

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Председатель Правления — М. П. Королёв, ответственный секретарь — А. Л. Филонов,
референт — Ю. В. Плотников

2407-е заседание 27.02.2013 г.

Председатель — М. П. Королёв

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ

1. *М. П. Королёв. Отчёт о работе Правления Хирургического общества Пирогова за 2011–2012 гг.*

Правление выполняло свои функции с февраля 2011 г. по февраль 2012 г. В настоящее время в обществе состоят 327 человек, из них 44 Почётных члена. За отчётный период принято в общество 22 человека. Проведено 39 собраний, на которых заслушано 40 докладов и 66 демонстраций. Проведены 2 совместных собрания с Научным обществом онкологов Санкт-Петербурга и Ленинградской области, 4 юбилейных заседания к 25-летию руководства кафедрой общей хирургии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова (ВМедА) проф. П. Н. Зубаревым, к 120-летию со дня рождения первого начальника кафедры военно-морской и госпитальной хирургии ВМедА проф. Б. В. Пунина, к 80-летию юбилею директора Российского научного центра радиологии и хирургических технологий академика РАМН проф. А. М. Гранова, к 85-летию Научно-исследовательского института онкологии им. Н. Н. Петрова. Организованы 2 конференции хирургов Санкт-Петербурга. Запланировано ещё 4 заседания, 4 доклада и 8 демонстраций. Для включения в следующую повестку принято 13 докладов и 9 демонстраций. Лучшей демонстрацией признано выступление С. Ф. Багненко, В. Е. Савелло, М. Ю. Кабановой, Д. М. Яковлевой, В. М. Теплова, А. Г. Кырнышева, И. Г. Буханкова, Д. А. Дымникова, А. Н. Ананьева, О. Н. Резника (НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, кафедра военно-морской и госпитальной хирургии ВМедА им. С. М. Кирова) «Опыт аутотрансплантации единственной почки у больного с гигантской саркомой забрюшинного пространства». Лучшим докладом названо сообщение А. М. Гранова, Д. А. Гранова, Ф. К. Жеребцова, Д. Н. Майстренко, В. Н. Полысалова, В. В. Боровика, И. О. Руткина, В. В. Осовских, С. П. Цурупы, Э. И. Ярандайкиной, О. А. Герасимовой, И. И. Тилеубергенова, С. В. Шаповала, А. Д. Белова (Российский научный центр радиологии и хирургических технологий) «Трансплантация печени в РНЦРХТ: опыт первых 100 операций». За многолетнюю плодотворную работу в обществе Почетной грамотой награждена архивариус З. И. Баскакова. Медаль общества вручена проф. В. И. Ковальчуку. Пожеланием к будущему правлению является повышение активности сдачи членских взносов. Отмечается недостаточная активность в работе

общества хирургов — главных врачей и руководителей кафедр.

2. Н. А. Майстренко представил отчёт редакционной коллегии журнала «Вестник хирургии им. И. И. Грекова» за 2011–2012 гг.

3. Кандидатами в члены Правления Хирургического общества Пирогова выдвинуты: Б. Н. Котив (ВМедА им. С. М. Кирова), Д. Ю. Семенов (СПбГМУ им. И. П. Павлова), Э. Э. Топузов (СЗГМУ им. И. И. Мечникова), В. В. Стрижелецкий (СПбГМУ им. И. П. Павлова), М. Д. Ханевич (Онкологический диспансер), К. В. Павелец (СПбГПМУ), М. Ю. Кабанов (ВМедА им. С. М. Кирова).

ДОКЛАД

С. Ф. Багненко, И. В. Логинов, А. Н. Ананьев, А. Е. Скворцов, А. О. Резник, А. П. Тутин, И. В. Ульянкина, О. Н. Резник (НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе). Анализ причин дефицита доноров органов и основные направления его преодоления.

