)

Пострадавший П., 32 лет, доставлен в противошоковую операционную НИИ СП им. И.И. Джанелидзе 24.09.2017 в 17:50, через 13 часов после того, как получил ножевое ранение в грудь. На месте происшествия – АД 100/50 мм. рт. ст. При поступлении: сознание – ясное (15 баллов по CGS), АД 125/65 мм.рт.ст., ЧСС 100 уд./мин., ЧДД 18 в минуту, SpO₂ – 96%. В левой половине груди, в шестом межреберье по срединно-ключичной линии определяется колото-резаная рана длиной 2 см, на медиальной поверхности левого бедра – колото-резаная рана длиной 2 см, на правом надплечье – колото-резаная рана длиной 5 см, у всех ран – края ровные, без осаднения, углы острые. Пострадавший осмотрен хирургом, анестезиологом, выполнено УЗИ по протоколу FAST – свободной жидкости в брюшной, плевральных полостях, перикарде не выявлено, отмечается подкожная эмфизема слева; рентгенография органов грудной клетки – левосторонний гемоторакс, сглаженная талия сердца.

Учитывая стабильное состояние пациента, расположение раны в кардиальной зоне, выполнена диагностическая торакоскопия. Выявлено ранение перикарда, выполнена его фенестрация, визуализировано ранение правого желудочка сердца (длиной 4 см), из которого поступает темная кровь. Учитывая стабильную гемодинамику и наличие технической возможности, выполнено видеоассистированное ушивание раны сердца (минидоступ 5,5 см, узловые швы Prolene 2/0). Несмотря на герметичное ушивание дефекта, из перикарда продолжает поступать кровь. Сердце тупфером отведено наружу и визуализирована рана левого желудочка, длиной 1 см, из которой активно поступает алая кровь. Рана ушита узловыми швами (Prolene 2/0). Достигнут гемостаз. Выполнено ушивание раны перикарда с оствлением фенестры ниже левого диафрагмального нерва. Санация и дренирование плевральной полости. Выполнены ревизия и хирургическая обработка ран бедра и надплечья – обе раны без повреждения сосудисто-нервных пучков, дно ран – мягкие ткани, ушиты (капрон 0).

Течение послеоперационного периода без осложнений. Выписан на 7 сутки после поступления в удовлетворительном состоянии.

Цель демонстрации: показать нестандартный способ лечения пациента с ранением сердца.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*В. А. Мануковский^{1,2}, И. В. Кажанов^{1,2}, А. И. Бабич¹, А. Н. Тулупов^{1,2}, С. Ш. Тания¹,
С. И. Микитюк^{1,2}, Е. А. Колчанов², Е. М. Кызылова¹*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАНЮЛИРОВАННЫХ ВИНТОВ ДЛЯ ОДНОМОМЕНТНОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА У ПОСТРАДАВШЕГО С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

1. ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе» (директор – проф. Парфенов В.Е.)
2. ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова» МО РФ, кафедра военно-полевой хирургии (зав. кафедрой – проф. И. М. Самохвалов)

Пострадавший К., 24 лет, доставлен в противошоковую операционную НИИ СП им. И. И. Джанелидзе 25.12.2016 в 05:45, через час после того, как пострадал в ДТП (пассажир заднего сидения легкового автомобиля, не был пристегнут). На месте происшествия: АД 90 и 50 мм. рт. ст., ЧСС 110 уд./мин. При поступлении: сознание ясное (15 баллов по CGS), АД 110 и 60 мм. рт. ст., ЧСС 101 уд./ мин., ЧДД 20 в мин., SpO₂ – 85%. При клиническом обследовании пострадавшего выявлены: подкожная эмфизема правой половины груди, болезненный и напряженный живот, признаки нестабильного тазового кольца, макрогематурия. Нестабильный таз был иммобилизован противошоковой тазовой повязкой. Выполнено УЗИ груди, живота по протоколу FAST – выявлена свободная жидкость в пространстве Моррисона; МСКТ головы, груди, таза, позвоночника, эзофагоскопия – без патологии, бронхоскопия – выявлено осаднение слизистой оболочки трахеи в нижней трети; КТ-цистография – внебрюшинный разрыв мочевого пузыря. Выполнено дренирование плевральной полости справа. Учитывая стабильную гемодинамику, произведена диагностическая лапароскопия, по данным которой – кровь во всех отделах живота, разрыв брыжейки тонкой кишки. Выполнена конверсия доступа. Учитывая нарушение кровоснабжения сегмента терминального отдела подвздошной кишки, выполнена его резекция с илео-трансверзо-анастомозом бок-в-бок. Также выявлена ненапряженная внутритазовая гематома. Произведена эпицистостомия, дренирование предпузырного пространства. Следующим этапом была выполнена закрытая репозиция с устранением внутреннего ротационного смещения в тазовом кольце, временная фиксации переднего отдела таза рамкой АВФ из комплекта для сочетанной травмы (КСТ) в режиме дистракции. Затем выполнен остеосинтез перелома боковой массы крестца одним подвздошно-крестцовым канюлированным винтом (в зоне «безопасного коридора» S1), погружной остеосинтез переломов переднего полукольца таза канюлированными винтами и демонтаж передней рамки АВФ. Тяжесть сочетанной травмы по ISS – 27 баллов. Пострадавший активизирован на 10 сутки. Течение послеоперационного периода без осложнений. Выписан на 37 сутки после поступления в удовлетворительном состоянии.

