

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

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

2580-е заседание 8 ноября 2023 г.

Председатель – профессор А. О. Аветисян

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. П. К. Яблонский, А. О. Нефедов, А. Р. Козак, Ю. В. Перминов, О. Г. Зверев, А. В. Войнов (ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России). **Хирургическое лечение абсцесса легкого с аневризмой легочной артерии в его полости.**

Цель демонстрации – показать интересный клинический случай эффективного многоэтапного комбинированного лечения сочетанной патологии легких у коморбидного пациента.

Пациент Б., 66 лет, 14 сентября 2021 г. госпитализирован в ФГБУ «СПб НИИФ» МЗ РФ с клинико-рентгенологической картиной острого гнойно-деструктивного заболевания легких, рецидивирующего легочного кровотечения IА степени.

Из анамнеза известно, что пациент ранее перенес коронавирусную инфекцию, вызванную COVID-19, тяжелой формы, подтвержденную ПЦР, IgM, G. В ходе обследования на МСКТ ОГК с в/в контрастированием определялась двусторонняя полисегментарная интерстициальная пневмония в стадии неполного разрешения, осложненная левосторонней абсцедирующей пневмонией с перфорацией субсегментарной ветви легочной артерии 10 сегмента, с формированием пульсирующей гематомы в полости абсцесса. При ангиопульмонографии была выявлена аневризма легочной артерии 10-го сегмента слева.

Первым этапом было выполнено хирургическое лечение в объеме ангиографии бронхиальных артерий, ангиопульмонографии, эмболизации легочной артерии 10 сегмента слева. Проведено консервативное лечение гнойно-деструктивного заболевания легких. Пациент выписан с клиническим улучшением на амбулаторное лечение. В дальнейшем в связи с ухудшением состояния и рецидивом легочного кровотечения был повторно госпитализирован в ФГБУ «СПб НИИФ» МЗ РФ 10.01.2022 г. При ангиопульмонографии визуализировались эмболизационные спирали в проекции легочной артерии 10-го сегмента, легочная артерия 10-го сегмента окклюзирована от устья. При селективной ангиографии бронхиальных артерий экстравазаций не выявлялось. Был выполнен второй этап хирургического лечения в объеме микротрахеостомии, трансбронхиального дренирования полости абсцесса нижней доли левого легкого. Проводилась консервативная терапия – промывание полости абсцесса через микротрахеостому с введением в полость раствора антибактериального препарата и системная антибактериальная терапия с учетом чувствительности высеваемой флоры. Пациент был обследован для определения возможности хирургического лечения в объеме резекции нижней доли левого легкого. Выписан под динамическое наблюдение.

В июне 2022 г. пациент был снова госпитализирован в клинику ФГБУ «СПб НИИФ» МЗ РФ для контрольного обследования и рентгенэндоваскулярного хирургического лечения

ишемической болезни сердца. При ангиопульмонографии в нисходящей ветви левой легочной артерии были выявлены признаки конкурентного кровотока в зоне 10-го сегмента слева, с депонированием и экстравазацией контраста проксимальнее ранее установленных спиралей. В зону экстравазации была имплантирована гелевая спираль, выполнена коронарография, балонная вазодилатация с установкой стента в огибающую ветвь левой коронарной артерии.

Учитывая сохраняющуюся полость абсцесса в нижней доле левого легкого и периодические обострения заболевания в виде подъема субфебрильной температуры, продуктивного кашля с отхождением мокроты желтого цвета, эпизодов кровохарканья, в октябре 2022 г., пациент был снова госпитализирован в клинику ФГБУ «СПб НИИФ» МЗ РФ для хирургического лечения. Через торакотомический доступ была выполнена резекция легкого в объеме нижней лобэктомии слева. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Пациент выписан на 12-е сутки после хирургического вмешательства. При контрольном обследовании (МСКТ ОГК была выполнена через 4 месяца после операции) свежих очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено.

Ответы на вопросы.

М. А. Аскеров: Спасибо за очень интересный доклад. Почему решили не выполнять в первое поступление одномоментное стентирование коронарной артерии?

– Потому что после такой операции назначают антикоагулянтную терапию, а у пациента имело место кровохарканье – мы воздержались.

Канд. мед. наук М. А. Атюков: Какой механизм формирования этой аневризмы?