Дефицит донорских органов является главным сдерживающим фактором в развитии трансплантологии. Это общая проблема для всех стран, в том числе в РФ. На сегодняшний день в России отсутствует единая национальная система организации посмертного органного донорства, не определён порядок функционирования и финансирования учреждений здравоохранения, в которых осуществляются работы по обеспечению органного донорства. Количество эффективных доноров в Санкт-Петербурге в 2008–2010 гг. составляло 10,2 донора на 1 млн населения. Основное место в структуре донорства занимают доноры, причиной смерти которых стали травмы ЦНС, они составили за последние 4 года 60% эффективных доноров. Количество погибших от сосудистых заболеваний ЦНС продолжает ежегодно расти, следовательно, основной неиспользуемый ресурс органного донорства в Санкт-Петербурге, как, вероятно, во всей РФ, заключается в привлечении пула пациентов, погибших от заболеваний сосудов ЦНС. При анализе оснащённости, кадрового ресурса и основных характеристик городских стационаров экстренной медицинской помощи в Санкт-Петербурге выявлено, что неэффективный уровень посмертного органного донорства от пациентов с сосудистыми заболеваниями ЦНС обусловлен высокими показателями внереанимационной смертности среди этого контингента больных. Особенностью трансплантации является её прямая зависимость от уровня образования. Было изучено отношение медицинского

персонала городских стационаров к посмертному органному донорству, а также проанализирована оценка знания ими основных правовых и клинических аспектов донорства органов. Выяснено, что неудовлетворительная подготовленность неврологов по вопросам диагностики смерти мозга является одной из причин дефицита посмертных доноров среди умерших от сосудистых заболеваний ЦНС. Непременным фактором организации донорства является аудит смертности в донорских стационарах на основе метрических коэффициентов, позволяющих объективизировать неэффективное использование доноров и определить донорский потенциал стационара. Медико-экономические проблемы являются наиболее важными составляющими дефицита доноров органов. Отсутствие адекватного финансирования вынуждает учреждения в большинстве случаев прекращать участие в донорских программах, начиная с момента гибели пациента. Донорство органов является отдельным от трансплантации видом медицинской деятельности, реализуется через трансплантационную координацию и исполняется не трансплантологами, а персоналом донорских стационаров. Таким образом, установлено, что эффективное донорство органов напрямую зависит от комплекса образовательных, организационных и экономических факторов.

Ответы на вопросы. Квотирование процесса трансплантации — не плата за донорство. Имеется полная поддержка администрации города. Церковь даёт положительную оценку посмертного донорства органов, в частности, в Испании, ведь Христос отдал своё тело людям. Источником донорских органов, как правило, является один человек. Лучше отказаться от одного органа, чем от донора. Прижизненное согласие донора положительно. Рассматриваются вопросы льгот возможным донорам. Резко затормозили распространение донорства «криминальные» пересадки.

Прения

М. П. Королёв (председатель). После первой же пересадки печени оказалось, что технический прогресс опережает социальное развитие общества. Должен быть выработан единый подход к решению вопросов, связанных с этой проблемой. Проблема должна решаться разными учреждениями: государством, обществом, СМИ, медицинскими сообществами.

Поступил в редакцию 22.05.2013 г.

2408-е заседание 13.03.2013 г.

Председатели — П. Н. Зубарев, Л. В. Поташов,
М. П. Королёв

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ

Работа Правления общества признана удовлетворительной (единогласно).

Единогласно в Правление выбраны М. Ю. Кабанов (ВМедА им. С. М. Кирова), Б. Н. Котив (ВМедА им. С. М. Кирова), К. В. Павелец (СПбГПМУ), Д. Ю. Семёнов (СПбГМУ им. И. П. Павлова), В. В. Стрижелецкий (СПбГМУ им. И. П. Павлова), Э. Э. Топузов (СЗГМУ им. И. И. Мечникова), М. Д. Ханевич (Онкологический диспансер), О. Н. Эргашев (Ленинградская область).

На заседании Правления председателем избран Б. Н. Котив, заместителем — Д. Ю. Семёнов.

Прения

Л. В. Поташов. Желаю новому Правлению общества честной работы, любви к городу и хирургии, воспитанию новой смены хирургов.