Цель демонстрации: показать возможность использования минимально инвазивной одномоментной стабилизации тазового кольца у пациентов с тяжелой сочетанной травмой.

*Д.И. Василевский¹, А.М. Ахматов¹, И.С. Тарбаев¹, А.С. Лапшин¹, С.Г. Баландов¹,
А.С. Прядко², Е.Н. Камалов², Г.В. Михальченко², В.И. Кулагин³*

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТЕЗОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ II-IV ТИПОВ

1. ФГБВОУВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ (ректор – академик РАН С.Ф. Багненко)
2. ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница» (глав. врач – д.м.н., проф. Тюрина Т.В.)
3. ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе» (директор – проф. Парфенов В.Е.)

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы II-IV типов (параэзофагеальные) в структуре данной группы анатомических нарушений составляют 5-10%. В отличие от хиатальных грыж I типа (аксиальных), параэзофагеальные грыжи практически всегда сопровождаются нарушениями пассажа пищи, и несут риск развития угрожающих жизни осложнений. Факторами, сдерживающими широкое применение имплантатов при хирургическом лечении хиатальных грыж II-IV, является риск развития тяжелых осложнений (перфорации или обструкции пищевода протезом), обусловленный особенностями анатомии и физиологии пищевода и диафрагмы.

В период с 2010 по 2017 год в ЛОКБ и ПСПбГМУ им. И.П. Павлова оперативные вмешательства по поводу хиатальных грыж II-IV типов были выполнены 54 больным. Во всех случаях для коррекции размеров пищеводного отверстия диафрагмы использовались полимерные имплантаты. Во всех наблюдениях применялась методика “mesh-reinforced” - укрепление имплантатом предварительно сшитых мышечных ножек. При размерах хиатального окна более 7 см выполнялась комбинированная передняя и задняя крурорафия, уменьшавшая натяжение тканей, а зона лигатур позади и спереди от пищевода укреплялась двумя имплантатами полулунной или одним протезом С-образной формы. Во всех случаях использовались протезы из “тяжелого” полипропилена (“Prolen”, “Эсфил”), обладающие наибольшей механической прочностью и высокой адгезивностью. Имплантаты фиксировались герниостеплером и перекрывали линию крурорафии на 2-2,5 см. Для исключения контакта со стенкой пищевода и ее возможного повреждения протезы располагались на расстоянии 2-3 мм от внутреннего края диафрагмальных ножек.

Для предотвращения гастроэзофагеального рефлюкса во всех случаях выполнялась фундопликация. При сохраненной моторной активности пищевода у 11 (20,3%) пациентов – циркулярная (Nissen). При нарушениях сократительной активности пищевода у 43 (79,7%) человек – частичная (Touret, Dor, Watson). В обязательном порядке при формировании фундопликационной манжеты стенка желудка располагалась в виде “прокладки” между пищеводом и протезом.

Результаты лечения пациентов, оперированных по поводу хиатальных грыж II-IV в период с 2010 по 2017 год, прослежены у 47 (87,0%) человек. Специфических осложнений (перфорации пищевода протезом, его сужения) не отмечено ни в одном случае. Рецидив грыжи констатирован у 3 (6,4%) пациентов. Гастроэзофагеальный рефлюкс без рецидива хиатальной грыжи диагностирован у 3 (6,4%) человек.

Выводы. Использование протезов при хирургическом лечении хиатальных грыж II-IV типов позволяет снижения частоты рецидива заболевания до 6,4 %. Применение полимерных имплантатов в данной области хирургии, с учетом особенностей анатомии и физиологии пищевода и диафрагмы, является безопасным.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

К.В. Павелец, А.К. Ушкац, М.В. Антипова, Д.С. Русанов, М.К. Павелец

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПИЩЕВОДА, ОСЛОЖНЕННОГО ПЕРФОРАЦИЕЙ ПОСЛЕДНЕГО, У ПАЦИЕНТКИ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

1. ФГБОУВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова (зав. кафедрой – проф. Н.Ю. Коханенко)
2. СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница» (главный врач – проф. О.В. Емельянов)

Большая И., 88 л., 19.03.17 поступила в бх/о Мариинской больницы, в экстренном порядке, с жалобами на полную дисфагию, похудание до 5 кг. Вышеописанные жалобы беспокоят на протяжении 4 мес. Из анамнеза известно, что в феврале 2017 г. консультирована онкологом в поликлинике, направлена на амбулаторное обследование. При рентгеноскопии пищевода выявлено образование абдоминального отдела пищевода, протяженностью до 7 см. По данным ФГДС на 37 см от резцов – экзофитное бугристое образование, не проходимое для аппарата, контактно кровоточивое. Патоморфология: низкодифференцированная аденокарцинома. По данным УЗИ ОБП отдаленных мтс не выявлено. Сопутствующие заболевания: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Мерцательная аритмия. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. ГБ II ст. ЦВБ. Энцефалопатия смешанного генеза.