– Постковидный, скорее всего. Другой механизм сложно предположить.

Канд. мед. наук В. И. Кулагин: Не было ли затянато лечение абсцесса?

– Когда пациент поступил в клинику, у него не была диагностирована аневризма в абсцессе. Мы впервые это выявили. Состояние было очень тяжелым, и поэтому мы выбрали именно такую тактику.

Прения

Профессор А. Л. Акопов: Мы видим у данного пациента сформировавшийся гангренозный абсцесс с аневризмой. До конца не понятна причина возникновения аневризмы. В данном случае большое значение имеет мультидисциплинарный подход, что позволило спасти данного больного. В целом прекрасный результат.

Канд. мед. наук В. И. Кулагин: Я не торакальный хирург, но я говорю с позиции законов общей хирургии. Когда у пациента возникает некроз какого-то органа, например, поджелудочной железы, образуются секвестры и абсцесс, развивается кровотечение. Там где есть некроз – всегда есть секвестры. И если

возникло кровотечение, то это говорит о том, что этот абсцесс плохо дренировался, и в связи с этим и возникло кровотечение. Необходимо было выполнить полноценное дренирование абсцесса.

Профессор П. К. Яблонский: Можно говорить о различных теориях возникновения абсцессов. В данной ситуации мы говорим о сосудистой природе возникновения данного абсцесса. Я ни разу не видел выживших пациентов при наличии кровотечения из малого круга, поэтому мы поняли, что аневризма не сообщается с полостью абсцесса. Абсцесс отдельно, а аневризма отдельно. Мы выбрали, возможно, несколько затянутую тактику лечения. Но это позволило достичь того результата, который получился. Помог нам в этом мультидисциплинарный подход.

Профессор Н. Ю. Коханенко: Я тоже не торакальный хирург, но у меня была практика работы с торакальными хирургами. Проводить аналогии генеза абсцесса легкого и панкреатита, мне кажется, не совсем уместно. Генез панкреатита совсем другой. У данного больного возникла патология эндотелия легкого (после нескольких обращений по поводу коронавирусной инфекции), и дальше происходило прогрессирование заболевания с образованием абсцесса и аневризмы в его полости. Выбранная тактика позволила сохранить жизнь пациента, выполнить окончательную операцию в холодном периоде. Спасибо хирургам за столь хороший результат.

Профессор А. О. Аветисян: Присоединяюсь к предыдущему выступлению и хочу поблагодарить авторов за хороший результат лечения у столь сложного и соматически тяжелого пациента.

2. Б. В. Сигуа, А. А. Курков, Э. Л. Латария, Д. Г. Берест, С. А. Винничук, В. П. Земляной (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова МЗ РФ). Полная инвагинация червеобразного отростка слепой кишки – редкое клиническое наблюдение.

Цель демонстрации – показать трудности в постановке диагноза инвагинации червеобразного отростка до операции и очевидность выбора хирургической тактики при сомнительном диагнозе опухоли толстой кишки.

Пациентка Л., 45 лет, была госпитализирована в плановом порядке 25.05.2020 г. в СЗГМУ им. И. И. Мечникова с подозрением на новообразование слепой кишки. При поступлении никаких жалоб не предъявляла. Из анамнеза могла лишь отметить появление горечи во рту и периодически легкий дискомфорт в животе предшествующие полгода. В связи с отягощенным по онкологическим заболеваниям семейным анамнезом пациентка самостоятельно прошла плановую диспансеризацию. По результатам ВКС в куполе слепой кишки выявлено новообразование диаметром 4 см, исходящее из области устья червеобразного отростка. По результатам гистологического заключения – тубулярная аденома.

При КТ был визуализирован локальный участок деформации слепой кишки в области ее купола, со слоистой, кистозно-солидной структурой, округлой формы, не накапливающий контраст, диаметром 25 мм, без инвазии в окружающие структуры. Несмотря на результаты гистологического заключения, данные инструментального исследования не позволяли полностью исключить злокачественную природу новообразования. В связи с невозможностью эндоскопического его удаления были выставлены показания к хирургическому вмешательству.

26.05.2020 г. была выполнена операция – лапароскопически-ассистированная правосторонняя гемиколэктомия. При визуальной ревизии новообразование в куполе слепой кишки не было выявлено. При инструментальной пальпации в куполе слепой кишки определялось плотное образование размерами 4,0×2,0 см. Червеобразный отросток также не был визуализирован.

