

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*А.В. Решетов^{1,2}, А.А. Найдёнов¹, А.Ю. Литвинов^{1,2}, А.А. Петросян¹, К.Ф. Великий¹, А.В. Елькин²,
Д.А. Свиридо¹*

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА БУРХАВЕ ПРИ ПОЗДНЕМ ОБРАЩЕНИИ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

¹СПБ ГБУЗ «Городская больница № 26» (гл. врач - проф. Дорофеев В.И.)

²ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ (ректор - д.м.н. Сайганов А.Г.)

Летальность при синдроме «банкетной травмы» до настоящего времени остается высокой, особенно при позднем обращении за медицинской помощью. При операциях позднее 24 часов от момента разрыва пищевода летальность достигает 50 % и более, а попытки ушивания дефекта пищевода нередко заканчиваются несостоятельностью швов. Больной В., 41 года, был доставлен в СПб ГБУЗ «Городская больница № 26» 04.11.19г. в 17:40 по экстренным показаниям с жалобами на боли в спине, пояснице, слабость и одышку. Из анамнеза было известно, что 03.11.19 участвовал в праздничном застолье, после которого появились тошнота, рвота, впоследствии появились вышеописанные боли. К врачу обратился более чем через сутки от начала заболевания. При поступлении состояние больного было крайне тяжелым: АД 70/40 мм. рт. ст., пульс 124/мин., температура тела 36,0 °С. Лабораторно отмечались выраженный лейкоцитоз, тромбоцитопения, гипербилирубинемия, азотемия. Рентгеновское обследование выявило наличие у больного полостного образования в средостении с воздухом и контрастом, реактивного плеврита слева. При контрастном исследовании пищевода контраст свободно попадает в средостение через дефект в наддиафрагмальном отделе пищевода. При ФГДС выявлен продольный дефект стенки пищевода слева в наддиафрагмальной области на 38 см от резцов длиной 2-3 см.

Установлен диагноз: синдром «банкетной травмы», спонтанный разрыв пищевода от 03.11.19г., медиастинит, пиоторакс слева, септический шок (SOFA=4 балла). Наличие септического состояния подтверждено прокальцитонинным тестом (ПКТ >13 нг/мл).

После кратковременной подготовки через 4 часа от момента поступления, на фоне проводимой интенсивной терапии выполнена торакотомия слева в 7 межреберье. В плевральной полости до 1 л мутного выпота с фибрином. После санации плевральной полости выявлен дефект медиастинальной плевры на протяжении от нижней легочной вены до диафрагмы. Ткани средостения и плевры отечные, черного цвета с явлениями некроза. Широко вскрыта медиастинальная плевра от диафрагмы до верхней апертуры. Мобилизован пищевод, в наддиафрагмальном отделе которого определяется продольный разрыв длиной 7 см. Ткани пищевода по краям разрыва некротизированы, черного цвета. Выполнено иссечение некротических краев раны пищевода, после чего дефект пищевода ушит на зонде, проведенном в желудок, непрерывным двухрядным атравматическим швом. Все клетчаточные пространства средостения вскрыты и дренированы двумя силиконовыми перфорированными дренажами. Санирована и дренирована плевральная полость, торакотомная рана ушита наглухо. Время операции составило 1 час 5 мин.

После операции лечился в реанимационном отделении. Проводилась инотропная поддержка, массивная инфузионная терапия, эмперическая антибактериальная терапия ванкомицином 2 г/сут и меропенемом 3 г/сут с последующей её дескалацией (переход на

сульперазон и амикацин) несмотря на отрицательные результаты неоднократных бак.исследований крови, мочи, мокроты, отделяемого из очага инфекции. Проводилась активная аспирация по дренажам, стоящим в плевральной полости и средостении с санацией средостения антисептическими растворами. Питание больного проводилось через желудочный зонд. На 6 сутки после операции больной переведен на отделение, где продолжали проводимое лечение. Явления медиастинита и эмпиемы плевры были купированы. Дренажи из плевральной полости удалены на 9 сутки после операции, из средостения на 19 сутки. Пероральное питание после рентгеноконтрастного контроля целостности пищевода возобновлено на 16 сутки. В удовлетворительном состоянии больной выписан 09.12.19г.

Цель демонстрации показать возможность первичного ушивания стенки пищевода в отдаленные сроки после его разрыва.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*К.В. Павелец^{1,2}, М.К. Павелец^{1,2}, С.А. Калюжный^{1,2}, Д.С. Русанов^{1,2}, А.С. Цытиев^{1,2},
А.С. Гладской²*

СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ АППАРАТНОГО ЭЗОФАГОЭНТЕРОАНОСТОМОЗА

¹ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова (зав. кафедрой - проф. Коханенко Н.Ю.)

²СПб ГБУЗ «Городская Маршинская больница» (гл. врач - проф. Емельянов О.В.)

Пациент Ш., 54 года, поступил в 6 хирургическое отделение Мариинской больницы 08.10.18г. в плановом порядке с жалобами на постоянно возникающее ощущение изжоги, отрыжки, затруднения при приеме пищи, периодические боли в верхних отделах живота, необходимость возвышенного положения во время сна, обильное слюнотечение, потерю в весе более 10 кг. Из анамнеза известно, что в 2016 г. больной перенес лапароскопическую гастрэктомию по поводу гастроинтестинальной стромальной опухоли тела желудка. Выписан на амбулаторный этап лечения. В последующем у больного отмечено появление клинической картины выраженного рефлюкс-эзофагита. Неоднократно обращался за медицинской помощью в различные лечебные учреждения Санкт-Петербурга, строго соблюдал все предписанные рекомендации. Несмотря на проводимую терапию, состояние больного оставалось без значимой положительной динамики, сохранялась вышеописанная симптоматика, в связи с чем обратился в 6 хирургическое отделение Мариинской больницы для проведения рентгеноскопии с последующим решением о необходимости проведения реконструктивной операции на эзофагоэнтероанастомозе.

Больной обследован (рентгеноскопия пищевода, ФГДС, УЗИ, КТ органов брюшной полости) - данных за прогрессирование и рецидив основного заболевания не получено. 10.10.2018г. пациенту выполнена операция в объеме реконструкции эзофагоэюноанастомоза из левостороннего абдоминоторакального доступа.

Из протокола операции: «...при дальнейшей ревизии выявлена длинная петля тощей кишки идущая к пищеводу на анастомоз с множественными межкишечными анастомозами (3). Пищевод над анастомозом мобилизован, прошит аппаратом УО-40 и пересечен. Также пересечена тощая кишка ниже связки Трейца и кишка ниже последнего межкишечного анастомоза. Мобилизованный конгломерат кишок удален. Тощая кишка мобилизована по Ру с перевязкой 3-4-ой еюнальных ветвей. В ретропирикардиальном сегменте пищевода под корнем

левого легкого сформирован инвагинационный анастомоз по Цацаниди с межкишечным соустьем по Ру, отступя от эзофагоэнтероанастомоза 70 см...»

