



© Коллектив авторов, 2025
УДК 616.34-007.272-036.11 : 616.344-002-031.84
<https://doi.org/10.24884/1607-4181-2025-32-3-122-127>

В. П. Морозов, А. А. Каманин, В. В. Костюков*, А. Ю. Корольков, О. Б. Щукина, Д. В. Куликов, Д. Г. Номоконов, Р. В. Чеминава, С. Ф. Багненко

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова
197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА

Поступила в редакцию 03.07.2025 г.; принята к печати 03.10.2025 г.

Резюме

Введение. В статье рассматривается одна из важнейших проблем современной гастроэнтерологии и колопроктологии — выбор оптимального подхода к лечению острых осложнений болезни Крона (БК), таких как кишечная непроходимость. Настоящая работа привлекает внимание своим междисциплинарным характером и фокусировкой на особенностях диагностики и лечения в условиях острого кризиса, где время и правильность принятого решения играют решающую роль. Исследователи справедливо отмечают, что большинство пациентов с БК сталкиваются с рецидивирующими обострениями и осложнениями, такими как непроходимость кишечника, которые требуют особого подхода к лечению. Стандартные хирургические протоколы, применяемые при аналогичных состояниях у других пациентов, могут оказаться неэффективными или излишне агрессивными, вызывая нежелательные последствия. Необходимость дифференцированного подхода подчеркивает особую актуальность темы.

Цель. Основная цель статьи — продемонстрировать целесообразность междисциплинарного подхода к управлению ситуацией при острых осложнениях БК. Исследователи ставят задачу представить клинический случай, иллюстрирующий преимущество сотрудничества гастроэнтерологов, колопроктологов и хирургов в принятии решений о стратегии лечения. Задача ясна и достижима, позволяет наглядно показать преимущества мультидисциплинарного подхода.

Методы и материалы. Центральный элемент статьи — клинический случай пациента с острой кишечной непроходимостью на фоне обострения БК. Пациенту изначально рекомендовали экстренную операцию, однако благодаря быстрому обсуждению ситуации на междисциплинарном консилиуме был выбран путь консервативного лечения, позволивший избежать ненужного хирургического вмешательства. Такой подход усиливает доказательную базу статьи, делая ее наглядной иллюстрацией важности междисциплинарного взаимодействия.

Результаты. Одним из значительных достоинств статьи является детализированное описание хода лечения конкретного случая. Конкретные шаги, предпринятые командой специалистов, позволили успешно разрешить ситуацию без операции, избежав серьезных осложнений и негативных последствий для пациента. Приведенные результаты подтверждают справедливость выдвинутой авторами концепции: лечение осложнений БК требует особых подходов, отличных от стандартных протоколов, применимых к другим заболеваниям.

Вывод. Основное заключение авторов касается необходимости проведения междисциплинарных консилиумов при постановке диагноза и выборе тактики лечения у пациентов с острым проявлением БК. Их вывод подкреплен конкретным клиническим случаем, показывающим, что грамотное сотрудничество специалистов различных дисциплин позволяет избежать необоснованных хирургических вмешательств и минимизировать риски осложнений.

Ключевые слова: болезнь Крона, междисциплинарный подход, глюкокортикостероиды, воспалительные заболевания кишечника, предоперационная терапия

Для цитирования: Морозов В. П., Каманин А. А., Костюков В. В., Корольков А. Ю., Щукина О. Б., Куликов Д. В., Номоконов Д. Г., Чеминава Р. В., Багненко С. Ф. Междисциплинарный подход в лечении острой кишечной непроходимости при болезни Крона. *Ученые записки ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова*. 2025;32(3):122–127. <https://doi.org/10.24884/1607-4181-2025-32-3-122-127>.

* **Автор для связи:** Владислав Вадимович Костюков, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова Минздрава России, 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8. E-mail: kostuykovs3006@gmail.com.

Victor P. Morozov, Alexey A. Kamanin, Vladislav V. Kostyukov*, Andrey Yu. Korolkov, Oksana B. Shchukina, Dmitry V. Kulikov, Dmitry G. Nomokonov, Revaz V. Cheminava, Sergey F. Bagnenko

Pavlov University
6-8, L'va Tolstogo str., Saint Petersburg, 197022, Russia

MULTIDISCIPLINARY APPROACH IN THE TREATMENT OF ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION IN CROHN'S DISEASE

Received 03.07.2025; accepted 03.10.2025

Introduction. The authors of the article address one of the most pressing issues in modern gastroenterology and coloproctology – the choice of an optimal approach to treating acute complications of Crohn's disease (CD), such as intestinal obstruction. This work is notable for its interdisciplinary nature and its focus on the specifics of diagnosis and treatment during an acute crisis, where timing and the accuracy of decision-making play a crucial role. The researchers rightly point out that most patients with CD experience recurrent exacerbations and complications such as intestinal obstruction, which require a specialized treatment approach. Standard surgical protocols used for similar conditions in other patients may be ineffective or overly aggressive, leading to undesirable outcomes. The need for a differentiated approach underscores the particular relevance of the topic.