Удаленный препарат (правая половина толстой кишки с образованием в области купола слепой кишки) был вскрыт: в просвете купола слепой кишки был обнаружен инвагинированный на всю длину червеобразный отросток. По данным патогистологического исследования – эндометриоз червеобразного отростка, осложненный инвагинацией.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка была выписана на 9-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга и гинеколога по месту жительства.

Выполнение менее радикального оперативного вмешательства, такого, например, как аппендэктомия с резекцией купола слепой кишки, возможно лишь в тех случаях, когда диагноз инвагинации аппендикса очевиден еще до операции, а диагноз новообразования исключен гистологически.

Ответы на вопросы.

Профессор П. К. Яблонский: Какие версии были, когда вы не нашли червеобразный отросток?

– Интраоперационно поняли, что червеобразный отросток отсутствует и то, что это инвагинация, сомнений не было. Но так как мы не могли визуальным путем исключить опухоль, пошли на такой объем.

Профессор А. О. Аветисян (председатель): Обследовали ли пациентку на наличие других очагов эндометриоза?

– До операции не обследовали.

Профессор В. А. Кащенко: Как вы определили объем лимфодиссекции?

– Выполняли гемиколэктомию стандартно.

Профессор К. В. Павелец: Я правильно понял, что вы пошли на правостороннюю гемиколэктомию без верификации диагноза?

– Да.

Прения

Профессор К. В. Павелец: Самое главное, что больная жива. Но это не городская обычная больница, это серьезное учреждение, и без верификации диагноза идти на такую операцию не совсем верно.

Профессор Б. В. Сигуа: Конечно, мы понимали, что необходимо выполнить верификацию. Но у нас не было такой возможности при выполнении лапароскопической операции. У нас были данные КТ, которые говорили о подозрении на онкологическое заболевание.

Профессор А. О. Аветисян (председатель): Действительно, данная патология чрезвычайно редкая. По данным литературы, инвагинация червеобразного отростка часто сопровождается злокачественной трансформацией. В этой ситуации сложно судить хирургов. Они получили хорошие результаты, пациентка здорова и довольна. Хочется поблагодарить авторов за лечение столь сложной и редко встречающейся патологии.

ДОКЛАД

3. Д. И. Василевский, К. А. Анисимова, С. Г. Баландов (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова МЗ РФ). Прогнозирование риска и пути снижения частоты осложнений в бариатрической хирургии.

Цель доклада – показать подходы в подготовке больных к бариатрическим операциям и вопросы предоперационной оценки риска развития неблагоприятных исходов у пациентов с морбидным ожирением.

Актуальность проблемы. Наиболее эффективным методом лечения пациентов с морбидным ожирением на сегодняшний день остается бариатрическая хирургия. Развитие современных малоинвазивных хирургических технологий позволило снизить частоту развития осложнений при

лечении ожирения. Однако выраженная коморбидность у значительной части пациентов заставляет относить данный тип хирургических вмешательств к категории повышенного риска. Таким образом, обязательной задачей современной метаболической хирургии является не только повышение эффективности хирургического лечения морбидного ожирения, но и повышение ее безопасности путем снижения частоты осложнений.

В настоящее время отсутствуют общепринятые подходы к подготовке больных к бариатрическим операциям. Недостаточно изучены и вопросы предоперационной оценки риска развития неблагоприятных исходов у пациентов с морбидным ожирением.

Методы и материалы. Исследование основано на изучении результатов хирургического лечения 149 пациентов с морбидным ожирением, которые перенесли бариатрическое вмешательство в хирургическом отделении № 2 ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ. Пациенты были разделены на ретроспективную (49 человек) и проспективную (100 человек) группы. Был проведен статистический анализ применения различных шкал и индексов для прогнозирования риска развития осложнений бариатрических вмешательств у больных ретроспективной группы: Obesity Surgery Mortality Risk Score (OS-MRS), Индекса коморбидности Charlson, Шкалы оценки риска развития венозных тромбоэмболических осложнений Joseph A. Caprini, шкалы HAS-BLED. Выявлена низкая эффективность имеющихся в настоящее время инструментов прогнозирования риска развития осложнений у данной категории пациентов. С помощью ретроспективного анализа определены статистически значимые факторы риска возникновения неблагоприятных исходов в бариатрической хирургии.