П. Н. Зубарев предложил избрать Почетными председателями Правления М. П. Королёва и Н. А. Майстренко.

Предложение принято единогласно.

Проведено награждение авторов лучших демонстраций и докладов.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

Н. Ю. Коханенко, Ю. Н. Ширяев, О. Б. Ткаченко, С. В. Петрик, Ю. В. Радионов (кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова СПбГПМУ, Городская Мариинская больница). **Малоинвазивное лечение хронического калькулёзного панкреатита.**

Пациентка Щ., 27 лет, поступила в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы в июне 2012 г. с диагнозом: хронический панкреатит, обострение. Предъявляла жалобы на боли в верхних отделах живота, с иррадиацией в поясницу, тошноту. При обследовании выявлено повышение α -амилазы сыворотки крови до 430 ЕД/л. При УЗИ органов брюшной полости: поджелудочная железа не увеличена, структура ее резко неоднородная, проток поджелудочной железы расширен до 7 мм, в просвете его конкременты диаметром до 7 мм. При ФГДС обнаружено, что большой дуоденальный сосочек (БДС) выбухает в просвет двенадцатиперстной кишки, желчь не поступает. На фоне проводимой консервативной терапии состояние больной не улучшалось, было принято решение о выполнении пациентке экстренной ЭПСТ. При ее выполнении был выявлен конкремент, вклиненный в БДС, мигрировавший из панкреатического протока. Конкремент извлечен, выполнены раздельная вирсунготомия и холедохотомия с извлечением корзинкой Дормия из панкреатического протока множественных мелких конкрементов. После процедуры состояние пациентки улучшилось, боли в животе значительно уменьшились уже в 1-е сутки. На 4-е сутки после ЭПСТ при УЗИ брюшной полости и МРХПГ поджелудочная железа не увеличена, панкреатический проток расширен до 5 мм, конкременты в его просвете не определяются. На 10-е сутки пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

Ответы на вопросы. В настоящее время больная не принимает никаких препаратов, соблюдает диету, прибавила в массу тела 2–3 кг. Первую эндоскопию делали боковой оптикой, камня не было видно. Пункционным лечением болезней поджелудочной железы клиника владеет. Это врожденный панкреатит, связанный с нарушением выработки аминокислот.

Прения

Д. Ю. Семёнов. Малоинвазивные технологии нередко являются этапом в лечении подобных больных. После папиллотомии и повторной эндоскопии вряд ли следует повторять вмешательство на папилле через короткие промежутки времени. Возможны и другие подходы: пункции, бужирование, стентирование. Но бужирование желателно применять реже.

М. П. Королёв (председатель). Представлено удачное лечение острой закупорки камнем из главного панкреатического протока большого дуоденального сосочка. Мы наблюдали 43 больных с вирсунголитиазом. У всех них удалось справиться с помощью малоинвазивных вме-

шательств. Но у 4 из них болевой синдром впоследствии возобновился. Чрескожные и чрезжелудочные пункции равноценны, но при чрезжелудочном выполнении желательнее проводить иглу в месте желудка, более близко прилегающем к поджелудочной железе. Нельзя добиваться длительного стентирования, у нас максимальный срок — 3 года.

ДОКЛАД

К. В. Павелец, М. П. Королёв, Л. Е. Федотов, К. В. Медведев, М. Ю. Лобанов, Д. С. Русанов (кафедры факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова, общей хирургии с курсом эндоскопии, пропедевтики внутренних болезней СПбГПМУ, Городская Мариинская больница). **Рак пищевода — стентирование или резекция.**

