Источник: "Медицинский вестник" - 2018-11-15

В авангарде новых проектов

Шестнадцатый съезд хирургов Беларуси, который проходил на базе ГрГМУ, вызвал большой интерес не только у белорусских хирургов, но и у зарубежных специалистов. По словам организаторов, сюда прибыло участников почти вдвое больше, чем ожидали. В рамках съезда состоялась Республиканская научно-практическая конференция «Хирургия Беларуси на современном этапе».

— Этот форум, где присутствует весь цвет хирургии, ученые и практические врачи не только из Беларуси, но и из ближнего и дальнего зарубежья, можно считать стратегическим, — отметил в приветственном слове первый заместитель министра здравоохранения Дмитрий Пиневич. — Самый главный ресурс — это хирургические кадры.

Непрерывная последипломная подготовка — важнейшее направление развития прежде всего хирургической службы, которая должна стать во главе новых масштабных проектов, проводимых в системе здравоохранения.

Безусловно, за последние годы сделано немало. Мы провели серьезную реорганизацию хирургической службы, ее модернизацию, которую продолжаем и сегодня. Виды медпомощи достаточно гармонично развиваются по всем уровням — и на амбулаторном этапе, и на стационарном. Новые технологии получили активное развитие в регионах. На базе ведущих клиник страны организованы 29 специализированных республиканских центров, роль которых особенно значима в тех регионах, которые являются университетскими. Важнейшую роль в сохранении лучших традиций отечественной хирургической службы, развитии медицинской науки, внедрении современных хирургических технологий играют белорусские хирургические школы, созданные талантливыми хирургами Тимофеем Гнилорыбовым, Петром Масловым, Иваном Стельмашонком, Александром Шоттом и другими. Взяв на вооружение опыт и мастерство старших коллег-хирургов, в стране организовываются новые школы, которые используют лучшие достижения зарубежной и отечественной медицины и науки. Сегодня во всем мире известны достижения белорусских трансплантологов, онкологов, нейрохирургов. Этому способствовало и становление отечественной школы анестезиологов-реаниматологов, которая стала своеобразной образовательной площадкой для врачей-специалистов всех хирургических специальностей.

В хирургии широко применяются малоинвазивные технологии лечения, внедряются современные методы вмешательств, в т. ч. уникальные операции мирового уровня. Однако съезд — повод не только поговорить о научных и практических достижениях, но и оценить сильные и слабые стороны отечественной хирургии, определить пути совершенствования службы, ее экономической модели.

— Для нас это очень важное событие, — отметил ректор ГрГМУ, член-корреспондент НАН Беларуси Виктор Снежицкий. — Ежегодно выпускаем 50 хирургов и примерно столько же анестезиологов. Работают три кафедры хирургии. Опытный профессорско-преподавательский состав, прекрасные клинические базы позволяют готовить профессионалов высокого уровня.

Хирургическая служба: пути совершенствования

Олег Руммо,
директор Минского НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии, член-корреспондент НАН Беларуси, главный внештатный трансплантолог Минздрава:

— На сегодняшний день в хирургической службе трудится более 12 тысяч специалистов. 65 хирургов в Беларуси имеют ученую степень доктора медицинских наук, более 225 — кандидата. В течение последних десятилетий нам удалось сохранить достаточно высокий коечный фонд. Этот показатель выше, чем в России, Украине, Польше, Германии. По количеству хирургических коек на 10 тысяч населения лидирует Витебщина, столичный регион уступает более чем в 2 раза. Но именно в Витебской области хирургическая активность находится на недопустимо низком уровне (всего лишь 40 %).

За последние годы отличных успехов удалось достичь в органной трансплантологии: количество трансплантаций органов в республике выросло более чем в 60 раз! Наша страна вошла в топ-10 самых развитых стран по количеству эффективных доноров. Белорусская трансплантология стала локомотивом развития отечественной медицины. Заслуги хирургов РНПЦ «Кардиология» и РНПЦ трансплантации органов и тканей были отмечены Государственной премией РБ в области науки и техники за разработку и внедрение технологий трасплантации органов у детей и взрослых.