Результаты. На основании полученных данных была разработана «Шкала оценки индивидуального риска бариатрических операций», обладающая высокой чувствительностью (71,4 %) и специфичностью (85,7 %). В зависимости от полученной суммы баллов по разработанной шкале пациенты проспективной группы распределились следующим образом: 0–11 баллов – 51 (51,0 %) пациент – низкий риск, 12 баллов и более – 49 (49,0 %) пациентов – высокий риск.

С учетом полученных результатов разработан алгоритм выбора тактики ведения пациентов с морбидным ожирением на основании стратификации риска развития неблагоприятных последствий хирургического вмешательства, предполагающий дифференцированный подход. Всем пациентам низкого риска после предоперационного обследования и минимальной коррекции сопутствующей патологии выполнялись бариатрические операции: лапароскопическая продольная резекция желудка (SG), лапароскопическое гастрощунтирование по Ру (RY-GB), минигастрощунтирование (OAGB).

У пациентов с высоким риском оперативного вмешательства количество баллов варьировало от 12 до 26. Всем больным данной категории проводилась предоперационная подготовка, направленная на коррекцию потенциально обратимых факторов риска: достижение компенсации сопутствующих заболеваний, ухудшающих прогноз течения послеоперационного периода, снижение веса, увеличение физической активности.

После регресса факторов риска пациентам данной категории выполнялись метаболические операции. Осложнения в проспективной группе возникли в 2 (2,0 %) случаях у пациентов именно высокого риска (4,0 % больных данной категории), летальных исходов не было.

Дифференцированный подход к выбору лечебной тактики, основанный на применении «Шкалы оценки индивидуального риска бариатрических операций», и предполагающий коррекцию основных факторов возникновения неблагоприят-

ных последствий хирургического вмешательства у пациентов, позволил снизить частоту осложнений с 12,2 % до 2,0 %, а частоту летальных исходов с 2,0 % до 0 %.

Заключение. Разработанные «Шкала оценки индивидуального риска бариатрических операций» и алгоритм предоперационного обследования и тактики ведения пациентов с морбидным ожирением являются эффективными инструментами повышения безопасности лечения не только в данной области хирургии, но и при любых типах оперативных вмешательств.

Ответы на вопросы.

Профессор А. О. Аветисян (председатель): Высокий риск при данных операциях (чем выше индекс массы тела, тем выше риск)?

– Да, всегда.

Профессор А. О. Аветисян (председатель): Каким образом при подготовке к операции у пациента снижается вес?

– У нас работает целая мультидисциплинарная команда докторов, устанавливаем баллон в просвет желудка.

Профессор А. О. Аветисян (председатель): Максимальные сроки, на которые устанавливается баллон?

– От 3 до 6 месяцев.

Профессор А. О. Аветисян (председатель): Пациентам выполняли продольную резекцию желудка и гастрощунтирование?

– Да.

Профессор А. О. Аветисян (председатель): Время операции учитывалось?

– Безусловно, мы заранее прогнозировали время операции. Это 70–80 минут. Мы рассматриваем этапное лечение в интересах пациентов.

Профессор Н. А. Бубнова: Ваша кафедра давно занимается этой патологией. Какие были осложнения после ваших операций?

– Были кровотечения, несостоятельность, тромбоэмболии мелких ветвей и одна массивная тромбоэмболия легочной артерии.

Профессор Н. А. Бубнова: Перитониты были?

– Нет.

Канд. мед. наук В. И. Кулагин: Что дала предоперационная подготовка? Уменьшились ли риски у пациента после предоперационной подготовки?

– Да, снижение веса и коррекция сопутствующей патологии. У каких-то пациентов удавалось снизить до 11 баллов по шкале, у каких-то – больше.

Профессор А. А. Завражнов: А проводили ли вы психологическое обследование пациентов?

– В нашу шкалу не входила психологическая оценка. Отказывали, если пациент не соблюдал рекомендации.

Профессор В. А. Кашенко: Не считаете ли вы, что само по себе ожирение повышает риск проведения операции?

– Да, конечно. Но мы все равно всех пациентов оцениваем по разработанной шкале. Определяем фактор коморбидности и затем принимаем решение об операции. Некоторых оперировали даже сразу после осмотров, а у других проводили обязательную предоперационную подготовку.

