

Информация о решениях V Всероссийской конференции Ассоциации общих хирургов и Пленумов проблемных комиссий «Неотложная хирургия» и «Инфекция в хирургии» Межведомственного научного совета по хирургии

16-17 октября 2008 г. в г. Ростов-на-Дону состоялся большой научный форум хирургов. Присутствовало более 400 делегатов из разных регионов России, Белоруссии, Украины, в том числе из Горного Алтая, Биробиджана, Ханты-Мансийска, Сургута, Тюмени, Иркутска, Омска, Уфы, Челябинска, Воронежа, Ярославля, Волгограда, Астрахани, Самары, Курска, Перьми, Твери, Смоленска, С.Петербурга, Москвы, Рязани, Н.Новгорода, Витебска, Симферополя, Краснодара, Ставрополя, Ростова-на-Дону, Республик Северного Кавказа и других городов.

На форуме, который по своей сути, можно назвать съездом хирургов были поставлены следующие вопросы:

- 1) Общие вопросы лечения больных язвенной болезнью;
- 2) Тактика лечения больных с язвенными кровотечениями;
- 3) Тактика лечения больных с прободными язвами желудка;
- 4) Инфекция в хирургии;
- 5) Новые технологии в неотложной хирургии;
- 6) Преподавание хирургии.

Было заслушано 70 докладов и 33 выступления в прениях.

Решение по проблеме: «Лечение больных язвенными желудочно-кишечными кровотечениями»

Из докладов и выступлений стало ясно, что хирурги России придерживаются разной тактики лечения больных с язвенными кровотечениями. Для остановки кровотечения широко стали внедряться эндоскопические методы от орошения язвы гемостатиками (эффективность 59%) до клипирования, электрокоагуляции, органоплазменной и лазерной коагуляции, термокоагуляции. Эти методы позволяют остановить кровотечение в 94-97% случаев. Институтом Скорой помощи им. Н.В.Склифосовского (А.С.Ермолов с соавт.) разработан новый метод остановки кровотечения – рентгенохирургический, т.е. селективная катетеризация и эмболизация левой желудочной артерии и её ветвей. Однако данный метод пока

имеет ограниченные возможности: он может быть использован только при локализации источника кровотечения на малой кривизне верхней и средней третей желудка. Вместе с тем, эффективность данного метода составляет 64%.

Участники форума высказались за обязательное определения степени кровопотери и прогнозирование рецидива кровотечения, чем, в основном, и определяется тактика лечения язвенных кровотечений. Кроме известных способов определения степени кровопотери (Альговера, ОЦК и др.), участники форума рекомендовали широко применять классификацию кровотечений по Форресту. В.К.Гостищев считает при этом важными два компонента: 1) прогнозирование рецидива язвенного кровотечения (определение показаний к неотложной операции); 2) объективная оценка тяжести состояния пациента и степени риска операции с количественной оценкой степени кровопотери, величины АРАСНЕ-III, критерия Forrest, характера, размеров и локализации язвы. Это дало возможность выявить угрозу повторного кровотечения в 95,7%.

Участники пришли к выводу: основным способом остановки язвенного кровотечения должен быть эндоскопический – обкалывание, различные виды коагуляции, клипирование. Остановка кровотечения должна сопровождаться *ex vivo* эрадикационной терапией против *Helicobacter pylori*, антисекреторной терапией (ингибиторы протонной помпы в сочетании с H₂ – блокаторами), средствами, защищающими слизистую желудка и двенадцатиперстной кишки, прокинетики и т.д. Для объективной оценки остановки кровотечения рекомендована динамическая эндоскопия. Больных с угрозой повторного кровотечения в ближайшее время рекомендуется оперировать в срочном порядке. Операция должна быть минимальной: иссечение некротических тканей язвы, прошивание и перевязка кровоточащего сосуда, ушивание краёв язвы. Как свидетельствуют работы В.Н.Чернова и соавт., в последующем больные должны быть тщательно обследованы, в т.ч.: кислотопродукция, ошелачивающая функция, реакция вагуса на блокаторы, состояние моторики желудка и двенадцатиперстной кишки,

состояние вегетативной нервной системы. После этого становится ясным, что делать с больными. Одни должны лечиться у терапевта, другим показано оперативное лечение: селективная ваготомия (у 8%) или один из видов резекции желудка. Как показали материалы конференции, восстановление пассажа пищевых масс, по Бильрот I возможно лишь у 8% пациентов из-за патологии желудка и двенадцатиперстной кишки (нарушение моторики, не коррегируемое прокинетики: дивертикулы и др.).