21.03.17г. с целью восстановления энтерального питания, последующей оценки функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также фармакологической коррекции выявленной патологии в предоперационном периоде выполнено стентирование пищевода. 22.03.17 при контрольной рентгеноскопии пищевода констатирована миграция стента в пищевод выше опухоли, в связи с чем 23.03.17 предпринята попытка эндоскопической репозиции стента. В ходе репозиции стента произошла перфорация левой стенки пищевода в нижней трети, в зоне опухолевой инфильтрации, протяженностью до 3 см. 23.03.17, через 40 мин после перфорации, в экстренном порядке выполнена операция – проксимальная субтотальная резекция желудка с резекцией нижней трети пищевода с формированием ЭГА по К.Н. Цацаниди. При ревизии выявлена опухоль абдоминального отдела пищевода 4x5 см, по левой стенке пищевода на 2 см выше опухоли имеется линейный разрыв до 3см. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома, мтс в регионарные л/у не выявлены. Послеоперационный период протекал без особенностей. При контрольной рентгеноскопии на 6 сутки ЭГА состоятелен, пассаж бариевой взвеси по ЖКТ не нарушен. Рана зажила первичным натяжением. Дренажи из плевральной и брюшной полостей, а также назогастральный зонд удалены на 6 сутки п/о. Выписана в удовлетворительном состоянии на 14 сутки п/о в удовлетворительном состоянии, обслуживает себя самостоятельно. Цель: показать возможность выполнения резекции пищевода в экстренном порядке по поводу рака, при наличии осложнений, у пациентов старческого возраста.

*А.Л. Акопов, И.В. Чистяков, А.А. Русанов, Н.В. Казаков, М.А. Уртеннова,
С.В. Одинцова, А.С. Агшиева*

ЭТАПНОЕ КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИСХОДНО НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОГО НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО

*ФГББОУВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ (ректор – академик РАН С. Ф. Багненко)*

Рак легкого занимает ведущее место в структуре онкологической смертности. В большинстве клинических ситуаций только хирургическое лечение может обеспечить излечение или длительную выживаемость. Однако нет стандартных подходов к хирургическому и комбинированному лечению пациентов со значительным местным распространением заболевания, обычно таким больным хирургическое вмешательство не проводится.

Пациент Р., 49 лет, с сентября 2013 года отмечал нарастание кашля, кровохарканье. При обследовании обнаружено новообразование верхней доли правого легкого размером 60*36*50 мм, сливающееся с конгломератом правых бронхолегочных, трахеобронхиальных и паратрахеальных лимфатических узлов, с признаками инвазии в правую легочную артерию, непарную вену, клетчатку средостения, трахею, перикард. При бронхоскопии - картина центральной опухоли верхнедолевого бронха с экзофитным поражением промежуточного бронха, правого главного бронха, около 5 см нижней трети трахеи. Гистологическое исследование биоптата бронха (22.10.2013) – плоскоклеточный рак. Случай признан нерезектабельным. Проведено четыре курса полихимиотерапии по схеме цисплатин (80 мг/м²), паклитаксел (200 мг/м²), а также два сеанса эндобронхиальной фотодинамической терапии. При контрольном исследовании в феврале 2014 года опухоль и регионарные лимфатические узлы уменьшилась в размере, в просвете трахеи и проксимальной части правого главного бронха не определяется. Учитывая положительную динамику, молодой возраст больного, отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний, возможную резектабельность опухоли после индукционного лечения решено провести хирургическое вмешательство.

26 февраля 2014 года выполнена операция: комбинированная пневмонэктомия справа с резекцией перикарда, полый и непарной вены, интраоперационная фотодинамическая терапия на область культи бронха и сосудов, область лимфодиссекции. Результаты гистологического заключения препарата – плоскоклеточный рак, T4N2, резекция R0. Послеоперационный период гладкий. С 10.04.2014 по 06.05.2014 проведен курс послеоперационной лучевой терапии на аппарате SL-20 6МЭВ: РОД = 3 Гр, до СОД = 42 Гр (эквивалент 49 Гр). Перенес удовлетворительно. При бронхоскопии в сентябре 2014 года отмечено появление опухолевой инфильтрации в культе правого главного бронха, произведена биопсия, гистологическое заключение - плоскоклеточный рак с инвазией в стенку бронха (рецидив). Проведено два сеанса эндобронхиальной фотодинамической терапии на область поражения. В декабре 2015 г – рентгенологические признаки прогрессирования, проведены четыре курса полихимиотерапии (карбоплатин (AUC5), паклитаксел (175 мг/м²)). При контрольных исследованиях в 2016, 2017 и в январе 2018 года данных за прогрессирование заболевания нет. Чувствует себя удовлетворительно, работает.