Активно развивается лапароскопическая хирургия — эти технологии стали обыденными и в межрайонных хирургических центрах. Растет количество малоинвазивных вмешательств, операций под УЗ-контролем, оперативных вмешательств с использованием лазерных технологий.

За последние несколько лет на базе Детского хирургического центра Минска создан РНПЦ детской хирургии, который взял на себя роль научно-методического центра. С открытием нового комплекса Республиканского клинического медцентра Управления делами Президента Республики Беларусь действует центр роботизированной хирургии. Появилось достаточно мощное и активно развивающееся направление — бариатрическая хирургия.

Важно разработать новую концепцию развития хирургической службы республики в тесном сотрудничестве Белорусской ассоциации хирургов, Минского НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии, проанализировать ситуацию, которая сложилась в республике. Съезд является именно той площадкой, где можно не только обсудить наболевшие моменты, но и выработать нужные решения.

Перспективы сердечно-сосудистой хирургии

Юрий Островский,
заведующий лабораторией хирургии сердца РНПЦ «Кардиология», академик НАН Беларуси:

— Сердечно-сосудистые заболевания по-прежнему доминирующая причина смертности, и не только в нашей стране. Кардиохирургия внесла вклад в развитие методов лечения, особенно в терминальной стадии. В 2017 году проведено 16 тысяч оперативных вмешательств (в т. ч. на открытом сердце, эндоваскулярных), более 80 % операций выполняется в регионах. Но все еще высока смертность при расслаивающихся аневризмах грудной аорты (50 % пациентов, если им не оказана своевременная медицинская помощь, умирают в течение 48 часов). Имплантация электрокардиостимуляторов пациентам с нарушением сердечного ритма — простейшая хирургическая манипуляция с минимальной летальностью, но и эту помощь получают только 64 % нуждающихся.

Трансплантация сердца, которая впервые была проведена 10 лет назад, — единственный радикальный способ лечения терминальных форм сердечной недостаточности. Если до 2009 года все эти пациенты умирали, единицы попадали на лечение за рубеж, то сейчас эта проблема решается у нас.

Нам пришлось пройти трудный путь по созданию достойной материально-технической базы, но по подготовке специалистов пока еще остаемся на прежнем уровне. Кардиохирургов нужно готовить не два года в ординатуре и тем более не на четырехмесячных курсах первичной последипломной специализации, а как минимум четыре года.

Современные направления неотложной абдоминальной хирургии

Владимир Хрыщанович,
проректор по научной работе, профессор 2-й кафедры хирургических болезней БГМУ, доктор мед. наук, доцент:

— Среди выполняемых экстренных операций по-прежнему лидируют острый аппендицит и холецистит. Все еще на высоком уровне количество хирургических вмешательств по поводу ущемленной грыжи, прободной язвы, острого холецистита, то есть осложнений тех заболеваний, которые могут быть излечены в плановом порядке.

В большинстве стран являются стандартами широкое внедрение новых методов визуализации, расширение их доступности, использование прогностических шкал, что не всегда требует больших финансовых затрат.

В диагностике и лечении острого аппендицита разрабатываются и уже применяются инновационные технологии. Лапароскопическая аппендэктомия у взрослых имеет меньшее число раневых осложнений, сокращает длительность пребывания в стационаре. Пока вызывает определенные сомнения целесообразность широкого внедрения SILS-аппендэктомии, поскольку из преимуществ отмечается только ее косметический эффект. Совершенно новый подход к лечению острого аппендицита — эндолюминальную инвертированную аппендэктомию — предложили в прошлом году бразильские эндоскописты. В последние годы появляется все большее количество сообщений о возможности консервативного (антибиотического) лечения острого неосложненного аппендицита.