При гистологическом исследовании удаленного препарата данных за опухолевый рост не получено. Послеоперационный период протекал без особенностей. На 2-е сутки послеоперационного периода переведен из ОРИТ в профильное отделение. При контрольной рентгеноскопии пищевода на 2-е сутки пассаж по кишке без особенностей, затеков контрастного вещества не выявлено - зонд удален, начато энтеральное питание. На 7-е сутки послеоперационного периода удалены плевральные дренажи и дренаж из брюшной полости. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Жалоб активно не предъявлял - выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение онколога по месту жительства.

При контрольном обследовании через 1 год признаков рецидива и рефлюкс-эзофагита не выявлено. Питается удовлетворительное.

Цель демонстрации: Показать возможное функциональное осложнение при использовании аппаратного пищеводного анастомоза.

ДОКЛАД

К.В. Павелец^{1,2}, М.А. Протченков^{1,2}, Д.С. Русанов^{1,2}, М.К. Павелец^{1,2}

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ – БЕЗОПАСНЫЙ МЕТОД ПОВЫШЕНИЯ АБЛАСТИЧНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ РАКА ПИЩЕВОДА

¹ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова (зав. кафедрой - проф. Коханенко Н.Ю.)

²СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» (гл. врач - проф. Емельянов О.В.)

Цель - показать влияние интраоперационной фотодинамической терапии (ИО ФДТ) на ближайшие и отдаленные результаты лечения рака пищевода (РП).

Материалы и методы. В докладе представлены сравнительные результаты хирургического лечения 210 больных РП. Основную группу составили 103 больных РП, резекционные вмешательства у которых дополнялись сеансами ИО ФДТ. В качестве фотосенсибилизаторов использовались препараты хлоринового ряда «Радахлорин» и «Фотодитазин», время одного сеанса облучения - 20 минут, источник света – аппарат «Фара-2». В контрольную группу включены 107 случаев изолированного хирургического лечения пищеводной карциномы. Группы были сопоставимы по основным характеристикам. Непосредственные результаты оценивали по частоте развития и тяжести послеоперационных осложнений по Clavien-Dindo, показателям летальности. Отдаленные результаты оценены по показателям медианы жизни, общей, безрецидивной выживаемости отдельно по стадиям согласно классификации TNM 8-пересмотра.

Результаты. Непосредственные результаты выполненных резекций пищевода в сравниваемых группах не различались. Побочные эффекты ИО ФДТ не зарегистрированы. Констатировано отсутствие влияния ИО ФДТ на непосредственные результаты лечения.

Сравнение отдаленных результатов лечения больных РП I стадии оказалось невозможным ввиду малого числа нецензурированных наблюдений в группах. Различия в показателях общей выживаемости больных РП II стадии оказались статистически не значимы ($p=0,333$) по Log-Rank критерию.

Значимые различия общей скорректированной выживаемости отмечены у больных местнораспространенным РП III стадии. Половина пациентов основной группы жили 43 мес.,

тогда как половина больных контрольной группы прожили всего 21,6 мес. При сопоставимых показателях годичной выживаемости в группах (92,3% vs. 97,1%) отмечено двукратное увеличение доли больных РП, проживших пять лет в группе ИО ФДТ. Совокупные доли больных основной группы, проживших три и четыре года, были выше, чем таковые у больных контрольной группы почти в 2 раза ($p=0,012$).

Медиана общей выживаемости больных IVA подстадии, получивших ИО ФДТ составила 33,7 месяца, а оперированных без ИО ФДТ – 18 месяцев. Сроки жизни и совокупная выживаемость больных IV подстадии IVA по Gehan's Wilcoxon и Log-Rank критериям значительно различались в пользу прооперированных с ИО ФДТ. ($p<0,05$).

Больные РП IVB подстадии ожидаемо продемонстрировали наихудшую выживаемость вне зависимости от принадлежности к сравниваемым группам. Это объясняется невозможностью фотодинамически влиять на отдаленные опухолевые очаги, находящиеся вне операционного поля.

Выводы. У больных эзофагеальным раком, прооперированных с применением ИО ФДТ без ухудшения непосредственных результатов отмечается двукратное улучшение показателей трех-, четырех- и пятилетней общей выживаемости у больных РП III стадии, статистически значимое улучшение показателей общей выживаемости пациентов IVA подстадии с появлением двух- и трехлетней выживаемости. Влияния ИО ФДТ на показатели общей выживаемости оперированных больных по поводу РП I и II стадий в нашем исследовании не отмечено.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*Я.В. Гавришук, А.Е. Демко, А.Н. Тулупов, Е.А. Колчанов, И.В. Кажанов, Д.В. Кандыба,
Д.М. Опул*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШЕГО ПРИ ЗАКРЫТОЙ СОЧЕТАНОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе (директор – проф. Парфенов В.Е.)

Пострадавший А., 26 лет, 07.11.2019г. получил тяжелую сочетанную травму головы, груди, живота, таза, позвоночника, конечностей в результате падения с высоты 5 этажа во время строительных работ, после чего через 1 ч 25 мин доставлен в травмоцентр I уровня (СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе). Сознание пострадавшего по шкале комы Глазго – 15 баллов, АД – 115/75 мм рт. ст., ЧСС – 105 уд. в мин.

При поступлении жалобы на боли в области груди справа в правой верхней конечности, в области таза. При рентгенографии правого плеча выявлены переломы хирургической шейки правой плечевой кости со смещением отломков и дистального эпифиза плечевой кости и локтевого отростка со смещением отломков. По данным ультразвукового исследования живота свободная жидкость в брюшной полости под печенью, под селезенкой, в малом тазу. С целью оценки характера повреждения органов брюшной полости выполнена СКТ живота с внутривенным контрастированием. Обнаружены участки разрывов паренхимы печени. С целью остановки продолжающегося кровотечения произведена ангиография с селективной эмболизацией поврежденных сосудов печени. Переломы костей таза фиксированы минимально-инвазивным методом с использованием канюлированных винтов, выполнена первичная хирургическая обработка раны в области правого локтевого сустава, наложение аппарата внешней фиксации на правую верхнюю конечность. Через две недели после травмы выполнен накостный металлостеосинтез переломов правой плечевой кости. Послеоперационный период протекал без особенностей, в динамике выполняли УЗИ живота и общий анализ крови. В удовлетворительном состоянии выписан на 23 сутки после травмы.

Цель демонстрации – показать возможность использования минимально-инвазивного способа лечения пострадавшего при закрытой сочетанной травме живота.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*А.Е. Демко, И.М. Батыршин, С.А. Шляпников, Ю.С. Остроумова, Д.С. Склизков,
Г.А. Пичугина*

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТАКТИКИ «ОТКРЫТОГО ЖИВОТА» В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ТЯЖЕЛЫМ АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ

ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе (директор – проф. Парфенов В.Е.)