Цель демонстрации – показать возможность этапного комбинированного лечения, включая хирургическое вмешательство, исходно нерезектабельного местнораспространенного немелкоклеточного рака легкого.

*Н.Ю. Коханенко, Н.Н. Артемьева, С.В. Петрик, А.В. Глебова, А.А. Кашишцев, С.А. Ка-
люжный*

РЕЗУЛЬТАТЫ ДВУХЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

*1. ФГБОУВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова
(зав. кафедрой – проф. Н.Ю. Коханенко)*

*2. СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница», 6 ХО (главный врач –
проф. О.В. Емельянов)*

Осложненное течение хронического панкреатита (ХП) наблюдается у 2/3 больных, летальность у данной категории пациентов достигает 50,0% [Артемьева Н.Н., 1991; Войновский А.Е., 2008; Кригер А.Г., 2012; Sohn T.A., 2010]. Причины неудовлетворительных результатов оперативного лечения ХП часто обусловлены неадекватностью первичного вмешательства, прогрессированием заболевания и несоблюдением пациентом послеоперационного режима [Данилов М.В., Федоров В.Д., 2003; Майстренко Н.А., 2013; Fernández-Cruz L. et al., 2014].

Цель исследования: показать преимущества двухэтапного лечения осложненных форм хронического панкреатита. Материалы и методы: Исследовано 238 пациентов, которые были оперированы по поводу осложненного ХП с 2000 по 2016 год. Мужчин 194 (81,5%), женщин – 44 (18,5%). Средний возраст – 46,4 ± 11,2 года. Все больные были разделены на 2 группы: I – (n = 96 (40,3%)). Им выполнены дренирующие или резекционные операции на ПЖ при осложнениях ХП. II группа (n = 142 (59,7%)). Этим пациентам выполнено этапное лечение ХП при его осложнениях. В работе применяли классификацию ХП Н.Н. Артемьевой (1997 г.).

Результаты: Все больные были оперированы. В I группе у 70 больных (70,2%) были выполнены дренирующие вмешательства, у остальных (почти треть больных) – резекционные. Послеоперационные осложнения развились у 50,4% пациентов. Летальность составила 8,3% (умерли 8 больных). Во II группе в экстренном порядке из лапаротомного доступа операции были выполнены 23 больным (16,2%), в т. числе 2 - наружное дренирование протока ПЖ. 119 пациентов (83,8%) были оперированы в неотложном (срочном) порядке. 69 из них (58,0%) – дренированы малоинвазивно (под контролем УЗИ). При лапаротомных операциях 37 больным (74,0%) проток поджелудочной железы был дренирован только наружу. Объем операций второго этапа у больных II группы был следующим: дренирующие - 106 (95,5%), резекционные – 5 (4,5%). Послеоперационные осложнения развились у 15 больных (12,6%), что в 4 раза реже, чем в I группе. Летальных исходов не было. При выполнении традиционных вмешательств число послеоперационных осложнений больше чем при малоинвазивных почти в 4,5 раза.

Таким образом, двухэтапное лечение хронического панкреатита позволяет улучшить результаты лечения заболевания. Лучшие результаты достигнуты при применении первым этапом малоинвазивных вмешательств.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

А.М. Игнашов, Д.Н. Дойников, С.Д. Мигаицук, Чжо Ван, А.Н. Морозов, А.Ю. Гичкин

РЕЗЕКЦИЯ АНЕВРИЗМЫ ЧРЕВНОГО СТВОЛА И ЕГО ПРОТЕЗИРОВАНИЕ

*ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС России, клиника №2 (главный врач – проф. Г.Ю. Сокуренко)
ФГБВОУВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ (ректор – академик РАН С.Ф. Багненко)*

