

РЕЗОЛЮЦИЯ XIII Съезда хирургов Республики Беларусь (Гомель 28-29 сентября 2006г.)

28-29 сентября 2006г. на базе Гомельского государственного медицинского университета проходил XIII съезд хирургов Республики Беларусь «Проблемы хирургии в современных условиях». Было заслушано более 100 докладов на актуальные темы и представлено более 70 стендовых докладов.

Основные обсуждаемые проблемы касались заболеваний поджелудочной железы (острый и хронический панкреатит), оказание помощи пострадавшим с сочетанной травмой, профилактика тромбоэмболий, неотложной хирургии в детской практике, торакальной хирургии и хирургии пищевода, поликлинической хирургической помощи, хирургии сосудов и др.

По обсуждаемым проблемам принята резолюция.

В настоящее время решение стоящих перед здравоохранением задач в целом и перед хирургической службой в частности, осуществляется в принципиально новой обстановке, т.е. идет процесс реформирования и реструктуризации здравоохранения.

В современных условиях меняются устоявшиеся представления о принципах хирургической службы, путях обеспечения потребности в хирургической помощи. Меняется структура хирургических заболеваний, появляются новые, подчас трудно диагностируемые заболевания. Рост наркомании, алкоголизма, ВИЧ-инфекции ставят перед хирургами ряд новых задач. Значительное место в организации хирургической помощи занимала и занимает наиболее дорогостоящая стационарная помощь, на которую тратится до 65 % и более финансовых средств. Недооценивается роль первичной медицинской помощи населению, имеющей целью профилактику, раннее обнаружение и своевременное лечение. Увеличилось число лиц пожилого и старческого возраста, нуждающихся в оперативном вмешательстве. Вследствие этого, гериатрическая служба получает дальнейшее развитие, что выдвигает перед хирургией ряд новых проблем.

Рассматривая операции у людей пожилого и старческого возраста, важно подчеркнуть, что они должны выполняться на высоком профессиональном уровне.

При хирургическом лечении больных необходимо учитывать гериатрические особенности фармакологии, соблюдая осторожность в применении медикаментов. Следует обратить внимание на дальнейшее расширение круга учебных вопросов по основам гериатрической хирургии, изучаемой студентами и врачами.

Немаловажное значение имеют подбор и расстановка кадров, уровень их подготовки.

В 2003-2006 гг. в республике проведена определенная работа по улучшению организации хирургической службы, что способствовало снижению летальности при хирургических заболеваниях.

Значительно возросла обеспеченность населения хирургической стационарной помощью. Следует отметить, что сегодня во всех областях хирургии наблюдается прогресс, снижение риска операций, улучшение их непосредственных и отдаленных результатов.

Совершенствование методов лечения, внедрение в хирургическую практику лазера, ультразвука, операционного микроскопа, малоинвазивных технологий сыграли существенную роль в развитии многих направлений: панкреатологии, гепатологии и др.

Развитие хирургии желчных путей выдвинуло на передний план современные лечебно-диагностические методики-интраоперационную холангиографию и панкреатографию, спленопортографию, холедохоскопию и др. На вооружение хирургов, занимающихся патологией печени, поджелудочной железы и внепеченочных желчных путей, приняты скенирование печени, пункционная чрескожная холангиография, целиакография, пункционная биопсия печени и поджелудочной железы с использованием возможностей экспресс-лабораторий.

В последние годы в республике и за рубежом увеличилось количество больных острым панкреатитом. Отмечается заметный рост больных, поступающих после 24 часов с момента заболевания. Резко возросло число больных, страдающих различными видами хронического панкреатита и холецистопанкреатита. Исследованиями установлено, что первопричинами хронического панкреатита в большинстве случаев являются желчнокаменная болезнь и холедохолитиаз. Обнаружено также, что нередко развитию этого заболевания способствуют гипотонические состояния двенадцатиперстной кишки, стриктуры Фатерова соска или его недостаточность. Разработка новых методов диагностики заболеваний панкреатодуоденальной зоны привела к совершенствованию операций при этом заболевании. Однако имеют место существенные недостатки в выполнении рекомендаций консервативных методов лечения, что ведет к тяжелым осложнениям и вынужденным многократным хирургическим вмешательствам.