Больная Д., 42 года, 06.04.2017г. переведена из иногороднего стационара в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе. Из анамнеза известно, что 13.03.2017г. больная оперирована в экстренном

порядке по поводу ущемленной рецидивной послеоперационной грыжи с применением сетчатого трансплантата. Послеоперационный период осложнился развитием на 7 сутки (20.03.2017г.) спаечной тонкокишечной непроходимости с некрозом петли тонкой кишки, что потребовало повторной операции в объеме: удаление сетчатого трансплантата, резекция тонкой кишки, наложение межкишечного анастомоза. 02.04.2017г. (12 сутки) выявлена несостоятельность швов анастомоза, разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Выполнена ререзекция тонкой кишки с анастомозом. В последующем еще дважды выполнялись резекции тонкой кишки с наложением новых анастомозов в связи с несостоятельностью швов. Развившийся тяжелый абдоминальный сепсис, внутрибольничная двухсторонняя пневмония, тотальное нагноение послеоперационной раны, явились причиной перевода пациентки на 24 сутки после первой операции в Городской центр по лечению тяжелого сепсиса НИИ СП.

На момент перевода имелись признаки системной воспалительной реакции и полиорганной недостаточности (SIRS=3, SOFA=7). При осмотре - ушитая лапаротомная рана с гнойным отделяемым между швов. В первые сутки 07.04.2017г. пациентка была прооперирована: выявлена несостоятельность швов анастомоза, множественные межпетельные и подапоневротические абсцессы с некрозом подкожно-жировой клетчатки в области послеоперационной раны. Выполнена резекция анастомоза с выведением концевой еюностомы в 50 см от связки Трейца, установка системы NPWT. На 2 сутки выполнена программная релапаротомия, удаление NPWT системы, санация и дренирование брюшной полости. На 5 сутки после операции SOFA=0, больная переведена на хирургическое отделение. В связи с развитием синдрома короткой кишки пациентка получала комбинированное питание. Рана зажила первичным натяжением.

Через 3 месяца 05.07.2017г. пациентке выполнена реконструктивная операция в объеме: восстановление непрерывности тонкой кишки. Послеоперационный период протекал без осложнений. На 12 сутки пациентка выписана на амбулаторное лечение. Общая длина тонкой кишки составляет 90 см.

Цель демонстрации: показать эффективность применения тактики «открытого живота» у пациента с полиорганной недостаточностью и тяжелым абдоминальным сепсисом.

ДОКЛАД

*В.Г. Вербицкий^{1,2}, Г.И. Синенченко^{1,2}, А.Е. Демко^{1,2}, Д.В. Кандыба¹, С.А. Платонов¹,
М.А. Киселев¹, А.О. Парфёнов^{1,2}*

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

¹ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе (директор – проф. Парфенов В.Е.)

²ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, 2 кафедра хирургии усовершенствования врачей (зав. кафедрой – проф. Синенченко Г.И.)

Проанализированы результаты лечения 260 больных с кровотечением из язв желудка (ЯЖК), которые находились на лечении в НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе в 2014-2015 гг. Основными задачами обследования больных с ЯЖК являлись: клиническая оценка состояния пациента, установление источника кровотечения, определение степени тяжести кровопотери и устойчивости гемостаза. На основании полученных данных определялась хирургическая тактика лечения у каждого конкретного больного и прогнозировалось дальнейшее течение заболевания. Проанализированы результаты лечения 20 пациентов с

рецидивным язвенным гастродуоденальным кровотечением, у которых была предпринята попытка транскатетерной артериальной эмболизации (ТАЭ) для остановки продолжающегося и профилактики рецидива геморрагии в условиях НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в период с 2013 по 2017 гг. В основную группу были включены пациенты со средним возрастом $62,7 \pm 14,8$, с высокой коморбидностью и кровопотерей более 30 % объема циркулирующей крови. Тяжесть состояния по шкале АРАСНЕ II составляла: у 14 пациентов 26 баллов и более и у 4 пациентов 20-25 баллов. Каллезный характер язвенного дефекта размером 2 см и более отмечен у 8 больных. Контрольную группу составили 30 пациентов с гастродуоденальными кровотечениями, схожие по возрастным показателям и тяжести сопутствующей патологии, которым ТАЭ не выполнялась. Технический успех ТАЭ наблюдался в 19 (95 %) наблюдениях. Клиническая эффективность ТАЭ в виде остановки продолжающегося кровотечения и отсутствия рецидива в дальнейшем была достигнута в 19 случаях. Неблагоприятный исход отмечен в 3 случаях (15 %) в связи с декомпенсацией тяжелых, конкурирующих с ЯГДК общесоматических заболеваний. Рецидива кровотечения и осложнений ТАЭ во всех наблюдениях не отмечено. В контрольной группе умерли 7 пациентов (23,3 %). Повторный рецидив кровотечения возник у 4 (13,3 %) пациентов. Двум пациентам удалось выполнить повторный эндоскопический гемостаз с благоприятным исходом, в 2-х случаях выполнено паллиативное оперативное вмешательство. Таким образом, улучшение результатов лечения гастродуоденальных кровотечений у пациентов пожилого и старческого возраста, может быть достигнуто за счет более широкого применения ангиографической эмболизации для профилактики и лечения рецидива кровотечения, расширения показаний для срочных радикальных операций вне рецидива геморрагии и снижения количества паллиативных вмешательств.

**2541 заседание Хирургического общества Пирогова,
посвященное Дню Защитника Отечества
26 февраля 2020 года**

Председатель: профессор Ханевич М.Д.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*А.А. Рудь, М.Б. Борисов, А.Н. Петров, Б.А. Плахотников, Д.П. Мешаков, Н.Б. Магомедов,
В.С. Коскин, И.М. Самохвалов*

**ПРИМЕНЕНИЕ ТАКТИКИ МНОГОЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ
ОБШИРНОЙ ЦИРКУЛЯРНОЙ ОТКРЫТОЙ ОТСЛОЙКЕ КОЖИ У ПОСТРАДАВШЕЙ
СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

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

Пострадавшая И., 85 лет, доставлена в клинику ВПХ спустя час после травмы в результате ДТП (наезд на нижние конечности колесами автобуса) в тяжелом состоянии. Объективные показатели при поступлении - сознание ясное, дыхание самостоятельное, эффективное, пульс 100 уд/мин, аритмичен, АД 90 и 60 мм рт. ст., Эр $3,5 \times 10^{12}/л$, Hb 95 г/л, Ht 29,3, снижение общего белка до 45 г/л. При комплексном обследовании пострадавшей тяжелых повреждений головы, груди, живота, таза не выявлено. Диагностирована множественная открытая травма конечностей. Открытые (Gustilo 3B) переломы костей обеих голеней и правой стопы в виде обширной циркулярной отслойки кожи правой голени (35x15 см) и ограниченной открытой полнослойной отслойки кожи левой голени (10x15 см) с продолжающимся наружным кровотечением. Тяжесть травмы по шкале ВПХ П(МТ) - 16, по ISS – 24 балла.