Больной Ж., 43 лет, поступил 15.11.2017г. с жалобами на ноющую боль в левой под-реберной и околопупочной области в сидячем положении вне связи с приемом пищи ежедневно. В феврале 2017г. появилась боль в животе, продолжала беспокоить впоследствии, выполнена МСКТ – ангиография. Выявлена аневризма чревного ствола в области три-фуркации диаметром 13 мм с вовлечением его ветвей, извитость селезеночной артерии и подвздошных артерий. Брахиоцефальные артерии, вся аорта без явных поражений. По данным ВФЭГДС эрозии антрального отдела желудка, колоноскопии - видимых изменений не выявлено. Устранение паховых грыж по Лихтенштейну в 2003 и 2004 годах, тонзилэк-томия в 2015г. Клинический диагноз: аневризма чревного ствола в области трифуркации. Связь между аневризмой и болью в животе не исключалась, и больному была произведена 30.11.2017г. операция – резекция аневризмы чревного ствола и его протезирование. Доступ – срединная лапаротомия, выделение супрацелиакального сегмента аорты, самого чре-вного ствола и его ветвей до аорты. Резекция аневризмы размером 2x1,7 см и протезиро-вание чревного ствола от его приустьевой части длиной 1,5см до общей печеночной артерии конец в конец вязаным протезом с импрегнацией диаметром 8мм. Протез окутан лоску-том большого сальника на сосудистой ножке. Селезеночная и левая желудочная артерии лигированы при их удовлетворительной пульсации. Послеоперационное течение гладкое, выписан на 10 день. Не стало прежней боли в животе. На контрольной МСКТ-ангиограм-ме сосудистый протез, общая печеночная артерия и ее ветви нормально проходимы, в них адекватный кровоток.

Цель демонстрации – сообщить о сравнительно редком случае истинной аневризмы чревного ствола в области трифуркации и успешном хирургическом лечении больного.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

А. А. Захаренко, А. А. Смирнов, М. А. Беляев, А. А. Трушин, Е. В. Блинов, О. А. Тен, Д. А. Зайцев, К. Н. Вовин, В. А. Рыбальченко

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУРЫ НИЗКОГО РЕКТОСИГМОАНАСТОМОЗА

ФГБВОУВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ (ректор – академик РАН С. Ф. Багненко)

Большая Б., 63 года, 14.04.2017 года поступила в плановом порядке в отдел абдоминаль-ной онкологии НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова с целью реконструктивно-восстановительного оперативного лечения. Диагноз: Сг прямой кишки rT3N0M0G2R0. Состояние после передней резекции прямой кишки от 07.04.2016, несостоятельности анастомоза, 2 релапаротомий, формирования одноствольной сигмосто-мы от 12.04.2016 и наложения ВАК-систем. Стриктура колостомы. Гигантская послеопера-ционная вентральная грыжа.

18.04.2017 выполнено восстановление непрерывности толстой кишки, превентивная трансверзостомия, пластика послеоперационной вентральной грыжи сетчатым имплан-том. Послеоперационный период без осложнений. В августе 2017 года при контрольном обследовании данных за местный рецидив и прогрессирование заболевания не получено, однако при ФКС выявлен тотально стенозированный ректосигмоанастомоз с грануляцион-ными разрастаниями в области рубца, а при МРТ малого таза - обширные рубцово-спаеч-ные изменения вокруг зоны оперативного вмешательства.

30.08.2017 выполнена эндоскопическая реканализация ректосигмоанастомоза. Мето-дикой типа «рандеву» под контролем диафаноскопии из прямой кишки электро-хирурги-ческим ножом выполнена частичная эксцизия рубцовых тканей, после чего из отводящей петли сигмовидной кишки в прямую кишку через сформированное отверстие проведена гибкая струна-проводник и выполнено бужирование до диаметра 13 мм.

11.09.2017, после 3х повторных сеансов эндоскопического бужирования с достижиени-ем диаметра анастомоза 15 мм, выполнено закрытие колостомы. Послеоперационный пе-риод гладкий, выписана в удовлетворительном состоянии.

На амбулаторном этапе пациентке выполнялись регулярные эндоскопические баллон-ные дилатации стриктуры каждые 2 недели для поддержания просвета анастомоза диаме-тром около 15 мм до стадии окончательной трансформации рубца.

Цель демонстрации: Показать результаты успешного малоинвазивного лечения стрик-туры низкого ректосигмоанастомоза, позволившие избежать повторного хирургического вмешательства и улучшить качество жизни больного.

**ОПЕРАЦИЯ HAL-RAR В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
С ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

1. СПбГУ, кафедра ПДМО (зав. кафедрой – проф. Щербак С.Г.)
2. СПб ГБУЗ «Городская больница №40» отд. колопроктологии (гл. врач – проф. Щербак С.Г.)

При хроническом геморрое 2-3 стадии мы используем методику дезартеризации геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплерографии с последующей их мукопексией (HAL-RAR).