За последние годы внедрены новые операции при заболеваниях билиарной системы, органах брюшинного пространства, ранее не выполняемых в республике. Операции, выполняемые с помощью оптической системы (лапароскопические холецистэктомии, торакоскопии, грыжесечения и др.), сократили сроки пребывания больных в стационаре на 50 %.

Для улучшения качества диагностики и лечения при областных больницах и в крупных городах созданы диагностические центры, где налажен отбор больных для стационара и поликлинического лечения. Однако не всегда они выполняют свои функции, отмечается формализм, низкий уровень диагностики из-за отсутствия технической оснащенности и специалистов. Часто имеет место дублирование в обследовании при поступлении больного в стационар.

Наметилась тенденция к росту больных с нагноительными процессами в послеоперационном периоде и другими осложнениями (пневмонии, нагноительные заболевания легких и тромбэмболии). Выросло количество больных с осложненными формами облитерирующих заболеваний нижних конечностей и сахарным диабетом (флегмона, гангрена). Процент летальности при данном виде осложнений высок (6-10 %).

Для выделения возбудителей требуется специальное оборудование, которое во многих лечебных учреждениях отсутствует.

Несмотря на то, что проводится работа по санитарно-гигиеническому воспитанию населения по вопросам острых хирургических заболеваний и закрытых травм органов брюшной полости, процент запущенных случаев растет.

Опыт показывает, что не везде строго выполняются приказы и рекомендации органов здравоохранения, научно-практических обществ хирургов по проблеме госпитализации и лечения больных острым холециститом и панкреатитом, гнойно-септическими осложнениями и травмами.

Пленум подчеркивает, что больных острым холециститом и панкреатитом необходимо госпитализировать в специализированные хирургические стационары.

Больные с острым холециститом, поступившие на стационарное лечение, должны быть подвергнуты тщательному клиническому обследованию: анализы крови и мочи, диастаза мочи, сахар крови, билирубин и его фракции, аминотрансферазы и др. Из инструментальных методов-УЗИ гепатобилиарной системы, ФГДС, ЭКГ, по показаниям рентгеноскопия легких. В сомнительных случаях, когда нельзя исключить другие заболевания, для уточнения диагноза-лапароскопия с диагностической целью. В определении тактики лечения большое значение имеет и диагностика осложнений острого холецистита (холангит, механическая желтуха, перитонит и др.). Следует считать оправданной тактику дифференцированного подхода к лечению острого холецистита. Экстренному оперативному лечению подлежат больные с желчным перитонитом или деструктивным холециститом после кратковременной (2-3 часа) предоперационной подготовки. Больным другими формами холецистита назначается консервативное лечение: спазмолитики, паранефральная новокаиновая блокада, десенсибилизирующая, антибактериальная, детоксикационная терапия. Продолжительность консервативной терапии 12-24 часа, при отсутствии эффекта-срочная операция. При купировании острого воспалительного процесса больные подлежат тщательному клиническому обследованию и при наличии показаний их нужно оперировать в холодном периоде.

При госпитализации больных острым панкреатитом должны быть срочно выполнены все необходимые лабораторные и биохимические исследования. Из специальных методов исследования-обзорная рентгенография органов грудной и брюшной полостей, фиброгастроуденоскопия, УЗИ, при необходимости-КТ и лапароскопия.

В комплекс лечебных мероприятий в обязательном порядке должны быть включены:

- купирование болевого синдрома и спазма сфинктеров протоковой системы;
- паранефральная новокаиновая блокада по А.В. Вишневскому;
- инфузионная терапия;
- переливание полиглюкин-новокаин-антиферментной смеси;
- форсированный диурез;
- введение белковых препаратов;
- подавление внешнесекреторной активности поджелудочной железы;
- введение соматостатина (сандостатина), деларгина;
- детоксикационная терапия;
- антибактериальная терапия.

При разлитом ферментативном перитоните-лапароскопическое санация и дренирование брюшной полости с введением антибактериальных препаратов.