Ввиду кровопотери тяжелой степени и нестабильности гемодинамики у пациентки преклонного возраста принято решение о сокращении объема неотложного оперативного вмешательства. Выполнено отсечение кожного лоскута правой голени, остановка кровотечения диатермокоагуляцией и давящей повязкой. Через час пациентка из шоковой операционной переведена в ОРИТ, где продолжены мероприятия интенсивной терапии (ВВЛ, гемотрансфузия 3 доз эритроцитарной взвеси и 2 дозы СЗП). Отсеченная кожа отделена от подкожной клетчатки и законсервирована в холодильнике в стерильной банке в растворе 0,9% NaCl. Через 14 часов (после стабилизации состояния) выполнены отсроченная первичная хирургическая обработка ран голеней, реимплантация отслоенного участка кожи правой голени по В.К. Красовитову, фиксация костей обеих голеней в спице-стержневых аппаратах. Всего трансфузировано 5 доз эритроцитарной взвеси и 4 дозы свежезамороженной плазмы.

На третьи сутки пациентка переведена на профильное отделение сочетанной травмы. Первичное приживление реплантированных аутоотрансплантатов (70%) произошло на 15 сутки. Остальные участки были подготовлены к пластическому замещению и закрыты аутодермопластикой через 30 дней от момента травмы. Полное заживление раневых поверхностей на 45 сутки. Проводилось коррекция стояния отломков и создание условий для консолидации переломов костей голени. Срок стационарного лечения составил 85 суток. Затем пациентка находилась на амбулаторном лечении, через 5 месяцев вертикализована и ходит с дополнительной опорой на ходунки.

Цель демонстрации: показать возможности спасения жизни и конечности при тяжелой компрессионной травме с обширной отслойкой кожи путем применения тактики многоэтапного хирургического лечения у пациентки старческого возраста с нестабильной гемодинамикой.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*М.Б. Борисов, В.И. Бадалов, В.В. Денисенко, А.Р. Гребнев, Е.В. Ганин, В.А. Чупряев,
И.М. Самохвалов*

ПРИМЕНЕНИЕ ТАКТИКИ МНОГОЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПОСТРАДАВШЕГО С ПОЛИТРАВМОЙ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ СЛОЖНЫЕ МНОЖЕСТВЕННЫЕ МЕХАНО-ТЕРМИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, кафедра и клиника военно-полевой хирургии (зав. кафедрой – проф. Самохвалов И.М.)

Пациент З., 30 лет, получил травму в результате ДТП (во время езды на мотоцикле был сбит автомобилем). Доставлен в клинику ВПХ в тяжелом состоянии. Диагностирована тяжелая сочетанная травма головы, груди, конечностей, ОЧМТ, перелом основания черепа, ушиб головного мозга тяжелой степени. Закрытая травма груди с множественными переломами ребер справа, ушибом правого легкого. Множественная механо-термическая травма конечностей. Открытый (Gustilo 3C) (полный внутрисуставной проксимального метаэпифиза - Schatzker V- и диафиза в средней трети) перелом правой большеберцовой кости. Контактный ожог 2 % кожи правой голени 3В ст. Открытый (Gustilo 3B) перелом диафиза левой большеберцовой кости в средней трети. Перелом левой малоберцовой кости. Рвано-ушибленная рана средней трети левой голени с повреждением задней большеберцовой артерии. Компенсированная ишемия левой стопы. Продолжающееся наружное кровотечение. Острая массивная кровопотеря. Травматический шок III степени. Тяжесть травмы по шкале ВПХ П(МТ) - 19, по ISS – 43.

При поступлении выполнено: плевральная пункция справа, первичная хирургическая обработка раны правой голени, остановка продолжающегося кровотечения, краевой шов задней большеберцовой артерии; внеочаговая фиксация правой большеберцовой кости; первичная хирургическая обработка открытого перелома костей левой голени, внеочаговая фиксация в стержневом аппарате левой большеберцовой кости, люмбальная пункция. Лечение в ОРИТ на протяжении 14 суток с развитием осложнений: гнойный пансинусит, правосторонняя пневмония, сепсис.

По стабилизации состояния пострадавшего на 16 сутки произведено: интрамедуллярный остеосинтез перелома левой большеберцовой кости стержнем с цементно-антибактериальным покрытием; накостный остеосинтез перелома правой большеберцовой кости пластиной с цементно-антибактериальным покрытием, некрэктомия глубокого ожога, несвободная мышечная пластика лоскутом камбаловидной мышцы дефекта мягких тканей правой голени. Этапные свободные кожные пластики ран правой голени. По поводу замедленной консолидации перелома правой большеберцовой кости через 7 месяцев выполнен реостеосинтез интрамедуллярным заблокированным стержнем. В послеоперационном периоде отмечено заживление всех ран, консолидация переломов, полное восстановление функции опоры и движения.

Цель демонстрации - показать эффективность применения тактики многоэтапного хирургического лечения (Damage control orthopedics) при тяжелой сочетанной травме и комбинированном механо-термическом поражении.

ДОКЛАД

*И.М. Самохвалов¹, Н.Ф. Фомин¹, В.А. Мануковский², А.Е. Демко^{1,2}, В.И. Бадалов¹,
А.В. Гончаров¹, А.Н. Петров¹, В.В. Суворов¹, В.А. Рева¹, П.П. Ляшедько¹, А.М. Носов¹,
В.Б. Бадмаев¹, М.С. Гришин¹, Т.Ю. Скакунова¹*

НОВЫЕ ФОРМЫ ПОДГОТОВКИ ВОЕННО-ПОЛЕВЫХ ХИРУРГОВ КАК ОСНОВА СПАСЕНИЯ РАНЕНЫХ В ВОЕННЫХ КОНФЛИКТАХ

¹ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ (начальник – член-корр. РАН проф. Фисун А.Я.)

²ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе (директор – проф. Парфенов В.Е.)

Эффективное оказание медицинской помощи раненым основано на оптимальной организации этапного лечения, оснащении этапов эвакуации имуществом и техникой, а также качественной подготовке хирургических кадров, обеспечивающих спасение жизни и возвращение в строй раненых военнослужащих. К сожалению, понимание необходимости постоянного совершенствования и поддержания должного уровня квалификационных навыков военных хирургов приходит только после совершения большого количества тактических и технических ошибок при оказании хирургической помощи раненым в начале каждого военного конфликта. При этом «мирная хирургия» становится всё более малоинвазивной и узкоспециализированной, а многие практические хирурги не получают общехирургических навыков. Федеральные образовательные стандарты по специальности «Лечебное дело» в настоящее время не содержат такой дисциплины как военно-полевая хирургия. Необходимость приобретения прочных практических навыков оказания хирургической помощи раненым обуславливает поиск новых форм подготовки военных хирургов. Решение данной проблемы возможно за счет организации последипломных интенсивных практических курсов по военно-полевой хирургии и хирургии повреждений, включающих короткие 15-ти минутные лекции-наставления (по особенностям организации хирургической помощи и основным принципам выполнения оперативных вмешательств при конкретных повреждениях), и главное - самостоятельную (под руководством преподавателей-экспертов) отработку техники выполнения оперативных доступов и приемов на хирургических тренажерах-симуляторах разной сложности, приближенных к человеку биообъектах («живая хирургия» на свиньях) и кадаверном материале (в том числе с использованием перфузируемых трупов). К подобному заключению пришли и зарубежные специалисты. Для военных хирургов перед выездом в зону конфликтов дополнительно проводятся краткосрочные курсы «ASSET» и «ATOM» (США), «MOST» (Великобритания), «CASIRMEX» (Франция) и др.

