

© Д. А. Гранов, М. П. Королёв, Ю. В. Плотников, 2016
УДК 617.061.22/3(470.23)

Д. А. Гранов, М. П. Королёв, Ю. В. Плотников

Конференция Санкт-Петербургского отделения Российского общества хирургов и Хирургического общества Пирогова «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ. СТАНДАРТЫ КАЧЕСТВА ХИРУРГИИ» 24.11.2015 г.

Ежегодная совместная конференция в этом году была посвящена итогам работы XII Всероссийского съезда хирургов, проходившего в Ростове-на Дону в октябре 2015 г., и качеству оказания хирургической помощи населению.

На открытии конференции выступили: заместитель председателя Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга Я. С. Кабушка, проф. Л. Е. Федотов — генеральный секретарь Российского общества хирургов (РОХ), академик С. Ф. Багненко — ректор Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И. П. Павлова, проф. В. М. Седов — Почетный председатель Хирургического общества Пирогова.

Конференция единогласно поддержала предложение съезда хирургов о включении в ежегодный календарь «Дня хирурга» (день рождения Н. И. Пирогова), который будет отмечаться 25 ноября.

ДОКЛАДЫ

1. П. К. Яблонский, О. Н. Скрябин. *Сравнительный анализ деятельности хирургической службы Санкт-Петербурга по профилю «абдоминальная хирургия» за 2013 и 2014 г. (по данным годовых отчетов).*

Освещена работа 20 стационаров. Лучшие показатели — у Мариинской больницы. Абдоминальные хирурги составляют $\frac{1}{3}$ от всех хирургов. Число госпитализаций абдоминальных хирургических больных увеличилось. Количество абдоминальных хирургов уменьшилось при росте индивидуальной оперативной активности. В среднем 1 хирург делает 90 операций в год. Снизились показатели среднего оборота койки, работы койки в году. Продолжает увеличиваться некомплект сестринского состава, особенно в скоромощных стационарах. Соотношение экстренных и плановых хирургических больных абдоминального профиля снизилось с 4:1 до 3:1. Расширяется применение эндовидеохирургии. Летальность госпитализированных больных составила 4%, при желчнокаменной болезни она снизилась в 2 раза.

2. О. Н. Эргашев. *Итоги работы хирургической службы Ленинградской области.*

За 2014 г. в стационары госпитализированы 86 406 больных в сравнении с 84 202 в 2013 г. Выполнено 47 869 и 42 641 операций соответственно, умерли 2505 (2,9%) и 2013 (2,7%). Увеличилось число кардиохирургических и абдоминальных

операций. Несмотря на внушительные материальные льготы и предоставление жилья, сохраняется дефицит анестезиологов и количества реанимационных коек в области. Остается высокой частота позднего поступления экстренных больных, что сказывается на сравнительно высокой летальности при ущемленной грыже, желчнокаменной болезни, осложнениях язвенной болезни и кишечной непроходимости. Значительно увеличилось количество операций, выполняемых эндовидеохирургическим способом. Отмечен прогресс в лечении желудочно-кишечных кровотечений.

3. С. А. Шляпников, Н. А. Бубнова, С. Д. Шеянов. *Хирургические инфекции и сепсис 2014. Некоторые итоги и проблемы.*

Положительными явлениями стали открытие отделения в больнице Святого Георгия, организация специализированной помощи в ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. Проведён «Санкт-Петербургский септический форум» (2014). Организован учёт больных в системе медицинского информационно-аналитического центра. Тяжёлый сепсис диагностирован у 1498 больных. Возможности лечения септических больных в многопрофильных стационарах делают ненужными их переводы из этих стационаров в специализированные отделения, вызывая их перегруз. На фоне сепсиса умерли 230 (32%) человек, в то время как в США этот показатель равен лишь 21%.