The objective of the article was to demonstrate the feasibility and importance of an interdisciplinary approach in managing acute complications of CD. The authors aimed to present a clinical case that illustrated the benefits of collaboration between gastroenterologists, colorectal surgeons, and general surgeons in deciding on a treatment strategy. The objective was clearly defined and achievable, allowing the article to effectively showcase the advantages of a multidisciplinary approach.

Methods and materials. The central element of the article is a clinical case of a patient with acute intestinal obstruction during a CD exacerbation. An emergency surgery was initially recommended, but thanks to a prompt interdisciplinary consultation, a conservative treatment plan was chosen, which helped avoid unnecessary surgical intervention. This approach strengthens the evidence base of the article, serving as a vivid illustration of the importance of interdisciplinary collaboration.

Results. One of the major strengths of the article is the detailed description of the treatment course in this particular case. The specific steps taken by the medical team led to a successful resolution without surgery, avoiding serious complications and adverse outcomes for the patient. The results support the authors' central thesis: managing complications of CD requires tailored approaches distinct from standard protocols used for other conditions.

Conclusion. The authors' key conclusion is the necessity of conducting interdisciplinary consultations when diagnosing and choosing a treatment strategy for patients with acute manifestations of CD. Their conclusion is supported by a specific clinical case showing that well-coordinated collaboration among specialists from different fields can help avoid unwarranted surgical interventions and minimize the risk of complications.

Keywords: Crohn's disease, interdisciplinary approach, glucocorticosteroids, inflammatory bowel disease, preoperative therapy

For citation: Morozov V. P., Kamanin A. A., Kostyukov V. V., Korolkov A. Yu., Shchukina O. B., Kulikov D. V., Nomokonov D. G., Cheminava R. V., Bagnenko S. F. Multidisciplinary approach in the treatment of acute intestinal obstruction in Crohn's disease. The Scientific Notes of Pavlov University. 2025;32(3):122–127. (In Russ.). <https://doi.org/10.24884/1607-4181-2025-32-3-122-127>.

* **Corresponding author:** Vladislav V. Kostyukov, Pavlov University, 6-8, L'va Tolstogo str., Saint Petersburg, 197022, Russia. E-mail: kostyukovs3006@gmail.com.

ВВЕДЕНИЕ

Болезнь Крона (БК) — хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным воспалением с развитием местных и системных осложнений [1].

Междисциплинарный подход в лечении болезни Крона (БК) по праву считается одним из важных условий повышения эффективности лечения, особенно при осложненном течении заболевания. Взаимодействие специалистов различных специальностей, объединенных единым пониманием патогенеза заболевания и цели лечения, обеспечивает высокую точность диагностики и позволяет разработать оптимальную тактику лечения. БК неизлечима, поэтому лечение направлено не на полное избавление от нее, а на контроль симптомов и предотвращение осложнений. У половины пациентов даже в стадии клинической ремиссии обнаруживаются симптомы воспалительных реак-

ций [2]. Междисциплинарный подход способствует как повышению эффективности лечения, так и сохранению качества жизни пациентов [3]. Кроме того, по данным литературы, междисциплинарные консилиумы сокращают количество экстренных операций и увеличивает долю плановых.

Согласно рекомендациям европейской организации по болезни Крона (ЕССО), при острой кишечной непроходимости у пациентов с болезнью Крона, в отличие от общехирургических пациентов, предпочтение отдается не хирургическому, а консервативному лечению. Медикаментозная патогенетическая терапия рекомендуется при отсутствии некротических процессов, перфорации полых органов, перитонита. Хирургическое вмешательство предлагается при неэффективности консервативного лечения. Обоснованная отсрочка оперативных вмешательств минимизирует частоту послеоперационных осложнений и сохраняет качество жизни пациентам с БК [4].