В нашей стране единственным таким курсом по военно-полевой хирургии и хирургии повреждений является курс «СМАРТ» (Современные Методы и Алгоритмы лечения Ранений и Травм), разработанный сотрудниками кафедры военно-полевой хирургии ВМедА и проводимый на протяжении 2 лет совместно с кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии ВМедА им. С.М. Кирова и СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. Доказанная эффективность обучения на курсе «СМАРТ» позволяет рекомендовать его в качестве сертификационного как для военных хирургов, так и для хирургов травмоцентров 1-3 уровней Минздрава РФ.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

С.М. Вашкуров, А.В. Анисимова

СЛУЧАЙ ЭФФЕКТИВНОГО ДЛИТЕЛЬНОГО КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ С ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫМИ МЕТАХРОННЫМИ ОПУХОЛЯМИ

СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер» (гл. врач – проф. Топузов Э.Э.)

Под нашим наблюдением находится пациентка Ф., 80 лет, которая поступила в ГКОД в сентябре 2004г. с метастазами злокачественной опухоли без выявленного первичного очага в паховые лимфатические узлы справа.

22.09.2004г. выполнена операция – пахово-бедренная лимфаденэктомия справа. Гистологическое исследование – в 4 лимфатических узлах метастазы меланомы. При дальнейшем наблюдении за больной обнаружена опухоль кожи правой голени, которую расценили как меланому.

28.10.2004г. больной выполнена операция – широкое иссечение опухоли кожи правой голени, свободная кожная пластика. Гистологическое исследование – эпителиоидная меланома с изъязвлением, толщина по Бреслоу 8 мм. Послеоперационный диагноз: меланома кожи правой голени T4vN1M0 – IIIc ст.

В послеоперационном периоде проводилась иммунотерапии реафероном. С декабря 2005г. – прогрессирование заболевания – мягкотканые метастазы правой голени, множественные метастазы костей скелета.

24.11.2005г. – широкое иссечение метастатических опухолей мягких тканей правой голени со свободной кожной пластикой. Гистологическое исследование: 2 метастаза меланомы. С декабря 2005г. по май 2006г. проведено 6 циклов химиотерапии дакарбазином. В мае 2006г. обследована, констатирована стабилизация заболевания. Находилась под наблюдением районного онколога. В сентябре 2006г. обнаружен метастаз меланомы мягких тканей правой голени.

20.10.2006г. операция: широкое иссечение метастаза мягких тканей правой голени. Гистологическое исследование: метастаз эпителиоидноклеточной меланомы.

Консультирована химиотерапевтом, получала бисфосфонаты.

В феврале 2012г. вновь диагностирован метастаз меланомы мягких тканей правой голени.

09.02.2012г. операция – широкое иссечение опухоли мягких тканей правой голени с пластикой местными тканями. Гистологическое исследование: метастаз меланомы.

Консультирована химиотерапевтом, рекомендовано: проведение химиотерапии дакарбазином 5-6 циклов, продолжение лечения бисфосфонатами. Проведено 6 циклов химиотерапии.

В декабре 2012г. при очередном обследовании обнаружена опухоль левой почки, 23.01.2013г. выполнена лапароскопическая левосторонняя адреналэктомия. Гистологическое исследование: почечноклеточный светлоклеточный рак с инвазией в капсулу почки без инвазии в паранефральную клетчатку.

В связи с наличием единственной почки произведена смена бисфосфоната на резорбу.

В октябре 2015г. диагностирован абсцесс S7 печени, правосторонний реактивный плеврит. 27.10.2015г. - пункция, дренирование абсцесса печени, правой плевральной полости

под контролем УЗИ. На фоне системной и местной терапии наступило полное излечение воспалительного процесса.

Было продолжено лечение зометой по март 2019г.

С целью оценки эффекта лечения выполнена ПЭТ/КТ всего тела с глюкозой (23.10.2019г.): в органах грудной, брюшной полостей, мягких тканях патологического накопления РФП не определяется.

Учитывая отсутствие жалоб и данные обследования, пациентке рекомендовано динамическое наблюдение.

Цель демонстрации: показать эффективность длительного упорного лечения больной с распространенной меланомой кожи и раком почки.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*А.В. Старенченко¹, Г.Г. Накопия¹, Ю.В. Гребцов^{1,2}, М.В. Глушков¹, С.А. Данилов^{1,3},
Ю.В. Радионов^{1,3}*

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕГАДОЛИХОКОЛОН У ПАЦИЕНТА С ТЯЖЁЛЫМ СОМАТИЧЕСКИМ СТАТУСОМ

¹*СПБ ГБУЗ Городская Покровская больница (гл. врач – Бахолдина М.Н.)*

²*ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ, кафедра факультетской хирургии им. И.И. Грекова (зав. кафедрой – д.м.н., проф. Земляной В.П.)*

³*ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова (зав. кафедрой – проф. Коханенко Н.Ю.)*

Пациент М., 34 года, 06.11.2018г. в экстренном порядке поступил в 7 х/о СПб ГБУЗ Городской Покровской больницы с жалобами на вздутие и боли в животе, нарушение отхождения газов, отсутствие стула. Из анамнеза известно, что пациент с 1984г. страдает постинфекционным органическим поражением головного мозга, тривентрикулярной шунтозависимой гидроцефалией, по поводу которой было выполнено трехкратное вентрикулоперитонеальное шунтирование (1998г., 2003г., 2009г.). Так же пациенту в 2001г. было выполнено удаление правосторонней субдуральной гидромы. На сегодняшний день сохраняются спастический тетрапарез и симптоматическая эпилепсия с частыми парциальными приступами и вторичной генерализацией. На протяжении одного года пациента беспокоят кишечные жалобы. За прошедший год пациент был госпитализирован в экстренном порядке в различные стационары Санкт-Петербурга с диагнозом ОКН четыре раза. В данные госпитализации с явлениями кишечной непроходимости удавалось справиться консервативно, с помощью выполнения видеоколоноскопии с деторсией и опорожнением толстого кишечника. С диагнозом мегаколон, колостаз пациента выписывали из стационаров.

