

© М. П. Королёв, С. М. Лазарев, 2015 г.
УДК 616-089.614.88:061.3

М. П. Королёв¹, С. М. Лазарев²

КОНФЕРЕНЦИЯ ХИРУРГОВ СЕВЕРО-ЗАПАДА «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ. НОВЫЕ НАЦИОНАЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ ПО ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ» (Санкт-Петербург, 26 ноября 2014 г.)

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет; ² Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы, Санкт-Петербург

26 ноября 2014 г. состоялась ежегодная конференция хирургов Северо-Запада (Санкт-Петербург): «Актуальные вопросы хирургии. Новые национальные стандарты по экстренной хирургии».

Большой вклад в организацию заседания внес Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга, который информационной поддержкой данного мероприятия позволил провести его на хорошем уровне.

Открыл конференцию М. П. Королёв, председатель Санкт-Петербургского отделения Российского общества хирургов (РОХ).

С приветственным словом к участникам обратились: Я. С. Кабушка — начальник Управления по организации медицинской помощи взрослому населению, медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга; проф. П. К. Яблонский — главный хирург Санкт-Петербурга; П. Н. Зубарев — Почетный председатель Хирургического общества Пирогова, засл. врач РФ, д-р мед. наук, профессор.

На конференции были рассмотрены следующие вопросы:

«Анализ деятельности хирургической службы Санкт-Петербурга по профилю “абдоминальная хирургия” за 2013 г.» (главный

хирург города проф. П. К. Яблонский). Дальнейшее развитие и совершенствование хирургической службы Санкт-Петербурга невозможно без скрупулезного анализа результатов деятельности хирургических коллективов каждого стационара. В этой связи значительно повышается уровень ответственности по предоставлению и качеству анализа материалов от заведующих хирургическими отделениями до главного хирурга города. Повышается статус должности главного хирурга больницы (заместителя главного врача по хирургии). Эта должность наполняется конкретным содержанием. Строгий учет и анализ деятельности важны не только сами по себе. Опираясь на них, мы создаем возможность обосновывать потребности каждого стационара в штатных и коечных мощностях, оснащении и адекватном финансировании, т.е. тактика строгого учета и детального анализа позволяет реализовывать планы стратегического развития хирургической службы каждого стационара в отдельности и города в целом. Исходя из этих соображений, в текущем году разработана новая форма годового отчета, которая прошла согласование на уровне Администрации СПбГБУЗ «Медицинский информационный аналитический центр» (МИАЦ) и утверждена председателем Комитета по здравоохранению. На первом этапе этой рабо-

Сведения об авторах:

Королёв Михаил Павлович (e-mail: korolevmp@yandex.ru), кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2;

Лазарев Сергей Михайлович (e-mail: sergelazarev@list.ru), Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы, 195257, Санкт-Петербург, ул. Вавиловых, 14

ты анализу подвергнуты результаты деятельности хирургической службы Санкт-Петербурга только по профилю «абдоминальная хирургия» за 2013 г.

В докладе представлены результаты деятельности тех стационаров, которые числятся в реестре Комитета по здравоохранению как учреждения, осуществляющие оказание помощи абдоминальным хирургическим больным. Представлены коечная мощность, штатная структура, объем выполняемой работы, результаты деятельности, проблемы и перспективы развития.

Авторы выражают уверенность в том, что предложенная форма годового отчета позволит всем руководителям хирургической службы за цифрами увидеть больного, яснее понимать те задачи, которые необходимо решать в ближайшее время, и четче обозначать перспективы развития.

«Новые Всероссийские стандарты по лечению панкреатитов» (академик РАН С.Ф.Багненко). В дискуссии приняли участие В.Р.Гольцов, Р.Г.Аванесян, Ш.И.Галеев. При остром панкреатите целесообразны задержка хирургического вмешательства на 3–4-й неделе для достижения секвестрации поджелудочной железы, отграничения очагов деструкции. Первым этапом хирургического лечения является эндоскопическое или чрескожное дренирование отграниченных полостей в забрюшинном пространстве, вторым, при необходимости, эндовидеохирургическая секвестрэктомия либо удаление секвестров под контролем рентгеноскопии. Показания для операций, выполняемых в ранние сроки заболевания, не определены. Необходимы крупные клинические исследования, которые смогут определить место хирургии в течение первых 2 нед острого панкреатита.

Итогом дискуссии явилось принятие классификации и стандартов по ведению больных с острым панкреатитом.