Профессор К. В. Павелец: По вашей шкале низкий показатель меньше 11 баллов, что соответствует 4,5 %, а высокий 50 %. Может, необходимо ввести среднюю градацию?

– Мы пока проводили только 2 градации: низкую и высокую. Но мы планируем разработать и промежуточную градацию.

Профессор Р. В. Чеминава: Как выявляется синдром обструктивного апноэ сна у Ваших пациентов?

– У нас есть специальный лист по апноэ сна, и мы обязательно направляем таких пациентов после заполнения этого листа к специалистам-сомнологам.

Прения

Профессор Б. В. Сигуа: Появились объективные показатели в оценке состояния пациентов с ожирением перед операцией. Работа проведена большая и в данное время актуальна.

Профессор А. О. Аветисян (председатель): Глубокоуважаемые коллеги! Благодарю вас и докладчиков за участие в заседании. Тема доклада достаточно интересная. Но в более однородных группах мы бы имели более объективные данные. Спасибо огромное.

Поступил в редакцию 27.11.2023 г.

2581-е заседание 22 ноября 2023 г.

Председатель – профессор А. Е. Демко

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А. Ю. Винокуров, Е. В. Семенова, А. В. Побоева, Е. А. Печерская (ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница»; ФГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова»). **Успешная трансплантация почки у пациентки старшей возрастной группы крайне высокого риска.**

Цель демонстрации: показать возможность выполнения успешной трансплантации почки у пациентов с тяжелой коморбидной патологией старшей возрастной группы, которая возможна в многопрофильных стационарах с хорошо развитой организацией медицинской помощи.

Больная Н., 70 лет, находилась на лечении в отделении сосудистой хирургии и трансплантации почек ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница» с 15.08.2022 г. по 14.09.2022 г. В 2009 г. впервые в ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова было выявлено снижение функции почек, по результатам нефробиопсии диагностирован АНЦА – ассоциированный васкулит. Мезангиопролиферативный гломерулонефрит с фиброзными полулуниями и выраженным тубулоинтерстициальным склерозом.

В 2012 г. перенесла Q – инфаркт миокарда в области нижней стенки ЛЖ, на фоне окклюзии средней трети правой коронарной артерии. Выполнено стентирование правой КА (НИИ СП им. И. И. Джанелидзе).

В апреле 2019 г. на фоне жалоб на выраженную одышку при умеренной физической нагрузке выявлен пролапс митрального клапана, митральная недостаточность 3 ст. Выполнена операция – протезирование митрального клапана механическим протезом «МедИнж» в условиях ИК (НМХЦ им. Н. И. Пирогова).

В июне 2019 г. госпитализирована в НИИЦ им. В. А. Алмазова – по данным ЭХО-КГ выявлены вегетации на протезированном клапане, диагностирован протезный инфекционный эндокардит митрального клапана, отмечено нарастание креатинина крови до 291 мкмоль/л. Антибиотикотерапия суммарно около 6 недель, больная выписана с улучшением самочувствия.

В сентябре 2020 г. госпитализирована в нефрологическое отделение ГБУЗ ЛОКБ, в связи с прогрессированием азотемии – ХБП С 5 (СКФ 8 мл/мин/1,73 м², креатинин 442 мкмоль/л, мочевины 18,42 ммоль/л). Начата заместительная почечная терапия, метод выбора – перитонеальный диализ.

В декабре 2021 г. госпитализация в кардиохирургическое отделение ГБУЗ ЛОКБ – выявлена парапротезная фистула митрального клапана. 09.12.2021 г. выполнена эндоваскулярная окклюзия парапротезных фистул МК (ГБУЗ ЛОКБ).

Повторный инфаркт миокарда 16.12.21 г. на фоне тяжелой анемии. Выполнены коронарография и стентирование ПКА (установлено 3 стента) (ГБУЗ ЛОКБ). В связи с развитием отека легких пациентка переведена на гемодиализ. Сеансы гемодиализа переносила неудовлетворительно – повышение цифр АД до

190/100 мм рт. ст., возникновение пароксизмов ФП, требующих экстренной госпитализации в ГБУЗ ЛОКБ. В связи с неудовлетворительной переносимостью гемодиализа, отсутствием активности васкулита, отсутствием предшествующих анти-тел на фоне перенесенных гемотрансфузий, принято решение о включении в лист ожидания трансплантации почки.