С появлением ингибиторов протонной помпы подходы к лечению перфоративной язвы претерпели существенные изменения. Современный тренд — минимально инвазивная лапароскопическая хирургия. Абсолютно новые направления — эндоскопическое клипирование или стентирование, использование биодеградируемых материалов, стволовых клеток для ускорения репарации.

Одной из наиболее опасных ситуаций в экстренной хирургии остается массивное желудочно-кишечное кровотечение, которое ведет к развитию геморрагического шока с высокой вероятностью летального исхода у пациентов с коморбидной патологией. Повторное кровотечение в стационаре после эндоскопического гемостаза развивается более чем в 20 % случаев, летальность может достигать 10 %. Обычно это требует экстренного оперативного пособия, что приводит, однако, к большому числу осложнений и сопровождается летальным исходом более чем у 40 % пациентов. Перспективным в этом направлении видится более широкое применение рентгенэндоваскулярных методов гемостаза с меньшей травматичностью, хорошим косметическим эффектом.

Одним из возможных вариантов лечения опухолевой кишечной непроходимости у пациентов с высоким анестезиологическим риском может быть стентирование места обструкции самораспрямляющимся стентом, что позволяет уменьшить общее число осложнений по сравнению с экстренным хирургическим вмешательством.

К сожалению, профилактическая работа находится на низком уровне, о чем говорит большое количество пациентов с опухолевой кишечной непроходимостью, ущемленной грыжей, осложнениями желчнокаменной болезни.

Протоколы оказания помощи следует пересматривать каждые 3–5 лет или чаще в связи с появлением новых статистически достоверных данных.

Все рекомендации должны иметь степень доказательности и альтернативу, быть доступными для различных уровней оказания помощи, в то же время не должны ограничивать клиническое мышление врача.

Геннадий Кондратенко,
заведующий 1-й кафедрой хирургии БГМУ, председатель Белорусской ассоциации хирургов, доктор мед. наук, профессор:

«За последние годы хирургия страны добилась значительных успехов. Вместе с тем молодые хирурги, превосходно владея малоинвазивными лапароскопическими методиками, в сложных ситуациях испытывают затруднения при выполнении открытых вмешательств. Важно устранить эту диспропорцию в подготовке хирургов.

Юрий Слободин,
заместитель главного врача по хирургии РКМЦ Управления делами Президента Республики Беларусь, кандидат мед. наук:

«В центре установлена роботизированная платформа производства США, отличающаяся от робота да Винчи. Чтобы на ней работать, мы прошли обучение в Милане, включающее практический курс с операциями на животных. Совместно с итальянскими хирургами выполняли холецистэктомию, резекцию желудка, операции на органах малого таза и т. д. Наши гинекологи уже освоили эту систему при выполнении резекции яичников, ампутации матки и др.
Мы также внедрили ее в колоректальную хирургию, выполнив более 10 операций при раке ободочной прямой кишки. Начинаем осваивать хирургию печени.

Амбулаторная хирургическая помощь: рациональный алгоритм мероприятий

Сергей Шахрай,
профессор кафедры неотложной хирургии (курс амбулаторной и малоинвазивной хирургии) БелМАПО:

— Сегодня амбулаторная и стационарзамещающая хирургия — единый комплекс мероприятий. Это рациональный алгоритм диагностических и лечебных мероприятий, послеоперационной реабилитации (направлен на максимальное сокращение пребывания в стационаре, то есть на получение реального экономического эффекта с сохранением медицинской и социальной эффективности лечебного процесса). Для организации стационарозамещающей хирургической помощи необходимо создание условий начиная с законодательной базы, кадровой и технологической платформы.

У нас хорошо развито амбулаторное лечение хирургических пациентов, в том числе в дневных стационарах и стационарах с краткосрочным пребыванием. Интенсивно развивается негосударственная форма поликлинической хирургии, расширены полномочия врачей общей практики в амбулаториях. Существует нормативная база, позволяющая эффективно оказывать такую помощь. К сожалению, на сегодняшний день нет четкого определения, что можно делать только амбулаторно, а что — стационарно, это позволяет занимать хирургические койки потенциально амбулаторными больными. Важно при разработке клинических протоколов по специализированной хирургической помощи учитывать и амбулаторный этап.