В настоящую госпитализацию у пациента наблюдались клинические и рентгенологические признаки острой кишечной непроходимости. В условиях операционной под наркозом выполнена ФКС, по результатам которой выявлена значительно удлиненная (до 40 см) сигмовидная кишка. Левые отделы толстой кишки значительно раздуты газом. Произведено удаление газов и кишечного содержимого. После ФКС состояние стабильное, жалоб нет, газы отходят. Через 3 дня после госпитализации в стационар у пациента очередной эпизод вздутия, болей в животе, и нарушение отхождения газов. С данной ситуацией удалось справиться консервативными методами. Пациент консультирован нейрохирургом: противопоказаний для оперативного лечения не выявлено. Учитывая постоянные приступы болей и эпизоды нарушения кишечной проходимости, требующие госпитализации и стационарного лечения, а

также неудовлетворительное качество жизни, принято решение об оперативном лечении с диагнозом: идиопатический мегадолихоколон с поражением нисходящей и сигмовидной кишки, тяжёлое течение. Планировалось выполнение резекции нисходящей ободочной и сигмовидной кишки с формированием трансверзоректоанастомоза. Интраоперационно выявлено тотальное расширение всей толстой кишки. Диагностирован мегадолихоколон, тотальное поражение. Выполнена колэктомия с формированием J резервуара и илеоректального анастомоза.

Послеоперационный период без особенностей. Гистологическое заключение: гистологическая структура стенки кишки сохранена, при этом отмечается выраженное распространённое истончение всех слоёв стенки толстой кишки в правых и левых отделах. Наиболее выраженная атрофия мышечного слоя. При ИГХ визуализируется уменьшение количества интрамуральных субмукозных и субсерозных нервных ганглиев в участках истончённого кишечника. Выписан на 11 сутки. В дальнейшем пациент консультирован нутрициологом, проведён курс послеоперационной терапии. В настоящий момент ограничений по питанию нет. Стул ежедневный 2-3 раза в сутки. Потерь в весе нет.

Цель демонстрации: Показать возможность хирургического лечения мегадолихоколон у пациентов с выраженной соматической патологией. Обсудить варианты хирургической тактики.

ДОКЛАД

*П.Н. Ромащенко¹, Н.А. Майстренко¹, Р.В. Орлова², К.В. Шелехова³, К.Г. Шостка⁴,
А.С. Прядко^{1,5}, М.В. Лысанюк¹, А.К. Иванова²*

МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭНТЕРОПАНКРЕАТИЧЕСКИМИ НЕЙРОЭНДОКРИННЫМИ ОПУХОЛЯМИ

¹ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, кафедра факультетской хирургии (нач. кафедры – член-корр. РАН проф. Ромащенко П.Н.)

²СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер» (гл. врач – проф. Топузов Э.Э.)

³СПб ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)» (гл. врач – проф. Моисеенко В.М.)

⁴СПб ГБУЗ «Ленинградский областной клинический онкологический диспансер» (гл. врач – к.м.н. Алексеев С.М.)

⁵СПб ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница» (гл. врач – проф. Тюрина Т.В.)

Выявление нейроэндокринных опухолей (НЭО) за последние десятилетия повсеместно увеличилось, что обусловлено значительным улучшением их диагностики. Вместе с тем, выбор рациональной диагностической программы и обоснованной лечебной тактики у данных пациентов представляет значительные трудности.

Изучены результаты обследования и лечения 325 больных НЭО: в органах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) опухоли локализовались у 189 обследованных, в поджелудочной железе (ПЖ) – у 125, локализация первичной опухоли осталась неустановленной – у 11. Обследование включало оценку клинических проявлений, лабораторную диагностику с определением уровня общих (хромогранин-А – ХГ-А, нейронспецифическая енолаза - НСЕ) и специфических (инсулин, гастрин, серотонин, 5-ГИУК и др.) опухолевых маркёров. Инструментальная диагностика заключалась в применении лучевых (УЗИ, СКТ, МРТ), эндоскопических (ФГС, ФКС) и

радиоизотопных (ПЭТ-КТ с ^{18}F ДГ и ^{68}Ga) методов исследований, направленных на определение локализации НЭО и оценку распространенности опухолевого процесса.

Установлено, что основной причиной поздней диагностики НЭО являются особенности клинических проявлений заболевания: опухоли явились «случайной» находкой в ходе обследования сопутствующей патологии либо диспансеризации у 16,2% больных, диагностированы в связи с развитием острой хирургической патологии органов брюшной полости – у 13,4%, выявлены целенаправленно при развитии карциноидного синдрома – у 12,8% соответственно. Генерализация опухолевого процесса на момент диагностики заболевания установлена у 34,9% обследованных пациентов.

В ходе оценки информативности лабораторных методов в диагностике НЭО установлено, что чувствительность ХГ-А и НСЕ зависит от локализации опухоли и распространенности онкологического процесса. В отличие от других опухолевых маркёров, повышение уровня НСЕ > 50нг/мл свидетельствует о высокой степени злокачественности опухоли. У больных НЭО ПЖ повышение уровня РЭА > 10мг/мл и СА19-9 > 58ед/мл указывает на высокий потенциал злокачественности опухоли. Оценка денситометрических характеристик НЭО ПЖ в различные фазы СКТ по степени накопления контрастного препарата в панкреатическую фазу исследования позволяет достоверно дифференцировать НЭО от нейроэндокринной карциномы (НЭК). Установлено, что выявляемый при СКТ опухолевый конгломерат в брыжейке достоверно свидетельствует о локализации НЭО в тонкой кишке. Рациональное применение и комплексная оценка результатов лабораторно-инструментальных и морфологических методов диагностики позволило уменьшить число НЭО без установленной локализации первичного очага в 3 раза (с 9,8% до 3,4%).

Хирургический метод являлся основным у больных локализованными и местно-распространенными НЭО. У пациентов генерализованными НЭО применение хирургического лечения (циторедукция либо удаление первичной опухоли) по сравнению с лекарственной терапией привело к увеличению медианы выживаемости (МВ) в 1,8 раза (с 24 мес. до 42,4 мес.). При наличии нерезектабельных печеночных метастазов включение в программу лечения химиоэмболизации печеночной артерии (ХЭПА) привело к снижению уровня опухолевых маркёров на 36,3%, сопровождалось увеличением МВ пациентов на 12 месяцев. Проведение комплексного лечения увеличило МВ пациентов генерализованными НЭО в 2 раза (с 29,9 мес. до 60 мес.), НЭК – в 2,8 раза (с 10,1 мес. до 28,5 мес.). Определены клинико-морфологические критерии, негативно влияющие на прогноз заболевания: возраст > 60 лет; локализация НЭО в ПЖ, толстой кишке, неустановленная локализация первичной опухоли; индекс пролиферативной активности (Ki-67) в опухолевых клетках > 10%; III-IV стадия опухолевого процесса на момент диагностики заболевания. Наличие данных признаков у больных после радикального хирургического лечения является основанием для проведения адъювантной лекарственной терапии, у пациентов с генерализованным опухолевым поражением – раннего комплексного лечения. Наилучшие показатели 5-летней выживаемости достигнуты в группе больных НЭО желудка (81,1%) и тонкой кишки (70%), наихудшие – у пациентов НЭО толстой кишки (50%) и без установленной локализации первичной опухоли.