Изменения тактики лечения больных язвенной болезнью, по данным А.С.Ермолова, увеличилось количество язвенных кровотечений в Москве с 2901 больного в 1993 г. до 3493 больных в 2007 г. Вместе с тем, общая летальность снизилась с 12,8% до 6%. Оперативная активность за этот период снизилась с 33,7% до 6,3%, а летальность не оперированных больных за этот период снизилась с 9,5% до 4,7%.

Итак, основные выводы: 1) главное – эндоскопическая остановка кровотечения; 2) динамический эндоскопический контроль за стабильностью остановки кровотечения; 3) при неудаче остановки кровотечения и при угрозе повторного кровотечения – экстренная операция (иссечение некротических тканей, прошивание и перевязка кровоточащего сосуда, ушивание краёв язвы); 4) трёх-четырёх недельный курс противоязвенной терапии в сочетании с эрадикационной терапией против *Helicobacter pylori*; 5) функциональные исследования (ФГДС с исследованием на *Helicobacter pylori*), кислотопродукция, ощелачивающая функция, реакция вагуса на блокаторы, моторика желудка и двенадцатиперстной кишки, состояние вегетативной нервной системы; 6) по результатам исследования принятие решения о дальнейшем лечении: терапевтическое или хирургическое.

Решение по проблеме: «Диагностики и лечения больных с прободными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки»

По поводу тактики у больных с прободными язвами были представлены разные мнения: от простого ушивания язвенного дефекта до резекции 2/3 или 3/4 желудка. Большое внимание было уделено диагностике прободных язв. Было показано, что свободный газ в брюшной полости удаётся выявить при полипозиционном рентгеновском исследовании лишь в 50%. Многие участники высказывали мнение об обязательном эндоскопи-

ческом ФГДС исследовании, что особенно важно у больных без наличия газа в брюшной полости. ФГДС позволяет выявить язвенный дефект, признаки перфорации, кровотечения, зеркальные язвы, стеноз. При отсутствии свободного газа в брюшной полости были рекомендованы инсуффляции воздуха. При этом газ определяется у 91% пациентов. В сложных случаях была рекомендована видеолапароскопия.

Из лечебных мероприятий наиболее приемлемой была определена лапароскопическая операция: ушивание прободной язвы. А.С.Ермолов, В.Н.Чернов и др. считают, что эта операция является операцией выбора, спасающей жизнь больного. Институтом Скорой Помощи им. Н.В.Склифасовского была разработана оригинальная методика лапароскопического ушивания прободной язвы. Были также определены и противопоказания к такого вида вмешательствам: 1) распространённый перитонит; 2) размеры перфорации более 1 см; 3) сочетание перфорации с другими осложнениями язвенной болезни – кровотечением, стенозом, пенетрацией; техническая невозможность выполнить операцию видеолапароскопическим методом. Вместе с тем Ю.М.Панцирев с соавт., считают, что при перфорации ушивание язвы является спасительным методом лечения у больных с «поздним» перитонитом, высокой степенью операционно-анестезиологического риска. Но, по-прежнему, Ю.М.Панцирев считает стволовую ваготомию золотым стандартом при прободных язвах желудка.

Большинство участников отдают предпочтение «спасительной операции»: ушиванию прободной язвы. По данным В.Н.Чернова с соавт. (Ростов-на-Дону), лапароскопическое ушивание выполнено у 73% больных, у 16% - из минидоступа и у 11% больных через лапаротомию. С.И.Филиппову (Омск) удалось ушить язву в 94,2%. С.М.Шкода (Саратов) считает, что в условиях сельской местности простое ушивание прободной язвы является спасением от перитонита. О.Ч.Хаджиев с соавт. (Симферополь), В.П.Сажин (Рязань), Г.В.Пахомова (Москва), П.М.Назаренко (Курск), В.В.Ивашенко (Донецк) и многие другие отдают предпочтение ушиванию прободных язв, в некоторых случаях с сочетанием с другими органосохраняющими операциями.

К сожалению, мало внимания было уделено дальнейшей тактике лечения. Наиболее полно это было представлено в работах В.Н.Чернова и соавт. (Ростов-на-Дону). Прежде всего, это про-

ведение антисекреторной терапии ингибиторами протонной помпы и H_2 блокаторами гистамина, назначение антацидов. Учитывая 80% инвазию у населения России – эрадикационная антихеликобактерная терапия, назначение средств, защищающих слизистую, прокинетики и т.д. Через 1-2 месяца после ушивания и проведения лечения показано полное функциональное исследование желудочно-кишечного тракта: 1) компьютерная рН-метрия с определением кислотопродукции, ощелачивающей функции антрального отдела желудка, реакции вагуса на блокаторы, моторики желудка и двенадцатиперстной кишки, состояние вегетативной нервной системы. Это, по мнению авторов, даёт основание выделить 8-9 групп больных, которых можно объективно разделить на подгруппы:

1) агрессивное течение язвенной болезни - в дальнейшем прогнозируются осложнения. Этим больным показано оперативное лечение с индивидуальным подходом;

2) больные, которые могут лечиться у терапевта, но при наблюдении хирурга – возможны неустойчивые результаты лечения;

3) больные, которые с успехом (без рецидива в течении 5 лет) могут лечиться у терапевта.