Кадровая политика позволяет полностью выполнять задачи амбулаторной поликлинической службы: по отдельным регионам укомплектованность хирургами 90 %. За 2017 год в среднем по республике она составила 87 %. В некоторых регионах отмечается высокая текучесть кадров, особенно в Минске. Больше 70 % уволившихся хирургов — молодые специалисты, отработавшие два года после распределения. Основная мотивация — материальная неудовлетворенность. Важно обратить внимание на высокие нагрузки амбулаторного хирурга. В среднем по республике на одного пациента у врача остается 7 минут для амбулаторного приема. Этого, на мой взгляд, недостаточно.

В крупных городах активно развивается хирургическая амбулаторная помощь в учреждениях частной формы собственности. В 2016–2017 годах мы проводили мониторинг восьми крупных центров. Только в Минске количество амбулаторных операций по отдельным нозологическим группам, выполненных на их территории, составляет не менее 30 % от общего числа по городу (доброкачественные заболевания кожи, варикозная болезнь, проктологические заболевании и т. д.). Амбулаторные учреждения государственной формы собственности не в полном объеме используют свой потенциал.

Вызывает озабоченность крайне низкая эффективность лечения пациентов хирургического профиля с заболеваниями артерий нижних конечностей в дневных стационарах поликлиник: качественный состав терапии должен быть скорригирован. Мы должны уходить от этого стереотипа лечения.

Есть и позитивные моменты: значительный прогресс в ранней диагностике пациентов с заболеваниями сосудов, доступности УЗ-обследования и т. д. Во всех регионах функционируют хирургические центры краткосрочного пребывания. Ежегодно в республике получают консультативную помощь 60 тысяч пациентов.

с. 11

В авангарде новых проектов

с. 5

Точки роста гепатопанкреатобилиарной хирургии

Алексей Щерба,
заместитель директора Минского НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии, кандидат мед. наук:

— Основные точки роста хирургии печени — сосудистая изоляция, резекция и реконструкция, адаптированный к патологии характер резекции паренхимы и лапароскопические технологии. В нашем центре выполняются сосудистая резекция и реконструкция любой сложности. Несмотря на то что технически можно решить многие задачи, основной проблемой остается пострезекционная печеночная недостаточность. Существует несколько подходов для прогнозирования данного осложнения. В последнее время появляются аппаратные методы, помогающие клиницисту (Limax, Limon, МРТ с гепатотропным контрастом и динамическая сцинтиграфия).

Существуют хирургические стратегии предупреждения пострезекционной печеночной недостаточности — эмболизация правой ветви воротной вены, двухэтапные и ALPPS-резекции. Накоплен опыт консервативного лечения разрывов печени при HELLP-синдроме у родильниц.

В хирургии поджелудочной железы основными стандартами являются адаптированная к КТ-паттернам лечебная тактика при хроническом панкреатите, агрессивное лечение рака головки поджелудочной железы и выполнение операции после лучевой и химиотерапии при погранично-резектабельных опухолях.

В хирургии печеночных желчных протоков основными проблемами остаются предупреждение и коррекция повреждений, частота которых по объективным причинам в мире составляет до 0,3 % (3 случая на тысячу холецистэктомий).

Полифония профессионализма

На 16-м съезде хирургов работали 9 секций, где обсуждались актуальные вопросы практической работы. Были представлены десятки докладов по неотложной, гепатопанкреатобилиарной, бариатрической хирургии, колопроктологии, трансплантологии, инновационным лечебным и диагностическим технологиям.
Корреспонденты «МВ» побывали на одной из секций «Торакальная хирургия: достижения и перспективы».
На секции были представлены 13 докладов. Сообщение доктора мед. наук, профессора Александра Воробья «Гиперваскуляризация трансплантата для выполнения толстокишечной практики при стриктурах пищевода» было представлено в интересном историческом ракурсе.