При деструктивных формах панкреатита операцией выбора является лапаротомия, санация гнойных полостей, секвестрэктомия, панкреатэктомия, с дренированием брюшной полости и при необходимости забрюшинного пространства.

Консервативная терапия на всех этапах лечения должна быть направлена на профилактику водно-электролитных нарушений, печеночно-почечной недостаточности, гемодинамических, респираторных нарушений, перитонита и энцефалопатии.

Все больные хроническим панкреатитом должны быть детально обследованы, после чего решается вопрос о необходимости хирургического лечения. Больные с

первично хроническим панкреатитом, при наличии свищей, кист, дуоденальной непроходимости, выраженным болевым синдромом и др. подлежат госпитализации в специализированные хирургические стационары.

Несмотря на постоянно увеличивающийся арсенал средств и технологий антибактериальной терапии, ее результаты в хирургической практике далеки от удовлетворительных. Это касается как применения антибиотиков для лечения различных гнойно-воспалительных хирургических процессов, так и эффекта назначения антибиотиков с целью профилактики инфекционных осложнений.

На протяжении всей истории хирургии инфекция была ее постоянным спутником. При этом параллельно с совершенствованием хирургической техники изменяется клиническая картина инфекционных осложнений и чувствительность возбудителей к антибактериальным препаратам.

Съезд считает, что всем больным, поступающим на стационарное лечение с гнойно-септическими заболеваниями должна исследоваться микрофлора из гнойного очага, а при наличии температурной реакции – посев крови. Антибактериальная терапия должна быть адекватной, в комплекс лечения необходимо включать противовоспалительные препараты, физиотерапевтическое лечение и иммунокоррекцию.

Съезд считает, что перед хирургической службой стоят серьезные задачи и для их решения необходимы:

- укрепление материально-технической базы стационаров и поликлиник;
- наладить своевременную госпитализацию больных с острым холециститом и панкреатитом;
- при областных и крупных городских больницах выделить специализированные койки для лечения больных острым и хроническим панкреатитом;
- о всех больных с осложненными формами острого и хронического панкреатита сообщать в Республиканский центр хирургической панкреатологии для определения дальнейшей лечебной тактики;
- все реконструктивные операции на поджелудочной железе при хроническом панкреатите должны выполняться в Республиканском центре хирургической панкреатологии;
- снизить летальность при острых хирургических заболеваниях за счет сокращения сроков поздней госпитализации, повышения квалификации врачей поликлиник, приемных отделений и стационаров, внедрение новых диагностических методов исследования;
- сократить сроки пребывания больных в стационаре за счет широкого внедрения технических и лабораторных методов исследования, физиотерапевтических методов лечения;
- уменьшить процент осложнений в до- и послеоперационном периоде за счет улучшения хирургической техники и своевременной профилактики;
- наладить четкую диспансеризацию больных с целью снижения временной нетрудоспособности и первичного выхода на инвалидность;
- наладить надлежащую преемственность между терапевтами и хирургами поликлиник и стационаров;
- повысить качество диагностики и лечения больных с тяжелой патологией пищевода, желчных путей, средостения, поджелудочной железы, заболеваний сердца и сосудов.

В легочной хирургии достигнут значительный прогресс. Он наблюдается как в научной разработке ряда важных вопросов, так и в практической хирургии. Операции на легких и плевре при гнойных заболеваниях широко проводятся во всех крупных городах. Разработаны и внедрены в клиническую практику восстановительные и реконструктивные операции. Однако имеют место существенные недостатки. Не налажен должный контакт и преемственность между терапевтами и хирургами. Отсутствие бронхологических кабинетов в большинстве терапевтических отделений приводит к необходимости госпитализации в хирургические отделения многих больных, которые нуждаются в диагностической и санационной бронхоскопии и консервативном лечении. В связи с этим хирургические койки часто используются нерационально. Слабо налажена амбулаторная диагностика легочных заболеваний. Съезд рекомендует:

-Обсудить совместно с Республиканской ассоциацией терапевтов вопросы диагностики и лечения острых и хронических неспецифических воспалительно-гнойных заболеваний легких с учетом изменений, которые произошли в течении этих заболеваний за последние годы.