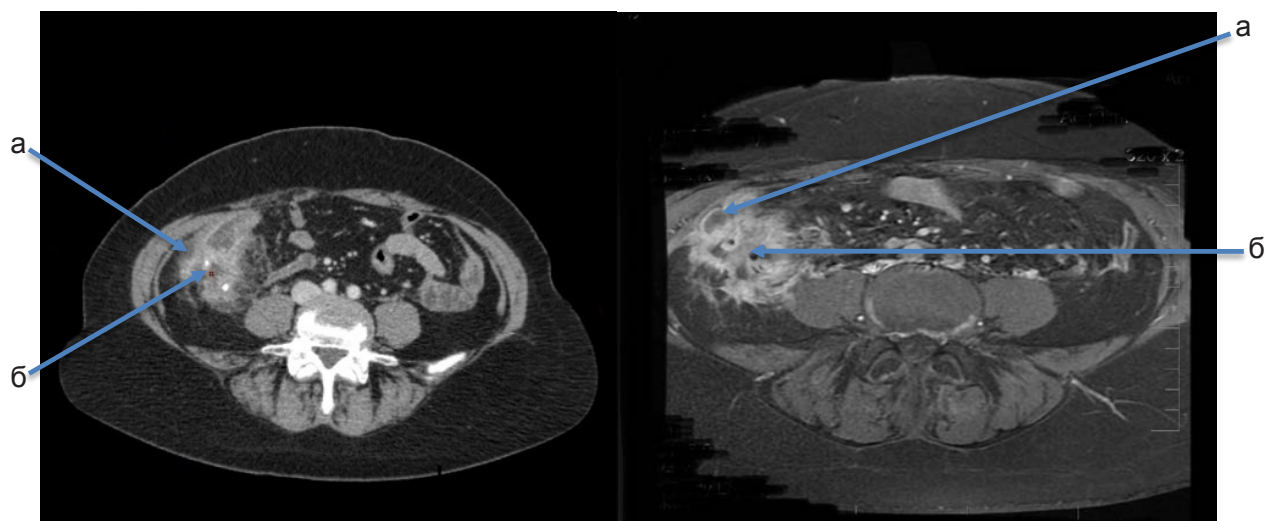


Рис. 1. КТ/МРТ органов брюшной полости до начала гормональной терапии: а – жидкостное скопление; б – воспалительный инфильтрат

Fig. 1. CT/MRI scans of the abdominal cavity organs before the start of hormone therapy: а – fluid accumulation; б – inflammatory infiltrate

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент С., 58 лет, 19.03.2025 г. поступил в экстренном порядке в стационарное отделение скорой медицинской помощи ПСПбГМУ им. И. П. Павлова с жалобами на схваткообразные боли в животе, локализующиеся преимущественно в мезогастральной области справа, тошноту, задержку стула и газов, лихорадку до 38 °С. Вышеописанные жалобы появились за 48 часов до поступления в отделение.

Из анамнеза известно, что с сентября 2021 г. пациента стали беспокоить боли в животе, ноющего характера, без четкой локализации. При колоноскопии была выявлена рубцовая стриктура восходящей ободочной кишки, непроходимая для эндоскопа. В 2022 г., в одном из лечебных учреждений Санкт-Петербурга, в связи с субкомпенсированной кишечной непроходимостью, вызванной якобы опухолью кишечника, была выполне-

на правосторонняя гемиколэктомия и наложен илео-трансверзоанастомоз по типу «бок-в-бок». При гистологическом исследовании препарата онкологическое заболевание не подтвердилось, и впервые был поставлен диагноз БК. Одновременно были верифицированы внекишечные проявления болезни Крона (афтозный стоматит). Назначена генно-инженерная биологическая терапия (ГИБТ)-Инфликсимаб (Ремикейд). Получен положительный клинический и лабораторный эффект. Начиная с декабря 2024 г. вновь стали появляться боли в животе, периодически отмечал задержку стула и газов. За двое суток до поступления в ПСПбГМУ им. И. П. Павлова отметил усиление болей в животе, перестали отходить газы, не было стула.

При поступлении пациент жаловался на схваткообразные боли в животе, тошноту, задержку газов, отсутствие стула два дня. При объективном обследовании установлено: состояние средней степени тяжести, пульс 94 в мин, ритмичный, артериальное давление 140/85, частота дыхательных экскурсий 22 в мин. Язык сухой, обложен белесоватым налетом, живот подвздут, умеренно болезненный в мезогастральной области и в правой половине живота. Там же пальпируется опухолевидное образование около 12 см в диаметре. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика усилена. При лабораторном исследовании: лейкоцитоз – 13,74, без сдвига влево, СРБ – 118 мг/л, прокальцитонин – 0,093 мкг/л.