Заведующий торакальным отделением Минского НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии **Сергей Еськов** рассказал о первом в нашей республике случае хирургического лечения пациента с плацентоидной трансформацией легкого.

В сообщениях выступающих были озвучены впечатляющие результаты реконструктивной эзофагопластики при хирургическом лечении карцином пищевода и пищеводно-желудочного перехода, хирургического лечения ахалазии кардии, органосберегающих операций в торакальной хирургии с применением сосудистых аллографтов.

С докладом «Хирургическая тактика лечения пищевода Барретта» выступил заведующий хирургическим отделением 6-й ГКБ Минска, профессор кафедры военно-полевой хирургии БГМУ, доктор мед. наук **Николай Сивец** *(на снимке – слева)*.

— Наша тема — из повседневной работы, — отметил он. — В последнее время все чаще сталкиваемся с этим заболеванием. Среди обратившихся по поводу беспокоящей изжоги пациентов в 10 % случаев выявляется пищевод Барретта.

Мы выполнили анализ историй болезни 162 пациентов, оперированных в 6-й ГКБ Минска по поводу грыж пищеводного отверстия с 2009 по 2017 год. У 12 (7,4 %) был выявлен пищевод Барретта. Это серьезное осложнение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, которое определяется в качестве основного фактора, приводящего к развитию рака пищевода. Неэффективность медикаментозной терапии, клиническое проявление рефлюксной болезни стали показанием к хирургическому лечению. Все пациенты с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, в т. ч с пищеводом Барретта, прооперированы лапароскопически. При этом у пациентов с пищеводом Барретта применялась комбинированная методика лечения, разработанная в клинике. Отдаленные результаты применения данной методики позволяют говорить о безрецидивном лечении и хорошем качестве жизни без приема ингибиторов протонной помпы.

Большой резонанс на секции «Неотложная хирургия органов брюшной полости: проблемы и достижения» вызвало сообщение заместителя главного врача по медчасти Браславской ЦРБ кандидата мед. наук **Евгения Матусевича** «Реновация оказания хирургической помощи на районном уровне».

Присутствующие с интересом ознакомились со стендовыми докладами, которые были представлены на съезде.

Мнение гостей

Николай Галей, заведующий отделением малоинвазивной хирургии Луцкой областной клинической больницы (Украина):

«Я первый раз на таком форуме в Беларуси. Теплый прием, прекрасная подготовка, много интересных сообщений. У нас примерно одинаковые проблемы, особенно с организацией медпомощи. Было любопытно узнать, как они решаются в Беларуси.

Юрий Лукашевич,
профессор кафедры общей хирургии и эндокринологии 1-й клиники Белостоцкого медицинского университета (Польша):

«Последние 15 лет работаю в Белостоцком медуниверситете. Мы тесно взаимодействуем с гродненскими коллегами. Прошло уже 17 научных заседаний в рамках белорусско-польских дней, где мы обменивались опытом, общались с хирургами Петром Гореликом, Николаем Ботвинковым, Владимиром Колоцеем, Ольгой Дубровщик и другими. Вместе со мной на съезд прибыли заведующий кафедрой общей хирургии Белостоцкого медуниверситета Яцек Дадан, который сделал сообщение о хирургическом лечении ожирения. А хирург Кшиштоф Грабовский, специализирующийся на раке желудка, поделился опытом лечения кровотечений ЖКТ.

Паулас Градаускас,
заведующий отделением торакальной хирургии университетской клиники Вильнюсского медуниверситета (Литва):

«Приезжаю сюда уже не первый раз, был и на 15-м съезде, который проходил в Бресте. Эти встречи для нас очень полезны. Поскольку в Беларуси в 5 раз больше населения, то и интересных случаев из практики больше. Белорусские хирурги также приезжают в Литву за опытом: каждому из нас есть чем поделиться и чему поучиться.

Светлана Хорсун, «МВ».
Фото Сергея Мицевича, «МВ».