4. А. Н. Липин. *Городской центр спасения конечностей: особенности структуры и принципы организации работы.*

Частота высоких ампутаций по поводу критической ишемии составляет в России 300 на 1 млн населения, т.е. 1 ампутация выполняется каждые 12 мин [Дуданов И. П., 2009]. В мире 1 ампутация выполняется каждые 30 с [Boulton A. J. M., 2005]. 05.02.2014 г. в СПбГБУЗ «Городская больница № 14» открыт Городской центр спасения конечностей. Выполнены более 1200 ангиографий и реваскуляризаций. Прямой кровоток удалось восстановить в 62% наблюдений. Выработаны показания к высоким ампутациям: обширные ишемические некрозы переднего и среднего отделов стопы и пяточной области; влажная гангрена стопы с распространением на проксимальные отделы конечности; гнойно-деструктивные артриты стопы; длительно существующие обширные трофические язвы подошвенной поверхности стопы в сочетании с тяжёлыми деструктивными формами остеоартропатии; критическая ишемия конечности

с выраженным болевым синдромом, не поддающимся консервативной терапии, при невозможности хирургической сосудистой коррекции.

5. Ю.А.Спесивцев. *О перспективах организации отделения гнойно-септической хирургии в Марининской больнице.*

Сообщение посвящено организации отделения гнойной хирургии для больных с критической ишемией конечностей, гнойными и септическими осложнениями после абдоминальных, травматологических операций.

6. Т.А.Попова (ЗАО «Эколаб»). *Борьба с инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи. Новые нормативные документы 2015 г.*

Заболеваемость ВИЧ, гепатитами и туберкулёзом растёт. 250 из 1000 зарегистрированных в РФ дезинфицирующих средств некорректны. Актуальные задачи защиты больных и персонала решены в проекте Федеральных клинических рекомендаций по выбору химических средств дезинфекции и стерилизации для использования в медицинских организациях (СПЗ.1. 3263–15). Одним из эффективных средств является «Секусепт Актив» производства фирмы «Ecolab».

В обсуждении докладов приняли участие О.Н.Скрябин, П.К.Яблонский, М.П.Королёв.

7. С.Я.Ивануса, Д.Ю.Бояринов (кафедра общей хирургии ФГБОУ ВПО ВМедА им. С.М.Кирова). *Национальные клинические рекомендации: острый аппендицит (по итогам XII съезда хирургов России).*

Острый аппендицит составляет более 60% острых хирургических заболеваний брюшной полости. Протоколы диагностики и лечения острых хирургических заболеваний, принятые в Санкт-Петербурге в 2001 г. и дополненные в 2007 г., показали свою эффективность. Резко снизилась частота операций при катаральном аппендиците (с 20 до 1%). Оснащение стационаров современной диагностической аппаратурой, освоение эндовидеохирургических вмешательств являются основой создаваемых Национальных клинических рекомендаций. Требуют дальнейшего обсуждения вопросы диагностики при осложнённом и атипичном течении заболевания, использования шкалы Альвардо, возможности применения КТ, МРТ живота, анестезиологического обеспечения операций, использования пункционных методик под УЗИ-наведением, применения интервальных аппендэктомий.

8. Н.А.Майстренко (кафедра факультетской хирургии им. С.П.Фёдорова ВМедА). *Острый холецистит: национальные рекомендации и реалии Санкт-Петербурга.*

Острый холецистит составляет 20,7% от всех острых хирургических заболеваний брюшной полости (86 человек на 100 тыс. населения). Послеоперационная летальность в РФ — 0,9%, в Санкт-Петербурге — 0,9%, в клинике факультетской хирургии ВМедА — 0,6%. Ключевыми вопросами являются выбор способа лечения, сроков операции и варианта анестезии. Согласно национальным рекомендациям, показаниями к срочной операции являются лёгкое и среднетяжёлое течение острого холецистита (Grade I–II) в отделениях, имеющих достаточный опыт в желчной хирургии. Отсроченные операции нужно выполнять при среднетяжёлом и тяжёлом течении (GII–III). Сочетание острого холецистита с механической желтухой требует проведения интраоперационной холангиографии или УЗИ. Малоинвазивные вмешательства показаны при среднетяжёлом течении (GII) и тяжёлом течении (GIII) острого холецистита в отделениях, не имеющих достаточного опыта в желчной хирургии. К ним относятся чрескожно-чреспеченочная микрохолецистостомия под

УЗ-контролем (пункционная холецистостомия), чрескожно-чреспеченочная одномоментная пункция желчного пузыря, эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), эндоскопическое стентирование желчных протоков. Пункционная холецистостомия показана больным с высоким хирургическим риском. Эндоскопические вмешательства (ЭПСТ с последующей холецистэктомией) показаны при остром холецистите, осложнённом механической желтухой.