15 августа 2022 г. на фоне тройной дезагрегантной терапии, выраженной гипокоагуляции выполнена аллотрансплантация трупной донорской почки на правые наружные подвздошные сосуды (посмертный донор – женщина, 62 лет, смерть головного мозга на фоне ОНМК по геморрагическому типу). Проводилась стандартная 3-компонентная иммуносупрессия с индукцией Базаликсимабом.

Функция почечного трансплантата была отсрочена. Проводились сеансы гемодиализа (4), которые сопровождались явлениями значимой гипокоагуляции, без возникновения кровотечений. На 8-е сутки появился диурез, была переведена в отделение из ОРИТ, на 10-е сутки снижение креатинина, в связи с чем сеансы гемодиализа прекращены.

Послеоперационный период осложнился анемией, тромбоцитопенией. Явления купированы. Также выявлена бессимптомная бактериурия (полирезистентная *Klebsiella pneumoniae*), купирована антибактериальной терапией в сочетании с клебсиеллезным поливалентным бактериофагом.

В период амбулаторного наблюдения в марте 2023 г. перенесла коронавирусную инфекцию (SARS Cov-2(+)), легкое течение, лечилась амбулаторно.

В настоящее время функция почечного трансплантата хорошая. Больная чувствует себя удовлетворительно, отмечает изменение качества жизни.

Ответы на вопросы.

Канд. мед. наук В. И. Кулагин: Когда отменяли и назначали антикоагулянтную терапию, как это происходило? Кто это делал?

– МНО определяли каждый день. Решение принимали хирург и анестезиолог (обсуждали это 3 раза в день) и принимали коллегиальное решение. Назначения проводились кардиологом.

Профессор А. А. Завражнов: Возрастной пациент и длительный кардиологический анамнез. От чего вы отталкивались, когда принимали решение о трансплантации у такой пациентки?

– Любое решение окончательно принимает пациент, мы им только все подробно объясняем. Все опасения, связанные с коморбидностью, у нас, конечно, были, но пациенты хотят надеяться на лучший образ жизни, и мы стараемся им подарить такую возможность.

Профессор Н. А. Бубнова: Которая по счету эта ваша операция? Сколько в год, месяц, неделю выполняете таких операций?

– Мною лично в год выполняется около 30 трансплантаций. Хотелось бы хотя бы 60, но пока так как есть. Я этим занимаюсь 16 лет. Все 30 операций в Областной больнице выполнил я.

Профессор В. А. Кашенко: Были ли конкурирующие реципиенты, или она была одна?

– У нас 500 пациентов на диализе, 100 в листе ожидания. С третьей группой крови, как у этой пациентки, меньше. Конкурирующий с этой пациенткой молодой пациент не совпал по антигенам.

Прения

Профессор А. А. Завражнов: Приятно, что наше общество занимается широким спектром проблем: торакальной, сосудистой хирургией, онкологией. И уже даже обсуждаем трансплантацию органов. Сейчас необходимо общим хирургам

знать основы трансплантологии. Хочется поздравить хирургов и сказать спасибо за то, что наше общество обогащается за счет таких интересных докладов.

Профессор А. Е. Демко (председатель): Сейчас одна из основных проблем – оказание помощи коморбидным больным. Спасибо, что вы занимаетесь лечением таких пациентов.

2. Б. В. Сигуа, И. Н. Кочанов, Э. Л. Латария, М. В. Глушков, А. В. Асатуров, Е. Н. Зерцалова, Е. А. Захаров, А. В. Глобин, В. П. Земляной (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» МЗ РФ; Адамант Медицинская Клиника). **Особенности диагностики и лечения пациента с аневризмой нижней панкреатодуоденальной артерии, осложненной кровотечением с тяжелой степенью кровопотери.**

Цель демонстрации – показать случай успешного лечения пациента с аневризмой панкреатодуоденальной артерии с использованием малоинвазивных технологий.

Пациент П., 55 лет, поступил в клинику ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России 11.10.2021 г. в плановом порядке с диагнозом «аневризма нижней панкреатодуоденальной артерии. Состояние после забрюшинного кровоизлияния из аневризмы нижней панкреатодуоденальной артерии от июля 2021 г.».