ЦЕЛЬ. Оценить результаты оперативного лечения больных с хронической геморроидальной болезнью, используя методику HAL-RAR.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 50 пациентов хроническим геморроем, которых оперировали по методике HAL-RAR. Операции выполнялись с помощью аппарата «Ангиодин-прокто» (Россия). Преимущественное большинство составили мужчины 42 (84,0 %) и только 8 (16,0 %) женщин в возрасте от 27 до 77 лет. Средний возраст составил 53 года. У 88,0 % больных диагностирована 3 стадия заболевания, у 10,0 % – 2 стадия и у одного пациента – 4 стадия болезни. Все пациенты предъявляли жалобы на геморрагию после акта дефекации и выпадение геморроидальных узлов из анального канала. Операции выполнялись под спинномозговой анестезией. Под визуально-акустическим контролем хирург последовательно определяет и прошивает все диагностированные геморроидальные артерии. После дезартеризации, при необходимости, выполняется следующий этап – мукопексия, которая проводится путем наложения обвивного шва на увеличенный геморроидальный узел.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Практически у всех пациентов был отмечен «легкий» послеоперационный период. Индекс боли по ВАШ составил 4,3 балла, на 1 сутки и 2,4 балла на 3 сутки. Преимущественное большинство пациентов отмечали легкое опорожнение прямой кишки, без кровотечения и выпадения геморроидальных узлов.

Осложнения в послеоперационном периоде были диагностированы у 5 (10 %) пациентов. У двух больных (4,0%) в послеоперационном периоде развилось кровотечение, что потребовало повторной операции. В 2 случаях (4,0 %) наблюдался тромбоз внутренних геморроидальных узлов, у одного больного (2,0 %) – острая задержка мочи, которая была купирована путем однократной катетеризации мочевого пузыря. Рецидив заболевания отмечен у трех больных (6,0%). Им выполнено иссечение по одному геморроидальному узлу.

С целью изучения отдаленных функциональных результатов лечения была разработана анкета, состоящая из 9 вопросов. Опрошены все 50 пациентов. Удовлетворены результатами операции 84,0 % больных, 8,0 % - отметили эпизоды недержания газов, 8,0% - редкие эпизоды геморрагии при дефекации.

Для объективной оценки отдаленных результатов лечения этих пациентов, изучали кровотечения в анальном канале и в местах мукопликации геморроидальных узлов, с использованием аппарата «Ангиодин-прокто» и карандашевидного ультразвукового датчика 8 МГц.

ВЫВОДЫ. Операция HAL-RAR эффективна у больных со 2-3 стадией хронического геморроя, легко переносится пациентами и при этом, отмечается небольшое число осложнений и рецидивов заболевания. В отделении колопроктологии эта операция должна быть в арсенале хирургических методов лечения хронического геморроя.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

Б.Н. Котив, И.И. Дзидзава, Б.В. Мартынов, Е.К. Жильцова, Е.Е. Фурфеев,
Д.П. Кашкин, В.И. Ионцев, Ш.Б. Баховадинова

**ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ
МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ

В октябре 2007 года при ежегодном углубленном медицинском обследовании у военнослужащей по контракту А., 46 лет, выявлено пальпируемое новообразование молочной железы. При маммографии – в верхненаружном квадранте правой молочной железы образование без четких контуров размером 2,0 см (BIRADS 4b). При УЗИ – очаговое образование 19x20 мм с признаками инфильтративного роста, кровоток интранодулярный, единичный питающий сосуд (Ri-0,63), в правой подмышечной области группа измененных лимфатических узлов до 14 мм. Признаков метастазов в органы грудной полости, живота и малого таза не выявлено. Цитология (тонкоигольная аспирационная биопсия новообразования) – инвазивный рак молочной железы.

01.11.2007 г. выполнена правосторонняя радикальная мастэктомия по Madden с лимфодиссекцией D2 по поводу рака правой молочной железы pT1c N1 M0, IIa. В послеоперационном периоде 6 курсов ПХТ по схеме FAC и курс ЛТ. С декабря 2007 по январь 2013 большая находилась под диспансерным динамическим наблюдением у онколога. Через 5 лет после операции появились жалобы на периодическое ощущение головокружения и расстройства сна. Выявлены единичные метастатические поражения левой лобной доли головного мозга и нижней доли правого легкого. Консилиумом ВМедА принято решение об оперативном лечении. 06.02.2013г. выполнена костно-пластическая трепанация черепа, удаление опухоли левой лобной доли головного мозга (гистологическое заключение – метастаз низкодифференцированной аденокарциномы). Послеоперационный период несложный.

Диагноз: инвазивный дольковый солидно-альвеолярный рак правой молочной железы pT1c N1 M0, IIa, умеренной степени злокачественности-7 баллов, ER-(0), PR-(0), HER2/неу-(3+). 6 циклов ПХТ FAC, курс лучевой гамма-терапии на зоны регионарного метастазирования (СОД 49,5 Гр) и послеоперационный рубец (СОД 50 Гр). Прогрессирование от I/2013г. (метастаз в левую лобную долю головного мозга, и в нижнюю долю правого легкого). Костно-пластическая трепанация черепа, удаление опухоли левой лобной доли головного мозга 06.02.2013г. 2 цикла 2 линии ХТ (Доцетаксел). Прогрессирование от V/2013г. (метастаз в нижнюю долю левого легкого). 12 циклов 3 линии ПХТ (Кселода+Герцептин). Прогрессирование от II/2014г. (увеличение размеров метастазов в легких). 6 циклов 4 линии ХТ (Гемцитабин). Прогрессирование от VII/2014г. (метастаз в верхнюю долю левого легкого). 43 цикла 5 линии ХТ (Паклитаксел). Частичный регресс.