При сравнении национальных, Санкт-Петербургских рекомендаций и рекомендаций кафедры факультетской хирургии ВМедА им. С.М.Кирова создаётся впечатление о гораздо большей разработанности последних.

9. С.Ф.Багненко (ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова), В.Р.Гольцов (Городской панкреатологический центр, СПбНИИ СП им. И.И.Джанелидзе). *Национальные рекомендации по диагностике и лечению острого панкреатита.*

30.10.2014 г. на заседании с участием ведущих экспертов хирургии принят проект Национальных рекомендаций по диагностике и лечению острого панкреатита. Рекомендации многократно обсуждались на различных съездах, конгрессах и конференциях, были утверждены 8 октября 2015 г. во время XII съезда хирургов России и размещены на сайте Российского общества хирургов.

10. М.А.Рубцов, Ш.И.Галеев, Я.П.Абдулаев, О.Н.Скрябин (СПбГБУЗ «Клиническая больница Святителя Луки»). *Современные стандарты диагностики и лечения острого панкреатита.*

В докладе представлены основные различия международных и отечественных стандартов, сделаны акценты на принятых в последнее время изменениях в диагностике и лечении острого панкреатита. Сделаны выводы о том, что клинические рекомендации не являются догмой, должны развиваться и совершенствоваться. Они могут являться инструментом экспертной оценки качества лечения, спорные вопросы не могут быть предметом штрафных санкций.

11. В.А.Ступин, М.В.Баглаенко, С.В.Силуянов (кафедра госпитальной хирургии № 1 Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова; ГКБ № 15 им. О.М.Филатова, Москва). *Желудочно-кишечные кровотечения: обсуждение клинических рекомендаций по экстренной хирургии Российского общества хирургов.*

В докладе особое внимание уделено прогнозированию кровотечения, медикаментозной поддержке, в частности антиоксидантами, выделению пациентов с «высоким риском» послеоперационной летальности, применению ангиографической трансартериальной эмболизации в этой группе больных, оптимизации сроков необходимого оперативного вмешательства.

12. С.В.Васильев (ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова). *Острая кишечная непроходимость.*

В целом, вектор формирования Национальных клинических рекомендаций по диагностике и лечению кишечной непроходимости задан правильно. Проект национальных клинических рекомендаций по лечению острой тонкокишечной непроходимости, одобренный на XII съезде хирургов России, требует определенной доработки. Ряд нераскрытых вопросов (в том числе о роли и необходимости проведения перидуральной анестезии, декомпрессии желудочно-кишечного тракта, характере и длительности энтеротерапии в послеоперационном периоде и т.д.) предстоит обсудить и скорректировать.

13. М.П.Королёв, Л.Е.Федотов, Р.Г.Аванесян (СПбПГМУ). Осложнения холецистэктомии.

Представлено лечение стриктур и повреждений протоков после холецистэктомии малоинвазивными способами. Комбинация различных методов ante- и ретроградного вмешательства позволяет у большинства больных со стриктурами и повреждениями желчных протоков выполнить каркасное наружновнутреннее дренирование или стентирование дефектного участка протока. У 98% больных с подобным состоянием можно достичь положительного результата лечения с хорошим последующим эффектом в поздний послеоперационный период. В 93,5% малоинвазивные операции оказались окончательным методом лечения. Результаты связаны с организацией специализированной операционной и созданием коллектива единомышленников.

14. А.В.Кочетков (главный специалист по контролю качества медицинской помощи Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга). Качество оказания хирургической помощи населению Санкт-Петербурга в 2015 г.