«Новые Российские клинические рекомендации по острым гастродуоденальным кровотечениям, принятые в 2014 г. в г. Воронеже» (проф. М.П.Королёв). Острое кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта — осложнение большого числа заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, патологии панкреатобилиарной системы, а также системных заболеваний организма. В клинике, руководимой мной, за последние 10 лет пролечены 3938 пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК) (таблица).

Характер заболевания, осложненного ЖКК	Частота, %
Язвенная болезнь:	38,2
двенадцатиперстной кишки	22,7
желудка	13,8
гастроэнтероанастомоза	1,7
Синдром Маллори—Вейсса	17
Эрозивный эзофагогастродуоденит	16,4
Острые гастродуоденальные язвы	4,1
Рак	5,4
Варикозное расширение вен пищевода	4,6
Прочие	14,3
Всего	100% (3938 случаев)

Достигнутые успехи в консервативном лечении язвенной болезни не уменьшают число осложненных форм, так частота развития язвенных кровотечений увеличивается практически во всех странах.

Все больные с признаками желудочно-кишечного кровотечения или при обоснованном подозрении на таковое подлежат немедленному направлению в крупные многопрофильные стационары или в специализированные центры по лечению желудочно-кишечных кровотечений, где круглосуточно обеспечивается дежурная эндоскопическая служба с возможностями современной лечебной эндоскопии, переливания крови, реанимация и хирургическая бригада.

Эндоскопический метод занимает в настоящее время лидирующие позиции в арсенале диагностических и лечебных мер для больных с ЖКК. Раннее эндоскопическое исследование (в течение 2 ч) показано всем пациентам с клинической картиной ЖКК. Эндоскопия при ЖКК имеет цель — определить уровень кровотечения (пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка), локализовать источник кровотечения, охарактеризовать стадию кровотечения, оценить возможность эндоскопической остановки кровотечения.

Особенности выполнения экстренной эндоскопии при ЖКК: большое количество содержимого в просвете желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), крови в просвете желудка, тяжелое состояние больного.

Цель эндоскопии при ЖКК:

1. Определить уровень кровотечения (пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка).
2. Локализовать источник кровотечения.
3. Определить характер и стадию кровотечения.

4. Оценить возможность эндоскопической остановки.

Описано более 50 методик эндоскопического гемостаза при язвенных кровотечениях. В клинике используются следующие методики: воздействие гемостатическими и сосудосуживающими средствами, криодействие, аппликация пленкообразующими препаратами и медицинским клеем, диатермокоагуляция, аргоноплазменная коагуляция (АПК), лазерная коагуляция, склерозирующая терапия, клипирование сосудов, лигирование. Диагностическая ценность первичной эндоскопии при ЖКК — 89%; при повторной эндоскопии в течение 1-х суток — 93%; в 7% случаев источник кровотечения не выявлен (чаще всего это пациенты с тонкокишечными кровотечениями). Эффективность лечебной эндоскопии достигает 95%. Летальность в клинике при язвенных ЖКК составляет 1,7%.

Развитие лечебной эндоскопии привело к изменению соотношения между частотой эндоскопического и хирургического гемостаза. Так, после внедрения методик эндоскопического гемостаза (клипирование, АПК, лигирование) число оперативных вмешательств по поводу язвенных ЖКК многократно уменьшилось.

Консервативная терапия при ЖКК должна начинаться на догоспитальном этапе и включает в себя полный физический покой, транспортировку в горизонтальном положении, введение кальция хлорида, инфузию плазмозамещающих растворов.

Современные подходы к лечению язвенных кровотечений в стационаре сочетают в себе активный характер диагностических и лечебных мероприятий с дифференцированным определением показаний к неотложной операции. Основным методом гемостаза при язвенных ЖКК является эндоскопический метод в сочетании с медикаментозной гемостатической и противоязвенной терапией. Неотложная операция выполняется только при неэффективности эндоскопического гемостаза и консервативного лечения, рецидиве кровотечения. На выбор лечебной тактики при ЖКК влияет комплекс факторов, среди которых: характер заболевания, осложненного кровотечением, тяжесть кровопотери, возраст больного, наличие сопутствующей патологии.

Медикаментозное лечение при язвенных ЖКК складывается из восполнения объема циркулирующей крови, коррекции углеводного обмена, улучшения реологических свойств крови, подавления желудочной секреции. В исследованиях доказана обоснованность назначения эзомеразола после выполнения эндоскопического гемостаза в форме инфузий с дальнейшим пере-

ходом на энтеральные препараты. Данная схема терапии достоверно ведет к снижению риска рецидива кровотечения. Старт: болюсное введение в дозе 80 мг/30 мин, продолжение: непрерывная 3-дневная инфузия 3 мг/ч; энтеральная форма 40 мг на 27 дней. Неотложная операция выполняется при неэффективности эндоскопического гемостаза и консервативного лечения (летальность при 2-й и 3-й волнах кровотечения из язвы составляет 19–27%).