При регулярных контрольных обследованиях с 2015 года по настоящее время данных за появление новых метастатических очагов не получено, в легких отмечено уменьшение размеров имеющихся. Послеоперационный период с сохраненным качеством жизни превысил 10 лет. Наблюдение демонстрирует современные возможности комплексного лечения рака молочной железы с метастазами в головной мозг и легкие.

Д.И. Василевский, А.М. Ахматов, А.С. Лапшин, С.Г. Баландов, Н.Н. Жолуд

А.В. Осипов, А.Е. Демко, Д.А. Суоров, А.В. Святненко

НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТКИ С ТЯЖЕЛОЙ ДИСФАГИЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ГИПЕРФУНКЦИЕЙ ЦИРКУЛЯРНОЙ ФУНДОПЛИКАЦИОННОЙ МАНЖЕТКИ

ФГБОУВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», кафедра хирургии факультетской с курсами лапароскопической и сердечно - сосудистой хирургии (зав. кафедрой – академик РАН Г.Г. Хубулава)

Пациентка, К. 82 лет, в апреле 2017 года в одном из лечебных учреждений города Санкт-Петербурга перенесла плановое оперативное вмешательство – лапароскопическую холецистэктомию, крурорафию, фундопликацию на 360° типа R. Nissen.

После хирургического вмешательства пациентка стала отмечать прогрессирующую дисфагию, потребовавшую приема исключительно жидкой пищи. С указанной жалобой пациентка повторно обратилась в лечебное учреждение, где выполнялась холецистэктомию, крурорафия, фундопликация. После обследования пациентке была осуществлена лапароскопическая ревизия органов брюшной полости, рассечение спаек в зоне антирефлюксной реконструкции. После повторной операции явления дисфагии и одинофагии сохранились. Данное обстоятельство явилось основанием для дальнейшего обращения за медицинской помощью.

В августе 2017 года пациентка была амбулаторно обследована в клинике факультетской хирургии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова. При рентгенографии с контрастным веществом (BaSO_4) констатировано стойкое сужение дистального отдела пищевода на протяжении 2,5 см, дислокация гастроэзофагеального перехода в средостение. Выше зоны сужения документирована дилатация пищевода до 3 см. При эзофагогастроскопии отмечались выраженная гипокинезия пищевода, затруднение проведения аппарата через зону сужения. Выполненная эзофагоманометрия подтвердила тотальную акинезию пищевода с локальным участком (длиной 2 см) повышения давления.

Таким образом, у пациентки была диагностирована рецидивная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, гиперфункция фундопликационной манжеты, тяжелая механическая дисфагия (3 ст.), алиментарная гипотрофия.

Пациентка К., 82 лет, поступила для хирургического лечения в клинику факультетской хирургии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова 05.09.17. После коррекции водно-электролитных нарушений выполнено лапароскопическое оперативное вмешательство: адгезиолизис, снятие фундопликационной манжеты, низведение гастроэзофагеального перехода в брюшную полость. Коррекция размеров хиатального окна не проводилась в связи с риском нарушения эвакуаторной функции пищевода.

Послеоперационный протекал благоприятно. На 4-е сутки после операции при контрольной рентгенографии пищевода констатировано свободное поступление контрастного вещества (BaSO_4) в желудок.

Цель демонстрации: продемонстрировать специфику антирефлюксных операций и возможные осложнения выполнения циркулярных реконструкций желудочно-пищеводного перехода.

МЕСТО ГИБРИДНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ЖКБ

*1. ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе» (директор - проф. Парфенов В.Е.)
2. ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ (начальник академии – проф. А.Я. Фисун)*

В настоящее время общепринятой является тактика двухэтапного лечения пациентов с осложненными формами ЖКБ. Однако, в последние годы все чаще встречаются в литературе сообщения о возможности одноэтапного малоинвазивного лечения при условии тщательного отбора пациентов, наличия необходимого оснащения и подготовленных кадров.

Цель: улучшение непосредственных результатов лечения пациентов с осложненными формами ЖКБ.