Проведен анализ состояния качества медицинской (хирургической) помощи (КМП) в ЛПУ Санкт-Петербурга в 2015 г. по результатам 169 целевых экспертиз КМП при обращении граждан с жалобами, выборке наблюдений летальных исходов в различных стационарах, 23 заседаний постоянно действующей Городской клинико-экспертной комиссии (ГорКЭК). В случаях жалоб и летальных исходов отмечено, что в 49,1% качество было надлежащим или условно надлежащим, полностью соответствующим стандартам оказания медицинской помощи. В 21,3% выявлены дефекты медицинской помощи, оказавшие влияние на состояние пациентов без социальных последствий, в 0,6% — с социальными последствиями. Нерациональное использование ресурсов диагностики и лечения без влияния на состояние пациентов выявлено в 29% наблюдений. По результатам 23 заседаний ГорКЭК с оценкой КМП в 65 ЛПУ в 2015 г. определены: 6 (6,5%) наблюдений хирургической помощи ненадлежащего качества с социальными последствиями (V–VI классы), 22 (23,9%) наблюдения дефектов помощи с влиянием на состояние пациентов, 17 (18,5%) наблюдений нерационального использования ресурсов здравоохранения. В 47 (51,1%) случаях КМП признано надлежащим или условно надлежащим. В заседаниях комиссии по хирургическому профилю приняли участие 594 врача. Анализ проведенных целевых экспертиз качества хирургической помощи по жалобам показал, что в 50,9% наблюдений оно было ненадлежащим, в 21,9% случаев — с влиянием на состояние пациента, т.е. высказанные в жалобах претензии чаще были обоснованы. Количество вневедомственных целевых экспертиз КМП в 2015 г. увеличилось на 32% по сравнению с предыдущим годом. Тем не менее, количество оценок ненадлежащего качества по хирургическому профилю уменьшилось на 3,8%. Отмечается уменьшение на 8% заключений ГорКЭК о ненадлежащем КМП по хирургическому профилю в 2015 г. по сравнению с предыдущим годом, в то же время в 6,5% наблюдений КМП признано ненадлежащим V–VI класса. Основным направлением улучшения качества хирургической помощи в настоящее время следует считать продолжение совместной работы Санкт-Петербургского отделения РОХ со службами КМП Комитета по здравоохранению и ТФ ОМС по совершенствованию клинических рекомендаций оказания хирургической помощи, их внедрению в лечебный процесс и в экспертную оценку при проведении ведомственных и вневедомственных экспертиз.

Заключение

М.П.Королёв изложил результаты работы Санкт-Петербургского отделения РОХ, призвал хирургов Северо-Запада активнее вступать в общество. Это тем более актуально в связи с расширением участия обществ в аккредитации хирургов, получении кредитов, защите их прав.

Статистический отчёт

Всего в конференции приняли участие 450 человек (Архангельская область, Брянская область, Забайкальский край, Кировская область, Ленинградская область, Москва, Мурманская область, Новгородская область, Краснодарский край, Псковская область, Республика Карелия, Республика Крым, Ростовская область, Санкт-Петербург, Тюменская область, Челябинская область, Ямало-Ненецкий АО).

Присутствие на конференции

Распределение по месту работы:	Абс. число	%
Больница	189	42
Вуз, НИИ	242	54
Поликлиника	19	4
Всего участников	450	100
По больницам:		
главный врач	6	3
начмеды по хирургии	19	10
зав. ХО	51	28
хирурги	113	59
Всего	189	100
Вуз, НИИ:		%
зав. кафедрой	23	10
сотрудники кафедры	101	42
студенты	118	48
Всего	242	100
По поликлиникам:		%
главный врач	1	5
зав. ХО	7	37
врач-хирург	11	58
Всего	19	100

Прения

Д.А.Гранов. Наступила эра малоинвазивных технологий. При операциях надо учитывать возможность развития портальной гипертензии, необходимость трансплантации печени.

М.П.Королёв. Устойчивый гемостаз — заключение не только эндоскопическое. Остаётся правилом лечить больного с кровотечением, а не кровотечение у больного.

А.В.Фёдоров. Национальные клинические рекомендации нельзя обсуждать, их надо выполнять. Это форма защиты. Но необходимо учитывать возможность будущего развития. Регионарные клинические рекомендации не могут быть ниже, чем национальные. Для развития планируется создавать рабочие группы с изменяемым составом.

П.К.Яблонский. Протоколы и рекомендации создаются для преподавания и для тех, кто будет судить нашу работу. Поэтому они утверждены XII съездом хирургов и по ним надо работать.

Поступила в редакцию 15.12.2015 г.