Таким образом, стратегия и тактика по лечению больных с прободными гастродуоденальными язвами должна заключаться в следующем: 1) спасение жизнь больного - один из способов ушивания (преимущество у малоинвазивных методов); 2) патогенетическое лечение в течение 1-2 месяцев; 3) полное функциональное исследование желудка, двенадцатиперстной кишки, вегетативной нервной системы; 4) по результатам лечения индивидуальное определение тактики лечения больного; 5) диспансерное наблюдение.

Решение по проблеме: «Хирургическая инфекция»

По проблеме хирургической инфекции был представлен обширный материал. Работы, в основном, касались диагностики и лечения острого деструктивного панкреатита, гнойных осложнений после операций, гнойных заболеваниях мягких тканей и т.д.

Участники конференции коснулись общих принципов лечения ран. Так, было подчеркнуто, что при лечении ран надо обязательно учитывать фазы течения раневого процесса. В настоящее время наиболее принятой считается фазность течения по М.И.Кузину (1977). Также надо учи-

тывать зоны раневого процесса, наличие дремлющей инфекции, сопутствующие раневой болезни процессы, ослабляющие организм человека. Участники конференции считают необходимым применение профилактической антисептики при асептических и первично загрязнённых ранах и лечебной – при гнойных ранах. Изучение патогенеза абдоминальной распространённой инфекции в течение последних 12-ти лет позволило проф. В.Н.Чернову и сотрудникам определить значение симбионтной флоры в течение этой тяжёлой инфекции. Было показано, что кишечник является вторым очагом внедрения инфекции при распространённом абдоминальном инфекционном процессе. Была предложена новая классификация течения перитонита (реактивная стадия, стадия острой энтеральной недостаточности и стадия полиорганной недостаточности /компенсированная и декомпенсированная/), которая получила положительные отзывы у участников конференции. Было также указано на необходимость обязательного исследования одной из шкал оценки степени тяжести больного и, что более важно, степени выраженности эндотоксикоза. В связи с новыми полученными данными, была предложена схема комплексного лечения названных больных, включающая адекватную стартовую антибактериальную терапию (антибиотики широкого спектра действия, в том числе на палочки, кокки, грам-положительные и грам-отрицательные бактерии), назоинтестинальную интубацию с кишечным лаважем, энтеросорбцией и ранним энтеральным зондовым питанием. Показаны интрапортальные инфузии антибактериальных препаратов, гепатопротекторов, антиоксидантов, УФО аутокрови и др.

Решение по проблеме: «Преподавание хирургии»

Традиционным вопросом, обсуждаемым членами Ассоциации общих хирургов Российской Федерации является рассмотрение принципов преподавания хирургии. В этом обсуждении участвуют не только общие хирурги, но и преподаватели других кафедр хирургии, в том числе выпускающих, осуществляющих последипломную подготовку и т.д. 10 лет назад решением I конференции Ассоциации общих хирургов Российской Федерации была утверждена форма обучения и контроля знаний студентов: теоретическая часть в виде тестовых вопросов (компьютерная часть обучения и контроля), практические навыки и

решение ситуационных задач. Сейчас эта система принята многими, но, как отмечали участники конференции, не везде она применяется в полном объёме из-за отсутствия достаточного количества компьютеров, программ, муляжей и т.д. В этот раз участники конференции обсуждали разные аспекты и моменты преподавания, и контроля. Вызвало интерес сообщение И.В.Горбачёвой и соавт. о преподавании иностранным учащимся на английском языке. Далеко не все участники положительно относятся к такому способу препода-

вания приводя достаточно убедительные доводы: 1) преподаватели плохо знают английский язык, а студенты не знают русский; 2) из-за такой ситуации нет контакта студентов и больного, а учить хирургии на муляжах невозможно; 3) ни в одной стране нет такого аналога чтобы, например, для русскоязычных студентов организовывалось преподавание в Оксфорде или другом вузе на русском языке; 4) качество специалиста в этих условиях преподавания не может быть высоким.