НЭО являются мультидисциплинарной проблемой, решение которой не представляется возможным без взаимодействия специалистов различного профиля. Применение мультимодального подхода в определении диагностической программы и выборе лечебной тактики позволяет достоверно улучшить результаты лечения и качество жизни больных НЭО.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*И.А. Соловьёв¹, С.Я. Ивануса², Д.А. Суров¹, М.В. Лазуткин², С.А. Алентьев²,
М.В. Васильченко¹, Д.А. Дымников¹, А.Б. Лычев¹, П.С. Цурупа¹*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ С СИНДРОМОМ ДЬЕЛАФУА, ОСЛОЖНЕННЫМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ НА ФОНЕ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, ¹кафедра военно-морской хирургии (нач. кафедры - проф. Соловьёв И.А., ²кафедра общей хирургии (нач. кафедры - проф. Ивануса С.Я.)

Больная К., 1946 г.р., поступила в клинику ВМХ 10.09.2019г. по неотложным показаниям с диагнозом: «Желудочное кровотечение».

Анамнез: со слов больной, 50 лет назад по поводу портальной гипертензии выполнено оперативное вмешательство в объеме транспозиции селезенки в забрюшинное пространство (выписки не предоставлены). В дальнейшем у гепатолога не наблюдалась. С 02.09.2019г. по 09.09.2019г. проходила стационарное лечение в г.Сочи с диагнозом: «Новообразование желудка, осложненное кровотечением», выписана с улучшением. 10.09.2019 г. бригадой скорой медицинской помощи, доставлена в клинику ВМХ в тяжелом состоянии с картиной состоявшегося желудочно-кишечного кровотечения, анемией тяжелой степени. Обследована, диагностирован синдром Дьелафуа, признаков продолжающегося кровотечения на момент осмотра не было. Получала комплексную консервативную терапию. На этом фоне развился рецидив кровотечения, гемостаз достигнут эндоскопически (клиппирование, аргоноплазменная коагуляция). При КТ-ангиографии и артериопортографии выявлены изменения, характерные для синдрома портальной гипертензии с наличием расширенных вен пищевода и желудка, спонтанных спленодиафрагмальноренального и спленоадреналового анастомозов, окклюзией средней трети селезеночной артерии, кавернозной трансформацией селезеночной вены. Риск развития повторного рецидива кровотечения расценивался, как крайне высокий. Учитывая высокую вероятность инфаркта селезенки, эмболизация селезеночной артерии противопоказана. 24.09.2019г. по жизненным показаниям выполнена лапаротомия, полная деваскуляризация абдоминального отдела пищевода и желудка по большой и малой кривизне с сохранением правой желудочно-сальниковой артерии. Послеоперационный период осложнился развитием тромбоза ветвей легочной артерии. Проводилась комплексная симптоматическая терапия с положительной динамикой, состояние больной прогрессивно улучшалось. В удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное лечение на 14 сутки после операции.

При контрольном осмотре и обследовании состояние пациентки удовлетворительное, жалоб активно не предъявляет, болевой синдром не беспокоит.

Цель демонстрации: показать возможность комбинации эндоскопических и традиционных хирургических вмешательств, необходимость мультидисциплинарного подхода в диагностике и лечении данной категории пациентов.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

*Н.Ю. Коханенко¹, А.В. Глебова^{1,2}, М.В. Антипова², В.А. Сериков¹, Д.С. Русанов^{1,2},
С.А. Калюжный²*

ЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПАРАПАНКРЕАТИЧЕСКИМ АБСЦЕССОМ И ДЕСТРУКЦИЕЙ СТЕНКИ ЖЕЛУДКА

¹ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова (зав. кафедрой - проф. Коханенко Н.Ю.)

²СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» (гл. врач - проф. Емельянов О.В.)

Больной К., 41 год, 25.03.2019г. поступил в экстренном порядке в тяжелом состоянии в ОРИТ Мариинской больницы. Из анамнеза стало известно, что в течение нескольких лет страдает хронически панкреатитом. В 2014г. перенес наружное дренирование парапанкреатической кисты. Развился вторичный сахарный диабет 2 типа, с потребностью в инсулине. При обследовании выявлен парапанкреатический абсцесс в области хвоста поджелудочной железы. 26.03.2019 г. выполнено его наружное дренирование под контролем УЗИ. При фистулографии выявлена полость абсцесса с секвестрами примерными размерами 10 x 8 см, но при этом был контрастирован и желудок. При ФГДС выявлен цистогастральный свищ, визуализированы секвестры. После этого дренаж перекрыт (до этого по нему обильно отделялась мутная жидкость с низким уровнем амилазы). Пациент получал консервативное лечение – антибактериальную терапию, антисекреторную, инфузионную. Через 2 недели пациент переведен в 6 хирургическое отделение, где продолжено консервативное лечение. Дренаж удален. Затем пациент выписан на амбулаторное лечение. 06.07.2019 поступил для обследования. По данным МРХПГ выявлены признаки хронического панкреатита, панкреатическая гипертензия расширением протока ПЖ в области хвоста ПЖ до 5 мм. По данным ФГДС и эндоУЗИ - целостность стенки желудка не нарушена, структура ПЖ резко неоднородная, с гипер- и анэхогенными включениями, вирсунгов проток в области тела ПЖ до 5 мм, в головке также определяется анэхогенное жидкостное скопление 3x2 см. В плановом порядке 16.07.2019г. выполнена операция – резекция головки и тела поджелудочной железы с дренированием хвостовой части протока ПЖ, формирование позадиободочного панкреатопанкреатикоюноанастомоза на петле кишки, выключенной по Брауну и выведением дренажа по Фелькеру. Послеоперационное течение гладкое. Выписан на 12 сутки после операции. Дренаж Вирсунгова протока удален в сентябре 2019 г.

В настоящее время пациент чувствует себя удовлетворительно. По данным контрольного обследования панкреатической гипертензии не выявлено.

Цель демонстрации: показать целесообразность и эффективность этапного лечения осложненного хронического панкреатита.

ДОКЛАД

*Н.Ю. Коханенко¹, Н.Н. Артемьева, К.В. Павелец^{1,2}, А.А. Кашиинцев^{1,2}, О.Г. Вавилова^{1,2},
Ю.В. Радионов¹, А.В. Глебова^{1,2}, Г.Н. Флоровский^{1,2}, С.А. Калюжный²*

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ: ОПЫТ 723 ОПЕРАЦИЙ

¹ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова (зав. кафедрой - проф. Коханенко Н.Ю.)