Из анамнеза известно, что в июле 2021 г. пациент отметил появление головокружения, слабости, пресинкопального состояния. Бригадой скорой медицинской помощи был доставлен в дежурный хирургический стационар, где по результатам МСКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства выявлена забрюшинная гематома 125×30×45 мм. Пациент получал консервативную терапию, был выписан.

На амбулаторном этапе обратился в «Адамант Медицинская Клиника», где на протяжении последних лет проходит диспансерное наблюдение. Учитывая, что источник кровотечения не был установлен, 25.08.2021 г. было принято решение выполнить ангио-МСКТ брюшного отдела аорты и ее ветвей, по результатам которой была выявлена аневризма нижней панкреатодуоденальной артерии.

12 октября 2021 г. пациенту была выполнена прямая ангиография, при которой определялась неровность контура средней трети ветви второго порядка нижней панкреатодуоденальной артерии с формированием мешотчатой аневризмы 3×5 мм. По результатам выполненной ангиографии пациенту было решено выполнить эмболизацию ветви нижней панкреатодуоденальной артерии в плановом порядке.

Для выполнения планового оперативного лечения пациент был повторно госпитализирован в клинику ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» МЗ РФ. Была предпринята попытка эмболизации второй ветви нижней панкреатодуоденальной артерии с аневризмой из лучевого доступа слева (25.11.2021 г.). В связи с изгибом верхней брыжеечной артерии в месте отхождения панкреатодуоденальной артерии завести проводник технически было невозможно. Учитывая большой объем введенного контрастного вещества, длительность операции, принято решение выполнить эмболизацию нижней панкреатодуоденальной артерии, что и было осуществлено 26.11.2021 г. При контрольной ангиографии — антеградного кровотока не выявлялось. В удовлетворительном состоянии 29.11.2021 г. пациент был выписан из СЗГМУ им. И. И. Мечникова.

Через год (01.11.2022 г.) пациент госпитализирован в «Адамант Медицинская Клиника» для выполнения плановой холецистэктомии. При лапароскопии признаков ранее перенесенного кровотечения в забрюшинное пространство не было выявлено.

Ответы на вопросы.

А. С. Иванов: Рассматривали ли вы неинвазивные методы лечения?

– Ангиография выполнялась не с диагностической целью, а с лечебной. Поэтому не рассматривали.

Профессор Р. Г. Аванесян: У данного пациента не удалось выявить причину аневризмы. Возможно, нужно было подготовить пациента и выполнить сразу диагностическую ангиографию, а потом уже оперировать?

– Решение принималось коллегиально.

Профессор А. А. Завражнов: Любые стационары имеют большой опыт лечения аневризм висцеральных артерий. Каков ваш опыт?

– Экономическая составляющая имеет большое значение. Все упирается в расходные материалы.

Профессор А. А. Завражнов: Лучевой доступ имеет меньшую свободу, но вы начали с него, а не с бедренного. Почему?

– У нас опыт не очень велик, не больше 20 вмешательств. Осложнений, которые привели бы к конверсии, к счастью, у нас не было. Но, возможно, они и существуют. В большинстве случаев используем радиальный доступ. Для пациента этот доступ наиболее комфортный.

Канд. мед. наук В. И. Кулагин: Сколько стоила пациенту эта процедура?

– Пациент получал все лечение по полису ОМС.

Профессор А. Е. Демко: Какова цель стентирования? Почему стентирование, а не эмболизация?

– В большинстве случаев мы не настроены на деструктивные вмешательства. Если есть стент-графт – стараемся его поставить: одна спираль до аневризмы, а вторая после аневризмы. Стараемся устанавливать дистально и проксимально. Это оптимально.

Прения

Профессор А. Е. Демко: Второй за сегодня доклад, который показывает, что подобные проблемы должны решаться в многопрофильном стационаре. Поздравляю авторов, которые успешно справились со столь сложной ситуацией.

ДОКЛАД

3. Г. Н. Хрыков (ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница»). **Возможности лечения онкологических заболеваний в условиях специализированного многопрофильного стационара.**

Цель доклада – показать анализ работы ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница» по профилю «Онкология» в связи с 85-летием учреждения и структурной реорганизацией работы онкологической службы.