С 2000 по 2011 г. проходило лечение 196 больных с верифицированным раком пищевода. Пациенты были разделены на три группы. 1-ю группу составили 74 пациента моложе 65 лет, 2-ю — 89 больных в возрасте 65 лет и старше. Этим пациентам была произведена операция — резекция пищевода с пластикой желудочным трансплантатом и расширенная двухзональная лимфодиссекция в объеме D2. В 3-ю группу вошли 33 пациента, которым выполнено стентирование пищевода по поводу рака. 52 больным 2-й группы выполнена доплерэхокардиография (ДЭхоКГ) до операции, в конце 1-х суток после хирургического вмешательства и на 10–11-е сутки. Только 2 пациентам данной группы выполнено стентирование пищевода в связи с высоким средним расчетным давлением в легочной артерии, которое превышало 42 мм рт. ст. Операбельность составила 98,8%. Из 163 оперированных больных осложнения возникли у 22 (13,5%): у 5 (6,8%) — в 1-й группе и у 17 (19,1%) — во 2-й. Справиться с возникшими осложнениями удалось у 11 больных. У 11 пациентов они послужили причиной смерти. Общая летальность составила 6,8% (2,7% — в 1-й группе и 10,1% — во 2-й). Годичная выживаемость составила 94,1% (в 1-й группе — 93,1%, во 2-й группе — 95,1%), 2-летняя — 66,7% (62,5 и 70,5% соответственно), 3-летняя — 45,7% (42,9 и 48,3%), 4-летняя — 29,3% (30,4 и 28,3%), 5-летняя — 18,1% (19,6 и 16,7%). Из 33 стентированных пациентов с 5 больными контакт был утерян и продолжительность жизни их неизвестна. В течение 1 года умерли 26 (92,9%) больных, 2 пациента живы 1 год 1 мес. Таким образом, годичная выживаемость соответствует 7,1%.

Сопутствующие заболевания и возраст пациентов не являются абсолютным противопоказанием к радикальному хирургическому вмешательству. Для определения операбельности в комплексную инструментальную оценку функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем у пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих раком пищевода, целесообразно включать доплерэхокардиографическое исследование. Стентирование

пищевода по поводу рака не может рассматриваться как альтернатива одномоментной резекции пищевода с пластикой желудочным трансплантатом у больных старшей возрастной группы.

Ответы на вопросы. Операцию всегда начинаем с лапаротомии. Выполняем раздельную интубацию бронхов. Стентирование показано при осложнениях рака и у больных, неоперабельных в связи с сопутствующими заболеваниями. Опухоли пищевода удалим в грудной полости всегда при достаточной диагностике. Выживаемость рассчитывалась статистическими методами.

Прения

М. Д. Ханевич. Вопрос о выборе стентирования или резекции не вполне правомерен. Это разные группы больных. Сравнить их нельзя. Лучевая, брахиотерапия показывают неплохие результаты. Авторы доклада оперируют успешно, но решение об операции должно приниматься четырьмя врачами: хирургом, терапевтом, анестезиологом, реаниматологом.

Э. Я. Друкин. Стентирование — симптоматическая операция, не влияющая на естественное течение рака. Выбор метода лечения рака пищевода — операция или лучевая терапия — зависят от локализации опухоли и степени ее распространения. Расчетные способы прогноза выживаемости дают результаты почти на 10 лет большие, чем бывает на самом деле. Лучевая терапия сопровождается нехудшими результатами, чем хирургическое лечение, особенно при высоком расположении опухоли. При I стадии рака возможно даже излечение. Из 30 радикально оперированных больных, прослеженных с 1986 г., только 4 пережили 4 года. Результаты лучевой терапии лучше, в том числе у больных, которым отказывают в оперативном лечении даже терапевты, при изъязвлениях, свищах, стенозах.

К. В. Павелец. Значимость оперативного лечения по сравнению со стентированием высока: годичная выживаемость 93% резко отличается от 7%. Исходы операций определяет давление в легочной артерии. Если нет свищей, осиплости голоса, опухоль удалима всегда. Пластику тонкой кишкой выполнили лишь 1 раз. Из всех оперированных больных только 15 были взяты онкологами для дальнейшего лечения.

М. П. Королёв (председатель). Дискуссия подтвердила актуальность доклада. Мы начинаем операцию с торакотомии. Надо расширять комбинированное лечение. Стенты позволяют проводить лучевую терапию. Согласно английским руководствам, опухоли T3–T4 не подлежат радикальному лечению. Главная цель — улучшить качество жизни больных.

Поступил в редакцию 25.05.2013 г.