

© М. П. Королёв, Ю. В. Плотников, 2014
УДК [617+616-006]-089(470.23)

М. П. Королёв, Ю. В. Плотников

КОНФЕРЕНЦИЯ «ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ХИРУРГИЧЕСКИМ И ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ» (19.11.2013 г.)

19 ноября 2013 г. в гостинице «Holliday inn» состоялась III ежегодная конференция хирургов совместно с онкологами Санкт-Петербурга, посвящённая совершенствованию помощи хирургическим и онкологическим больным. Конференция была организована Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга, Хирургическим обществом Пирогова, Санкт-Петербургским отделением Российского общества хирургов, Научным обществом онкологов Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Генеральным партнёром конференции была фирма «Olympus» при поддержке «Ecolab». В работе конференции приняли участие 301 человек.

С приветствиями к собравшимся обратились представитель Комитета по здравоохранению Я. С. Кабушка, профессора В. М. Седов, А. М. Беляев, Н. А. Майстренко, Б. Н. Котив.

Было заслушано 6 докладов и проведён круглый стол «Совместная работа хирургической и онкологической служб города в улучшении качества оказания медицинской помощи пациентам в ЛПУ Санкт-Петербурга».

Главный хирург Санкт-Петербурга П. К. Яблонский и соавт. обобщили тенденции внедрения инновационных технологий в практику. Почти половина экстренных операций выполняются с помощью эндовидеохирургических и эндоскопических технологий. Применяется робототехника с помощью аппарата да Винчи. Самой распространённой эндовидеохирургической операцией является лапароскопическая холецистэктомия. Она составила 70% от всех холецистэктомий. Эти методики стали применяться при онкологических операциях. Возросшее число операций и усложнение технологий потребовали значительного увеличения финансирования. Изменились заболеваемость и количество оперативных вмешательств. С 1995 по 2012 г. снизилась частота операций на органах брюшной полости — с 17 до 13%. Почти в 2 раза увеличилось число операций на сердце и сосудах. Отмечается снижение заболеваемости острым аппендицитом, кишечной непроходимостью, перфоративными язвами, желудочными кровотечениями, повышение — острым панкреатитом. Отмечено недостаточное внедрение в практику стационаров лапароскопических технологий единого доступа и NOTES.

А. С. Барчук сообщил о показателях деятельности онкологической службы Санкт-Петербурга. В городе отмечается один из самых высоких уровней онкологической заболеваемости в стране. В 2012 г. было зарегистрировано 19 657 больных. За последние 30 лет заболеваемость увеличилась

почти на 50%, в основном за счёт рака молочной железы, шейки матки, эндометрия и предстательной железы. В структуре онкологической заболеваемости у мужчин сохраняет первое место рак лёгкого, почти в 2 раза уменьшилась заболеваемость раком желудка, но почти в 3 раза возросла заболеваемость раком предстательной железы. Среди женского населения лидером является рак молочной железы. Для расширения помощи больным требуется увеличение количества коек в хосписах, отделениях лучевой и химиотерапии.

М. П. Королёв осветил возможности современной эндоскопии в диагностике и лечении раннего рака пищеварительной системы. Это ZOOM (эндоскопия с увеличением), NBI (эндоскопия с моносветом), люминесцентная, конфокальная, когерентная эндоскопия, эндоУЗИ и другие методы. Ранний рак, диагностированный с помощью этих методов, при лечении даёт пятилетнюю выживаемость более 90%. Предлагается скрининг локализаций рака, где эндоскопия занимает ведущее место.

С. В. Васильев рассмотрел вопросы диагностики и лечения опухолевой непроходимости толстой кишки. Больные поступают в хирургические стационары, но в дальнейшем нередко требуют комплексного, мультидисциплинарного лечения, которое задерживается вследствие недостатка штатных онкологов в структуре неонкологических стационаров, недостаточной связи с онкологами — специалистами по химио- и лучевой терапии.

А. В. Кочетков оценил качество оказания медицинской помощи хирургическим больным. Анализ жалоб и летальных исходов показал, что только в 16,7% качество помощи признано надлежащим на всех этапах диагностики и лечения. Основными направлениями улучшения качества медицинской помощи являются устранение системных дефектов круглосуточной организации помощи, соблюдение протоколов и стандартов диагностики и лечения.