Выполнены МСКТ и МРТ исследования (рис. 1), при которых обнаружено: в области ранее наложенного илеотрансверзоанастомоза определяется отечность тканей с формированием инфильтрата без четких границ. Просвет анастомоза не визуализируется. Рядом с межкишечным анастомозом обнаружено скопление жидкости (абсцесс?), отмечается ее сообщение с просветом приводящей

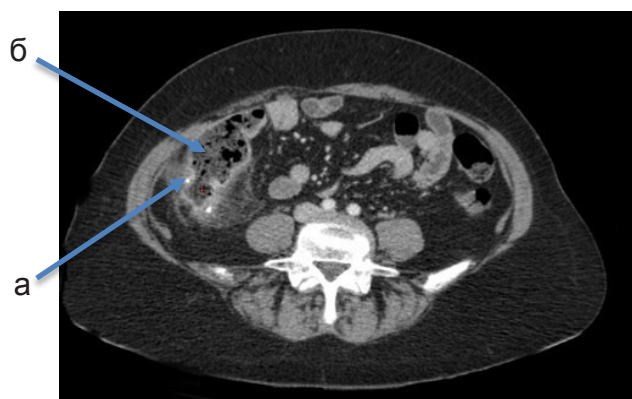


Рис. 2. КТ органов брюшной полости после курса терапии глюкокортикостероидами: а – жидкостное скопление; б – межкишечный анастомоз

Fig. 2. CT scans of the abdominal cavity organs after a course of glucocorticosteroid therapy: а – fluid accumulation; б – interintestinal anastomosis

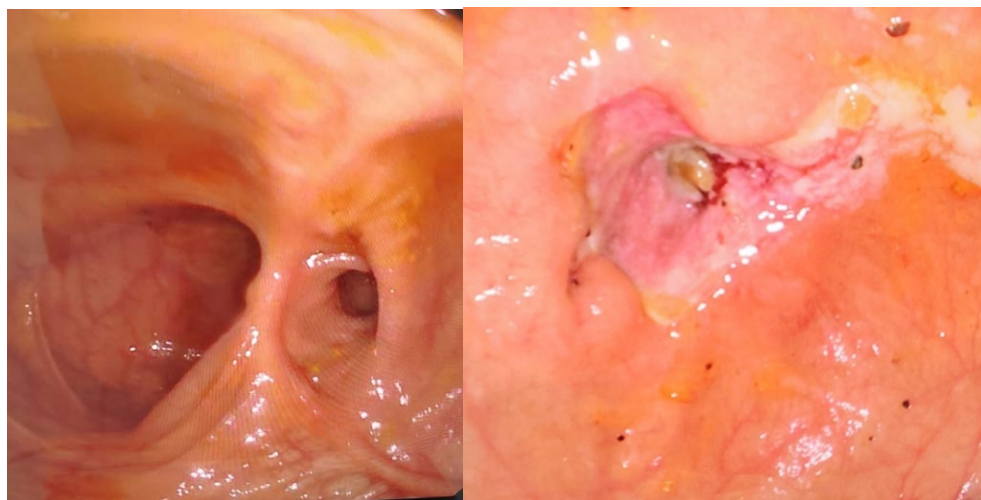


Рис. 3. Видеофиброколоноскопия
Fig. 3. Videofibrocolonoscopy

кишки, визуализируются морфологические признаки кишечной непроходимости.

Ответственный дежурный хирург определяет диагноз согласно Paris Classification System: болезнь Крона, илеоколит, пенетрирующая форма (A3L3L4B3), тяжелое прогрессирующее течение, состояние после правосторонней гемиколэктомии и резекции терминального отдела подвздошной кишки от 07.06.2022 г., острая обтурационная толстокишечная непроходимость, паракишечный абсцесс, прикрытая перфорация/пенетрация кишки. Предварительный план лечения — хирургическая операция.

В соответствии с принятыми в нашем вузе принципами лечения пациентов с болезнью Крона был проведен междисциплинарный консилиум в составе гастроэнтеролога, колопроктолога, ответственного дежурного хирурга. Консилиум, учитывая отсутствие перитонита, клинические особенности течения воспалительных процессов при БК, а также учитывая опыт применения консервативной патогенетической терапии при БК, рекомендовал воздержаться от экстренного хирургического вмешательства. Назначил консервативное лечение, включающее: преднизолон в дозировке 1 мг/кг массы тела в сутки, антибактериальную и дезинтоксикационную терапию. Рекомендовал продолжать наблюдение хирурга.