²СПб ГБУЗ «Городская Маршинская больница» (гл. врач - проф. Емельянов О.В.)

Авторы обладают опытом 723 ПДР при раке головки поджелудочной железы. Панкреатодуоденальная резекция с сохранением привратника (ПС ПДР) была выполнена у 235 (32,5 %) пациентов, в остальных 488 случаях (77,5 %) - гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР). С целью профилактики острого панкреатита и несостоятельности панкреатикодигестивного анастомоза применяли аналоги соматостатина (сандостатин, октреотид).

Результаты. У 289 пациентов (40,0 %) после радикальных операций по поводу рака ПЖ наблюдались осложнения.

Самым частым осложнением после ПДР являлись острый панкреатит культи 253 (35,0 %) и, развившаяся в связи с этим несостоятельность панкреатикоэнтероанастомоза, которая была отмечена у 129 (17,8 %), при этом 41 из них (каждый третий) умерли. Все же другие осложнения также являлись следствием деструктивного панкреатита культи. Панкреатит во всех случаях был причиной перитонита, абсцессов брюшной полости и несостоятельности гепатикоеюноанастомоза. Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы и легких наблюдались в основном у пожилых и ослабленных больных.

В большинстве случаев у одного и того же больного регистрировали несколько осложнений, причиной которых чаще всего являлась несостоятельность панкреатикоэнтероанастомоза. Характер и частота осложнений чаще не зависел от объема ПДР. Они были следующими: нагноение послеоперационной раны – 48 (6,6 %), абсцессы брюшной полости – 65 (9,0 %), абсцесс печени – 17 (2,4 %), желудочно-кишечное кровотечение – 21 (2,9 %), внутрибрюшное кровотечение – 11 (1,5 %), несостоятельность панкреатикоэнтероанастомоза (класс В и С) – 129 (17,8 %), несостоятельность билиодигестивного анастомоза – 29 (4,0 %), острая кишечная непроходимость – 7 (1,0 %), разлитой перитонит – 17 (2,4 %). А вот гастростаз встречался достоверно чаще после ПС ПДР – 76 (32,3 %) (всегда проходил после консервативного лечения), а после ГПДР – 85 (17,4 %), и то он всегда был вторичным и был связан с острым панкреатитом культи поджелудочной железы. Остальные осложнения были нехирургические: пневмония – 65 (9,0 %), ОНМК – 6 (0,8 %), ТЭЛА – 19 (2,6 %).

Достаточно высокий процент послеоперационных осложнений (40,0 %) - может быть объяснен, прежде всего, составом больных, поступающих в клинику для лечения, среди которых 326(45,1 %) были пациентами с III и IVA стадиями рака, 549 (75,1 %) - имели сопутствующие заболевания сердца и легких, 558 (77,2 %) - механическую желтуху, 296 (40,9 %) - дефицит массы тела.

Всего было выполнено 36 (5,0 %) релапаротомий. Показанием считали разлитой перитонит, до 2006 года – продолжающееся кровотечение из культи поджелудочной железы и до 2004 года – абсцессы брюшной полости и печени.

Общая послеоперационная летальность при ПДР составила 6,6 % (умерли 48 больных), а за последние 5 лет (96 операций) – 4,2 % (умерли 4 пациента).

ДОКЛАД (ДЕМОНСТРАЦИЯ)

(пробел)

*И.О. Фамилия^{1,4,5}, И.О. Фамилия^{4,6}, И.О. Фамилия^{3,4}, И.О. Фамилия^{1,2},
И.О. Фамилия⁵*

(пробел)

НАЗВАНИЕ РАБОТЫ

(пробел)

*(указывается официальное сокращенное место работы авторов,
руководитель учреждения или подразделения)*

¹*ФГБОУ ВО ПСПбГМУ имени акад. И.П. Павлова МЗ РФ (ректор – академик РАН
Багненко С.Ф.)*

²*ФГБОУ ВО СПбГУ, медицинский факультет, кафедра факультетской хирургии (зав.
кафедрой – проф. Кащенко В.А.)*

³*ФГБВОУ ВО Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, кафедра госпитальной
хирургии (нач. кафедры – д.м.н. Дзидзава И.И.)*

⁴*ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе (директор – проф. Парфенов В.Е.)*

⁵*СПб ГБУЗ Елизаветинская больница (гл. врач – проф. Петров С.В.)*

⁶*ФГБУЗ КБ № 122 им. Л.Г.Соколова ФМБА РФ (гл. врач – Накатис Я.А.)*

(пробел)

Объем текста не более 1 (одной) страницы.

В тезисах доклада кратко приводятся собственные материалы и результаты.

Выдержки из обзора литературы, ссылки на публикации, неинформативные рассуждения не подлежат включению в текст тезисов. Текст не рецензируется, рекомендуется тщательно его проверить перед отправкой, удалить непечатаемые символы, исправить опечатки.

Шрифт Times New Roman, размер 12 пт, интервал 1,15, поля сверху 2 см, снизу 2 см, слева 3 см, справа 1,5 см.

Обязательно предоставление материалов в электронном виде (hopssekretar@mail.ru), с указанием ФИО (полностью), контактов (телефон, электронная почта) докладчика и 1 экземпляр в печатном виде с визой руководителя «В печать» (допускается скан-копия на hopssekretar@mail.ru).

**Заседания Хирургического общества Пирогова
проводятся во вторую и четвертую среду месяца
в аудитории № 7 ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
(СПб, ул. Льва Толстого, 6-8, ст. м. «Петроградская»)**

Начало заседаний в 17:00

Адрес для корреспонденции:

194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д.6.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

кафедра военно-морской хирургии

Сизоненко Николаю Александровичу

<http://pirogovskoe.com>

<http://vk.com/club522845592>

ПРАВЛЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Ханевич Михаил Дмитриевич, *председатель*
(моб. тел. +7-911-722-40-43)

Соловьев Иван Анатольевич, *заместитель председателя*
(моб. тел. +7-911-241-12-77)

Акимов Владимир Павлович, *член правления*
(моб. тел. +7-911-919-01-82)

Кащенко Виктор Анатольевич, *член правления*
(моб. тел. +7-911-928-95-25)

Гладышев Дмитрий Владимирович, *член правления*
(моб. тел. +7-911-144-91-21)

Левченко Евгений Владимирович, *член правления*
(моб. тел. +7-911-750-00-05)

Федотов Леонид Евгеньевич, *член правления*
(моб. тел. +7-921-905-13-42)

Плотников Юрий Владимирович, *референт*
(моб. тел. +7-953-346-63-42, plotnikster@gmail.com)

Сизоненко Николай Александрович, *ответственный секретарь*
(моб. тел. +7-911-747-30-75, hopsekretar@mail.ru)

Лукьянюк Петр Петрович, *казначей*
(моб. тел. +7-965-768-56-06, hopsekretar@mail.ru)