В среде онкологов и хирургов существуют разноречивые мнения о том, где лучше и качественнее оказывать плановую онкологическую помощь: в многопрофильном стационаре с онкологическим подразделением или специализированном онкологическом учреждении. В странах-партнерах в Европе в рейтинге ведущих онкологических клиник 3 из 5 являются многопрофильными, в США 2 из 5. В Российской Федерации также существуют стационары со схожей организационно-штатной структурой, которые успешно функционируют. Напротив, имеются данные о трудностях в маршрутизации пациентов при отсутствии четкой структуры оказания онкологической помощи на уровне областного лечебного учреждения (краевой больницы) и областного онкологического диспансера. Число онкологических пациентов, их возраст, коморбидность из года в год возрастает. Расширяются показания к оказанию специализированной онкологической помощи. Продолжается реализация Федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями». Все это требует пересмотра подходов к периоперационному ведению данной категории больных.

В докладе будут представлены организационно-штатная структура онкологической службы Ленинградской области в свете реорганизации Ленинградской областной клинической больницы, освещены преимущества лечения онкологических пациентов в условиях специализированного многопрофильного стационара. Продемонстрированы клинические примеры. Обозначены дальнейшие пути развития и перспективные направления.

Ответы на вопросы.

Профессор М. П. Королев: Проводите ли Вы скрининг онкологических заболеваний?

– Да, проводим.

Профессор М. П. Королев: Пациенты с экстренными онкологическими заболеваниями куда поступают?

– В районные больницы.

Профессор М. П. Королев: И как оплачивается лечение?

– Финансируется по душевым нормативам.

Профессор А. А. Завражнов: Как в Областной больнице решается проблема замкнутого цикла?

– У нас представлены все виды онкологической помощи. Мы всем обеспечены. И все этапы лечения онкологических пациентов у нас представлены. Замкнутый цикл у нас представлен полностью. Диспансеризация проводится в двух диспансерах – около 45 000 пациентов.

Профессор А. А. Завражнов: Как ведется областной онкологический регистр?

– Сейчас обсуждается, чтобы регистр был интегрированным между областью и городом.

Профессор А. А. Завражнов: Какова выявляемость ранних форм онкологических заболеваний и как маршрутизируются пациенты с осложнениями опухолевых заболеваний, например – механической желтухой?

– Выявляемость 1–2 стадии составляет около 60 %. Все, что требуется по оказанию профильной помощи, мы выполняем. Что касается механической желтухи, конечно, в районной больнице проводят дифференциальный диагноз, и дальше пациент направляется, куда ему показано по характеру заболеваний.

Профессор С. Я. Ивануса: В чем была идея перемещения части онкологической помощи из ЛООД в Областную больницу?

– Преимущество лечения пациентов в многопрофильном стационаре очевидно – можно взять на лечение более тяжелых пациентов, лучше результаты, выше экономические показатели. Мы делаем сейчас по 100 операций в день. Иногда 7 дней в неделю.

Прения

Профессор М. П. Королев: Результаты лечения рака желудка зависят от стадии заболевания. Россия – одна из немногих стран, где скрининг проводится недостаточно. В Японии ввели скрининг колоректального рака – продолжительность жизни увеличилась на 6–8 лет. Чтобы у нас не было запущенных больных, необходимо проводить скрининг. Запущенные случаи до сих пор лечат в районных больницах. Онкологическая проблема – это не проблема онкологов – это проблема нашего здравоохранения. Главное – это ранняя диагностика. Надо лечить больного, а не патологию. Необходимо проводить скрининг и устанавливать диагноз как можно раньше.

Профессор А. А. Завражнов: Хорошо, что сегодня прозвучало, что лечение онкологических пациентов – это не удел онкологических стационаров, а многопрофильных, хорошо оснащенных специализированных стационаров. Многопрофильный стационар симультанно решает проблему лечения таких больных. Комбинированный и комплексный подход может решить на базе нескольких отдельных стационаров, если будет единый реестр. И с наличием преемственности мы сможем решить эту проблему. Стоимость лечения онкологических пациентов значительно выше, чем хирургических, но суть от этого не меняется.

Профессор А. Е. Демко (председатель): Мы прослушали интересный доклад. Я благодарен коллегам из Областной больницы за сообщение и за то, что нам удалось услышать их опыт. Только многопрофильный стационар может решить проблемы столь тяжелых, сложных пациентов. Большое спасибо авторам за данное выступление.

Поступил в редакцию 27.11.2023 г.