Через 6 часов после введения гормональных препаратов у пациента отмечено уменьшение болей в животе, начали отходить газы. Через 48 часов от начала патогенетического лечения зарегистрировано значительное улучшение общего состояния: повысилась активность пациента, появился стул, нормализовалась температуры тела. Через 7 суток уровень С-реактивного белка снизился до физиологических значений (2 мг/л).

04.04.2025 г. выполнено контрольное КТ (рис. 2). Отмечено уменьшение воспалительных изменений кишечника и мягких тканей, уменьшение

размеров инфильтрата, исчезли морфологические признаки кишечной непроходимости. Отграниченное скопление жидкости в зоне анастомоза сохраняется, но в меньшем объеме.

В дальнейшем, на основании данных лабораторных исследований, зарегистрировано снижение активности общих воспалительных реакций. 08.04.2025 г. выполнена колоноскопия (рис. 3). Установлено, что межкишечный анастомоз свободно проходим. Сквозных дефектов в стенке кишки не обнаружено. Определяются признаки воспалительных изменений в заглушенном участке тонкой кишки, которые расценены как проявление рецидива БК.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный клинический случай иллюстрирует сложности в выборе лечебной тактики у больных с осложненными формами болезни Крона, особенно при наличии симптомов кишечной непроходимости. Принятие решения о тактике лечения на основе междисциплинарного консилиума позволило избежать неотложного хирургического вмешательства, провести эффективную терапию и добиться клинической ремиссии.

Междисциплинарный консилиум в составе гастроэнтеролога, колопроктолога и хирурга, имеющих большой опыт лечения БК, обсудили состояние пациента. Консилиум установил, что кишечная непроходимость вызвана воспалительным инфильтратом, который является следствием обострения БК. Признаков перитонита нет. Консилиум рекомендовал воздержаться от операции и начать патогенетическое противовоспалительное лечение преднизолоном. Хирургическое вмешательство рекомендовали только при неэффективности консервативной терапии.

Через 6 часов от начала глюкокортикостероидной терапии уменьшились боли и стали отходить газы. Спустя 48 часов зарегистрировано отчетливое улучшение самочувствия пациента. Все симптомы

кишечной непроходимости купировались. Результаты контрольных анализов и обследований подтвердили регресс воспалительных реакций. Очередной междисциплинарный консилиум принял решение выписать пациента и продолжить терапию второй линии в амбулаторных условиях под наблюдением гастроэнтеролога в центре ВЗК. Общая длительность госпитализации составила 14 дней.

Согласно данным проспективных и ретроспективных исследований, до 60–70 % пациентов с воспалительными стенозами при болезни Крона успешно избегают хирургического вмешательства при своевременном начале медикаментозной терапии. Однако риск повторных обострений и необходимости отсроченной операции в течение 3–5 лет сохраняется у 30–50 % пациентов, особенно при отсутствии поддерживающей терапии или наличии факторов риска (длина стеноза, курение, частые рецидивы в анамнезе) [5].

Таким образом, междисциплинарный подход обеспечил оптимальную тактику лечения, позволил избежать ненужной операции и оказал положительное влияние на качество жизни пациента.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

Authors declare no conflict of interest.

Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

Информация об авторах

Морозов Виктор Петрович, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой хирургии общей с клиникой, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0001-7395-7020; **Каманин Алексей Александрович**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургии общей с клиникой, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-8432-9182; eLibrary SPIN: 6046-1254; **Костюков Владислав Вадимович**, клинический ординатор кафедры хирургии общей с клиникой, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0001-7039-8622; **Корольков Андрей Юрьевич**, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой госпитальной хирургии № 2, руководитель отдела общей и неотложной хирургии НИИ хирургии и неотложной медицины, заместитель главного врача клиники по хирургии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия); **Щукина Оксана Борисовна**, доктор медицинских наук, профессор кафедры общей врачебной практики (семейной медицины), заведующая кабинетом воспалительных заболеваний кишечника поликлиники с клинико-диагностическим центром, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия) ORCID: 0000-0001-8402-0743; **Куликов Дмитрий Викторович**, кандидат медицинских наук, врач-хирург, хирургическое отделение № 3, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0003-4126-2886, eLibrary SPIN: 5887-3250; **Номоконов Дмитрий Георгиевич**, старший лаборант кафедры хирургии общей с клиникой, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0009-0006-3451-5733, eLibrary SPIN: 2636-0476; **Чеминава Реваз Валерьянович**, доктор медицинских наук, профессор