Проф. Б.Н.Котив подчеркнул в своем докладе особенности диагностики и лечения кровотечений из варикозных вен пищевода. Проф. В.Г.Вербицкий остановился на оперативном лечении хронических язв, осложненных кровотечением. Проф. К.Г.Кубачёв в своем выступлении осветил результаты практической работы по новым рекомендациям и подчеркнул необходимость в тяжелых случаях использовать эндоваскулярные методы остановки кровотечений.

«Новые Российские клинические рекомендации по лечению острой кишечной непроходимости опухолевой этиологии, принятые в 2014 г. в г.Смоленске» (д-р мед. наук А.А.Захаренко) — см. стр. 76–80.

«Качество оказания медицинской помощи хирургическим больным в Санкт-Петербурге в 2014 г.» (проф. А.В.Кочетков). Проведен анализ состояния качества хирургической помощи в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) Санкт-Петербурга в 2014 г. по результатам 128 целевых экспертиз качества медицинской помощи (КМП) при обращении граждан с жалобами, выборке случаев летальных исходов в различных стационарах и 23 случаев хирургической помощи, рассмотренных на постоянно действующей Городской клинико-экспертной комиссии (ГорКЭК).

По результатам экспертизы КМП больным хирургического профиля в случаях жалоб и летальных исходов отмечено, что в 42,1% качество было надлежащим или условно надлежащим, полностью соответствующим стандартам оказания медицинской помощи. В 28,1% выявлены дефекты медицинской помощи, оказавшие влияние на состояние пациентов без социальных последствий. Дефекты ведения медицинской документации и нерациональное использование ресурсов диагностики и лечения без влияния на состояние пациентов выявлены в 29,7% наблюдений.

По результатам 23 заседаний ГорКЭК с оценкой КМП в 60 ЛПУ в 2014 г. выявлены: 2 (3,3%) случая хирургической помощи ненадлежащего качества с социальными последствиями (V класс), 10 (16,7%) случаев дефектов помощи с влияни-

ем на состояние пациентов, 22 (36,7%) случая нерационального использования ресурсов здравоохранения. В 26 (43,3%) случаях КМП признано надлежащим или условно надлежащим. В заседаниях комиссии по хирургическому профилю приняли участие 449 врачей.

Анализ проведенных целевых экспертиз качества хирургической помощи по жалобам показал, что в 57,8% случаев оно было ненадлежащим, в половине случаев с влиянием на состояние пациента, т. е. высказанные в жалобах претензии чаще были обоснованы.

Несмотря на увеличение количества вневедомственных целевых экспертиз КМП в 2014 г. в 2 раза по сравнению с предыдущим годом, количество оценок ненадлежащего качества по хирургическому профилю уменьшилось на 7,1%, при отсутствии случаев дефектов V и VI классов.

Отмечается уменьшение на 27,8% заключений ГорКЭК о ненадлежащем КМП по хирургическому профилю в 2014 г. по сравнению с предыдущим годом. Основным направлением улучшения качества хирургической помощи в настоящее время следует считать продолжение совместной работы Санкт-Петербургского отделения РОХ со служ-

бами КМП Комитета по здравоохранению и ТФОМС по совершенствованию протоколов оказания хирургической помощи, их внедрению в лечебный процесс и в экспертную оценку при проведении ведомственных и вневедомственных экспертиз.

Председатель Санкт-Петербургского отделения РОХ проф. М. П. Королёв подвел итоги совещания. Поблагодарил всех собравшихся хирургов за проявленный интерес к данной конференции, на которой присутствовало около 400 участников: 1) **из больниц:** *главные врачи — 4, начмеды по хирургии — 20, заведующие хирургическими отделениями — 38, врачи-хирурги — 112, врачи-эндоскописты — 29;* 2) **из поликлиник:** *главные врачи — 1, заведующие хирургическими отделениями — 1, врачи-хирурги — 9;* 3) **из вузов:** *заведующие хирургическими кафедрами — 21, сотрудники хирургических кафедр — 92, студенты — 61.*

В конце конференции проф. М. П. Королёв призвал хирургов более активно вступать в члены РОХ.

Поступила в редакцию 28.01.2015 г.