-Усилить научную разработку и улучшить организацию специализированной помощи при травмах дыхательных путей, легких и их последствиях, считаясь с увеличением количества и большой тяжестью этих повреждений.

Существенные изменения произошли за последние годы в области детской хирургии, где созданы условия, способствующие снижению летальности детей при заболеваниях не только хирургического, но и инфекционно-терапевтического характера.

Большая работа проведена по последипломному усовершенствованию детских хирургов и пограничных специалистов.

Съезд считает правильной ориентацию детских хирургов на дальнейшую дифференциацию своей специальности в рамках крупных республиканских и областных центров (хирургия новорожденных, пороков развития, сердечнососудистая, гнойная и др.) при условии сохранения высокой квалификации детского хирурга общего профиля, способного оказать помощь детям любого возраста в неотложных ситуациях.

Среди недостатков в области детской хирургии существенным является отставание амбулаторно-поликлинической службы. Нередки случаи запоздалой госпитализации детей с острыми хирургическими заболеваниями, новорожденных с пороками развития. Не всегда вовремя распознаются послеоперационные осложнения. Уровень детского травматизма не имеет тенденции к снижению.

Съезд рекомендует:

-Особое внимание уделять усовершенствованию в области детской хирургии не только специалистов, но и общих хирургов, особенно в ЦРБ.

-Направить научные исследования на наиболее актуальные вопросы детской хирургии (хирургическая инфекция, хирургия новорожденных, торакальная хирургия, диагностика и лечение неотложных состояний при хирургических заболеваниях у детей).

За последние годы заметные сдвиги произошли в области клинической и экспериментальной микрохирургии. Накоплен клинический опыт реплантации и аутотрансплантации кисти и пальцев, на кровеносных сосудах, кожной пластике и др.

В связи с этим съезд рекомендует:

-Просить Минздрав Республики Беларусь рассмотреть вопрос о дальнейшем развертывании сети микрохирургических отделений, оснащенных всем необходимым микрохирургическим инструментарием, атравматическими иглами и т.д.

-Просить БелМАПО организовать подготовку специалистов по микрохирургии

-Президиуму БАХ рассмотреть наиболее важные вопросы дальнейшего развития исследований по микрохирургии в различных областях сосудистой патологии, пластической хирургии и др.

-В связи с заметным ростом количества больных с травмами и заболеваниями органов грудной полости и их осложнениями требует открытия торакальных хирургических отделений во всех областных больницах и гнойно-септического отделения при Республиканском центре торакальной хирургии.

-Увеличение количества больных с торакальной хирургической патологией диктует необходимость внедрения высокотехнологичных лечебно-диагностических методик в Республиканском центре торакальной хирургии с подготовкой на его базе торакальных хирургов для нужд здравоохранения РБ.

-Для улучшения оказания хирургической помощи детям рассмотреть вопрос открытия при Детском хирургическом центре специализированных торакального, колопроктологического и эндоскопического отделений.

-Областным управлениям здравоохранения рассмотреть вопрос открытия межрайонных детских хирургических отделений.

-Повысить эффективность оказания помощи пострадавшим с политравмой на догоспитальном этапе путем организации повышения квалификации врачебного и среднего медицинского персонала на базе БелМАПО и медуниверситетов.

-Организовать и провести республиканскую научно-практическую конференцию по вопросам оказания помощи при политравме с участием хирургов, анестезиологов, травматологов, врачей скорой медицинской помощи.

-Обсудить возможность преподавания вопросов политравмы (диагностики, лечения) в системе до-и последипломного образования.

-Поручить кафедре военно-полевой хирургии военно-медицинского факультета БГМУ усовершенствовать алгоритм диагностики, лечения и прогнозирования пострадавших с политравмой.

-Просить МЗ РБ решить вопрос о создании центра политравмы в каждом областном городе Республики Беларусь.