Материалы и методы. Выполнено 73 гибридных оперативных вмешательства в период с 2014 по 2017 годы. В группы пациентов включали больных с ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, механической желтухой, холангитом легкой степени. При выборе тактики и определении показаний к операциям руководствовались критериями, предложенными Roger S.J.(2010): наличие единичных конкрементов в ОЖП, диаметром свыше 12 мм, прогнозируемая невозможность выполнения эндоскопической литоэкстракции, отсутствие противопоказаний для лапароскопии. Все вмешательства проводились в рентген-операционной с использованием лапароскопической и эндоскопической стоек. Средний возраст пациентов составлял $59,8 \pm 16,7$ лет. Выполнено 37 лапароскопических холецистэктомий (ЛСХЭ) в сочетании с лапароскопической холедохотомией, холедохоскопией и литоэкстракцией. 14 пациентам с парафатериальными дивертикулами выполнено сочетание ЛСХЭ с дренированием, канюлированием ОЖП и последующей ЭПСТ и литоэкстракцией. В 22 случаях одномоментная операция включала ЛСХЭ и ЭПСТ.

Результаты. Средняя длительность оперативного вмешательства составила $94,2 \pm 26,4$ минут, продолжительность госпитализации составила $9,6 \pm 4,2$ дня. В 1 (3,7%) случае наблюдался резидуальный холедохолитиаз, потребовавший повторной эндоскопической литоэкстракции под общим обезболиванием (тип III b по Clavien-Dindo 2004). В 3,7% наблюдений отмечалось желчеистечение, не потребовавшее изменения тактики лечения (тип I по Clavien-Dindo 2004). Других осложнений и летальных исходов не было. Также следует отметить, что эффективными оказались одномоментные вмешательства у больных групп особого риска. Среди выполненных гибридных вмешательств - одна операция у беременной позднего срока, две у лиц старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией.

Таким образом, гибридные оперативные вмешательства могут использоваться для одномоментного лечения пациентов с осложненной ЖКБ, требуется дальнейшее накопление опыта и анализ результатов указанных вмешательств.

Заседания Хирургического общества Пирогова проводятся
во вторую и четвертую среду месяца
в аудитории № 7 ПСПБГМУ им. академика И.П. Павлова
(СПб, ул. Льва Толстого, 6/8. Метро «Петроградская»).

Начало заседаний в 17⁰⁰

**ПРАВЛЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА**

Котив Богдан Николаевич, председатель
(моб. тел. +7-921-791-78-23)

Коханенко Николай Юрьевич, заместитель председателя
(моб. тел. +7-921-955-39-71)

Стрижелецкий Валерий Викторович, член правления
(моб. тел. +7-921-965-01-24)

Гафтон Георгий Иванович, член правления
(моб. тел. +7-921-956-47-71)

Акопов Андрей Леонидович, член правления
(моб. тел. +7-921-939-37-23)

Демко Андрей Евгеньевич, член правления
(моб. тел. +7-921-564-91-40)

Трунин Евгений Михайлович, член правления
(моб. тел. +7-921-948-12-39)

Плотников Юрий Владимирович референт
(моб. тел. +7-953-346-63-42; e-mail: plotnikster@gmail.com)

Кашкин Денис Петрович, ответственный секретарь
(моб. тел. +7-911-945-30-09; e-mail: hopsekretar@mail.ru)

Аполлонов Александр Андреевич, казначей
(моб. тел. +7-960-233-52-85; e-mail: alapolonov@yandex.ru)

ПРАВИЛА ПОДАЧИ ЗАЯВОК НА ДОКЛАДЫ И ДЕМОНСТРАЦИИ

Тексты докладов и демонстраций в печатном виде передаются для рассмотрения правлением на заседании общества или по почте, в электронном виде на адрес секретаря.

Почтовую корреспонденцию направлять по адресу:
194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6
Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова,
Котиву Богдану Николаевичу
e-mail: hopsekretar@mail.ru

ОБРАЗЕЦ ОФОРМЛЕНИЯ МАТЕРИАЛОВ
(«сохранить как»)

ДОКЛАД (ДЕМОНСТРАЦИЯ)

И. О. Фамилия^{1,2}, И. О. Фамилия¹, И. О. Фамилия^{2,3}, И. О. Фамилия², И. О. Фамилия³

НАЗВАНИЕ РАБОТЫ

1. ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе» (директор – проф. В. Е. Парфенов)
2. ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ, кафедра общей хирургии (начальник кафедры – проф. С. Я. Ивануса)
3. СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» (главный врач – проф. С. В. Петров)

Объем текста не более 1 (одной) страницы.

В тезисах лаконично приводятся собственные материалы и результаты.

Выдержки из обзора литературы, ссылки на публикации и неинформативные рассуждения не подлежат включению в текст тезисов.

Не следует менять тип, размер шрифта и интервалы данного образца: шрифт Times New Roman, размер 12 пт, интервал 1,15 (использовать «сохранить как»!).

Обязательно предоставление материалов в электронном виде на почту hopsekretar@mail.ru, с указанием контактов докладчика (Имя Отчество, телефон, электронная почта) и 1 экз. в печатном виде с визой руководителя «В печать»

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ПИРОГОВА В ИНТЕРНЕТ

<http://pirogovskoe.com>
<http://vk.com/club52284592>