Т. А. Попова (компания «ECOLAB») представила возможности высокотехнологичных методов защиты персонала, пациента и оборудования от инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

В программе круглого стола состоялась оживлённая дискуссия по вопросам оказания помощи, в основном экстренным и онкологическим больным. О. Н. Скрябин сформулировал задачи здравоохранения: ликвидировать очередь больных в онкоучреждениях, улучшить преемственность между онкологами и хирургами, оказывающими экстренную помощь

онкологическим больным (маршрутизацию), обеспечить раннее выявление опухолей за счёт внедрения новых технологий. Деньги, ныне направляемые на адьювантную и неoadьювантную терапию больных III–IV стадии, можно будет направить на развитие этих технологий. На первом месте должен быть лозунг: «Не больной для койки, а койка для больного!». Г.М.Манихас отметил противоречие мнений хирургов и онкологов в вопросе, что лучше — организация специализированных онкологических центров, как это продолжает развиваться в течение многих лет, или специализированных онкологических отделений в составе многопрофильных больниц. Недостаточна организация эндоскопической помощи — она обеспечена только на 25%, практически нет высокодозной терапии. Организация деления города пополам для лечения онкологических больных показала свою нецелесообразность. Нет концепции развития госпитальной базы медицинских учреждений, поэтому не хватает специализированных онко- и нефрологических коек. Недогружены торакальные отделения. Скрининг больных, страдающих раком молочной железы, показал эффективность адьювантной или неoadьювантной терапии. А.П.Карицкий сообщил, что анализ движения потоков больных (маршрутизации) показал, что больные задерживаются не в стационаре, а на стадии амбулаторной помощи. Очередь к онкологу в поликлинике — 3–4 нед. Мы надеемся, что вновь организованный центр обеспечит лучевой диагностикой и терапией весь город, сейчас обеспеченность составляет только 7%. Недостаточно поставлены морфологическая диагностика, иммуногистохимические исследования. А.П.Павловский представил положительные результаты связи ЦНИРРИ и Мариинской больницы в лечении рака поджелудочной железы у 682 больных. Д.А.Гранов констатировал существование «холодной войны» между хирургами и онкологами, недостаточную преемственность в лечении, разработке алгоритмов применения паллиативных анастомозов или стентирований, их последовательности. Во многих больницах нет штатных онкологов. А.Ф.Романчишен указал на явную связь между системой квот и значительным повышением заболеваемости раком щитовидной железы. Определение кальция крови для диагноза болезней парашитовидных желёз стоит 60 руб. Но это исследование не внесено в стандарт диспансерного исследования. Неизвестна статистика результатов лечения болезней щитовидной железы в федеральных учреждениях. В лечении радиоактивным йодом нуждаются только 7% больных. В.М.Седов обсудил трудности осуществления преемственности лечения на расстоянии. Поэтому лечение желательнее проводить в одном месте. С.В.Васильев

остановился на одном из важнейших факторов лечения — ответственности врача. Препятствует этому амбициозность: то хирургов, то онкологов. М.Д.Ханевич подчеркнул необходимость введения в штаты многопрофильных больниц ставок онколога — не обязательно хирурга. А.М.Беляев указал, что нельзя смешивать общесоциальные и медицинские проблемы. Дефицита коек для больных, требующих хирургического лечения, в городе нет. Лучевую терапию получают только 6% больных. О.Р.Мельников осветил проблему первичной помощи онкологическим больным. Развал Союза привёл к развалу онкологической помощи. НИИ онкологии потерял лидирующее место в лечении онкологических больных. Есть томографы, но некому на них работать. Зарплата районного онколога 16 тыс. руб. в месяц, а население — 90 тыс. человек. Первичное звено перегружено. В Невском районе организованы кабинеты ранней диагностики, школы онкомаммологии и онкологии. Только в 2012 г. рак молочной железы диагностирован у 280 больных. А.В.Кочетков пояснил, что в оценку качества лечения входит преемственность. У каждого лечебного учреждения должна быть лицензия на виды медицинской деятельности. Н.А.Майстренко высказал мнение, что сегодняшние проблемы носят системный характер. Провалы в помощи между специалистами зависят от недостаточной подготовки специалистов. Координатор у онкобольных — главный онколог, у хирургических больных — главный хирург. Им нетрудно наладить контакты.

М.П.Королёв (заключение председателя). Больной первоначально попадает к врачу, который становится ответственным за помощь больному. Средства, выделяемые на медицину, огромны, они должны быть рационально использованы. Современная онкология — это и ранняя диагностика, и хирургия, и лучевая и химиотерапия, и организация хосписов. В каждом стационаре должна быть группа, ответственная за полноценную помощь онкологическому больному. 123 лечебных учреждения оказывают экстренную хирургическую помощь, и они должны быть связаны с онкологической сетью. В крупных стационарах должны быть онкологи. Главный результат конференции — раскрытие проблемы и попытка повлиять на совершенствование организации помощи хирургическим и онкологическим больным. Победить мы можем только вместе с присущей врачам Санкт-Петербурга интеллигентностью и ответственностью за судьбу наших пациентов. Только совместными усилиями врачей различных специальностей, консолидируя наши усилия, мы сможем значительно улучшить результаты лечения онкологических больных.

Поступила в редакцию 11.12.2013 г.