ЛИТЕРАТУРА

1. Sandborn W. J., Feagan B. G., Hanauer S. B. et al. A review of activity indices and efficacy endpoints for clinical trials of medical therapy in adults with Crohn's disease // *Gastroenterology*. – 2002. – Vol. 122. – P. 512–30. <https://doi.org/10.1053/gast.2002>.
2. Bernell O., Lapidus A., Hellers G. Changes in surgical therapy for Crohn's disease over 33 years: A prospective longitudinal study // *International Journal of Colorectal Disease*. – 2006. – Vol. 21, № 7. – P. 683–690. <https://doi.org/10.1007/s00384-006-0150-5>.
3. Garcia N. M., Cohen N. A., Rubin D. T. Treat-to-target and sequencing therapies in Crohn's disease // *United Eur. Gastroenterol. J.* – 2022. – Vol. 10. – P. 1121–1128. <https://doi.org/10.1002/ueg2.12336>.
4. Bemelman W. A., Warusavitarne J., Sampietro G. M. et al. ECCO-ESCP Consensus on Surgery for Crohn's Disease // *J Crohns Colitis*. – 2018. – Vol. 12, № 1. – P. 1–16. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjx061>.
5. Rieder F., Fiocchi C. Intestinal fibrosis in inflammatory bowel disease—current knowledge and future perspectives // *J Crohns Colitis*. – 2008. – Vol. 2, № 4. – P. 279–290. <https://doi.org/10.1016/j.crohns.2008.06.008>.

REFERENCES

1. Sandborn W. J., Feagan B. G., Hanauer S. B. et al. A review of activity indices and efficacy endpoints for clinical trials of medical therapy in adults with Crohn's disease // *Gastroenterology*. 2002;122:512–30. <https://doi.org/10.1053/gast.2002>.
2. Bernell O., Lapidus A., Hellers G. Changes in surgical therapy for Crohn's disease over 33 years: A prospective longitudinal study // *International Journal of Colorectal Disease*. 2006;21(7):683–690. <https://doi.org/10.1007/s00384-006-0150-5>.
3. Garcia N. M., Cohen N. A., Rubin D. T. Treat-to-target and sequencing therapies in Crohn's disease // *United Eur. Gastroenterol. J.* 2022;10:1121–1128. <https://doi.org/10.1002/ueg2.12336>.
4. Bemelman W. A., Warusavitarne J., Sampietro G. M. et al. ECCO-ESCP Consensus on Surgery for Crohn's Disease // *J Crohns Colitis*. 2018;12(1):1–16. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjx061>.
5. Rieder F., Fiocchi C. Intestinal fibrosis in inflammatory bowel disease—current knowledge and future perspectives // *J Crohns Colitis*. 2008;2(4):279–290. <https://doi.org/10.1016/j.crohns.2008.06.008>.

кафедры хирургии общей с клиникой, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0009-0000-0814-1914; **Багненко Сергей Фёдорович**, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, ректор, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-6380-137X.

Information about authors

Morozov Victor P., Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of General Surgery with Clinic, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0001-7395-7020; **Kamanin Alexey A.**, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of General Surgery with Clinic, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-8432-9182, eLibrary SPIN: 6046-1254; **Kostyukov Vladislav V.**, Clinical Resident, Department of General Surgery with Clinic, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0001-7039-8622; **Korolov Andrey U.**, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Hospital Surgery № 2, Head of the Department of General and Emergency Surgery, Research Institute of Surgery and Emergency Medicine, Deputy Chief Physician of the Clinic for Surgery, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0001-7449-6908; **Shchukina Oksana B.**, Dr. of Sci. (Med.), Professor of the Department of General Medical Practice (Family Medicine), Head of the Office of Inflammatory Bowel Diseases of the Clinic with a Clinical Diagnostic Center, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0001-8402-0743; **Kulikov Dmitry V.**, Cand. of Sci. (Med.), Surgeon, Surgical Department № 3, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia); **Nomokonov Dmitry G.**, Senior Laboratory Assistant of the Department of General Surgery with Clinic, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0009-0006-3451-5733, eLibrary SPIN: 2636-0476; **Cheminava Revaz V.**, Dr. of Sci. (Med.), Professor of the Department of General Surgery with Clinic, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0009-0000-0814-1914; **Багненко Сергей Ф.**, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Academician of the Russian Academy of Sciences, Rector, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-6380-137X.