Несмотря на прогресс медикаментозного лечения заболеваний сердечнососудистой системы, а также изменения многих технологий в хирургическом лечении, количество пациентов с данной патологией не уменьшается. В структуре летальности они прочно занимают первое место.

Не уменьшается количество ишемических инсультов, приводящих к летальности 21-22%, а также глубокой инвалидности (более чем в 30% случаев). Увеличивается количество больных с аневризмами грудной и брюшной аорты, и, что более печально, растет количество больных с критической ишемией нижних конечностей. В нашей республике из расчета на количество населения должно выполняться более 5 тысяч реконструкций на периферической артериальной системе и около 5 тысяч на брахиоцефальных артериях.

От 13 до 20% населения республики страдает от таких заболеваний как варикозное расширение подкожных вен нижних конечностей, которое также может

приводить к инвалидности. В связи с этим необходимо:

- Проведение съезда сердечно-сосудистых хирургов Республики Беларусь.

- Организация международной конференции по диагностике и различным вариантам лечения критической ишемии нижних конечностей.

- Проведение симпозиума по реконструктивной хирургии на венозной системе нижних конечностей,

- Создание республиканского флебологического центра.

- Необходимо решать вопрос о создании ангионеврологических отделений для лечения больных с сосудистой мозговой недостаточностью, где будут сосредоточены различные специалисты: сосудистые хирурги, неврологи и нейрохирурги.

Для улучшения медицинской помощи обожженным в Республике Беларусь необходимо:

- Наладить в республике производство контурных стерильных повязок для оказания первой медицинской помощи и лечения обширных ожогов, ран, отморожений.

- Решить вопросы обеспечения спецодеждой и средствами защиты персонала и больных: разовых халатов, масок, шапочек, бахил, одежды для больных, защитных экранов, очков и т.д.

- Включить в перечень показаний для реабилитации в Республиканской больнице «Аксаковщина» взрослых ожоговых реконвалесцентов и перенесших восстановительные операции на суставах, нуждающихся в стационарной консервативной реабилитации.

- Увеличить нормы потребности в перевязочном материале для ожоговых больных в ожоговых отделениях.

- Широко внедрить в практику в г. Минске, областных центрах и крупных городах стационары на дому для лечения обожженных с ограниченными поверхностными неосложненными ожогами, нуждающихся только в постельном режиме и перевязках.

- Для повышения уровня оказания медицинской хирургической помощи в поликлиниках установить систему чередования хирургов поликлиник и стационаров.

- обязать хирургов поликлиник проходить 2-месячные курсы повышения квалификации 1 раз в пять лет при БелМАПО.

- Расширить объем амбулаторных хирургических вмешательств, выполняемых в поликлиниках

- В связи с множественными запросами и выступлениями делегатов съезда о повышении тарифных окладов за выполнение высокотехнологичных и сложных медицинских вмешательств, просить МЗ РБ пересмотреть приказ № 619 от 26.12.05 «О совершенствовании материального стимулирования отдельных категорий врачей».

- Приравнять хирургов-преподавателей высших учебных заведений, имеющих первую и высшую квалификационные категории к хирургам практического здравоохранения по вопросам повышения тарифных окладов.

- Пересмотреть перечень высокотехнологичных и сложных медицинских вмешательств, предусмотренных в приказе № 619.

- Съезд считает обоснованным восстановление термина «Холециститопанкреатит», как самостоятельную нозологическую форму

заболевания. В статистических отчетах о деятельности хирургических стационаров он должен шифроваться отдельной графой. Немаловажное значение имеет подготовка и переподготовка кадров. Подготовку хирургов необходимо проводить путем 2-годичной стажировки и клинической ординатуры через медицинские университеты при крупных лечебных учреждениях, являющихся базами этих университетов. За каждым стажером и клиническим ординатором должен закрепляться один из опытных сотрудников кафедры. По окончании срока обучения стажер и клинический ординатор должны сдавать экзамен по спецдисциплине.

Подготовка узких специалистов должна проводиться из хирургов общего профиля, а переподготовка хирургов не реже 1 раза в пять лет.

Главный хирург Минздрава РБ М.Т. Воевода

Председатель БАХ С.И. Леонович