

Информация о проведении и решениях VII Всероссийской конференции Ассоциации общих хирургов РФ (с международным участием) совместно с Пленумом проблемных комиссий «Неотложная хирургия» и «Инфекция в хирургии» Межведомственного научного совета по хирургии РАМН и Минздравсоцразвития РФ

17-18 мая 2012 года в г. Красноярске состоялась VII Всероссийская конференция Ассоциации общих хирургов РФ (с международным участием) совместно с Пленумом проблемных комиссий «Неотложная хирургия» и «Инфекция в хирургии» и заседанием центральной учебно-методической комиссии по хирургическим болезням. Присутствовало более 300 делегатов из 33 городов России и Ближнего Зарубежья, включая территорию Европейской части страны: Москвы, Санкт-Петербурга, Петрозаводска, Астрахани, Твери, Ярославля, Нижнего Новгорода, Рязани, Белгорода, Перми, Самары, Кирова, Воронежа, Тамбова; Беларуси: Витебска; Кубани: Ростова-на-Дону, Краснодара; Урала: Сургута, Екатеринбурга, Новокузнецка; республик – Мордовии: Саранска, Башкортостана: Уфы; Сибири, включая Алтайский край (Барнаула), Красноярский и Забайкальский край (Читы), республики Тыва и Хакасия, Иркутскую, Кемеровскую, Новосибирскую, Омскую и Томскую области, а также Дальний Восток (Благовещенск) и Якутию.

На форуме были рассмотрены следующие вопросы:

- Панкреонекроз: вопросы патогенеза, диагностики и лечения
- Современные технологии лечения грыж передней брюшной стенки
- Преподавание хирургии;

Впервые в рамках очередной Всероссийской конференции общих хирургов была организована секция молодых ученых: «Новые технологии в общей хирургии».

Всего было заслушано 64 доклада.

Из докладов и выступлений в прениях на секции «Панкреонекроз: вопросы патогенеза, диагностики и лечения» стало ясно, что проблема острого панкреатита сохраняет свою актуальность, удерживая в большинстве регионов первое-второе место в структуре экстренной абдоминальной хирургической патологии и лидирующие позиции среди причин послеоперационной летальности.

Выступавшие на конференции хирурги были единодушны в том, что прогноз при остром панкреатите напрямую зависит от интенсивности и адекватности лечебно-диагностических мероприятий в ранней фазе заболевания.

Основной диагностической задачей в проблеме острого панкреатита на сегодняшний день следует признать определение объема поражения железы и связанной с этим тяжести состояния больного, сво-

временную верификацию бактериального инфицирования. Наиболее информативными методами, позволяющими оперативно выявить категорию больных с тяжелым панкреатитом, являются анализ показателей интегральных шкал SAPS, APACHE II и III, систем оценки степени органной дисфункции (MODS и SOFA).

Наиболее достоверным методом верификации объема и локализации деструкции в поджелудочной железе и забрюшинном пространстве является компьютерная томография с контрастным усилением. Критерием, позволяющим своевременно установить факт бактериального инфицирования участков панкреонекроза, является прокальцитониновый тест. В практику отдельных учреждений (исследования В.Н.Чернова и соавторов) с успехом внедряются и другие маркеры (миоглобин сыворотки крови).

Основными звеньями ранней консервативной терапии тяжелых форм острого панкреатита, остаются адекватное обезболивание, коррекция гемостаза и водно-электролитных нарушений, детоксикация, подавление секреции поджелудочной железы, профилактика инфицирования, стрессорных язв, иммунокоррекция, компенсация гликемических нарушений, нутритивная поддержка. С целью профилактики инфицирования на этапе стартового воздействия препаратами выбора являются карбапенемы.

Учитывая отмеченный рядом авторов рост этиологической значимости полирезистентной грамположительной микрофлоры в динамике заболевания по результатам антибиотикограммы оправдано применение ванкомицина. Также возможно применение фторхинолонов и цефалоспоринов в сочетании с препаратами метронидазола. Методы экстракорпоральной детоксикации (ультрафильтрация, плазмаферез и др.) наиболее эффективны в случае их превентивного применения до развития полиорганной недостаточности.

Показания к ранним операциям при тяжелом остром панкреатите должны быть крайне ограничены и выполняться при безуспешности борьбы с эндогенной интоксикацией и полиорганной недостаточностью. Основной операцией в ранние сроки заболевания при отсутствии признаков бактериального инфицирования должно явиться лапароскопическое дренирование сальниковой сумки и свободной брюшной полости.

Отношение к острым жидкостным скоплениям должно быть дифференцированным. Активной тактики, предусматривающей тонкоигольную пункцию под ультразвуковым наведением, требуют парапанкреати-

ческие скопления более 5 см в диаметре без тенденции к уменьшению на фоне консервативной терапии. Показанием к дренированию жидкостных скоплений является быстрый темп накопления жидкости с высокой активностью амилазы, что свидетельствует о деструкции протоков поджелудочной железы.

Основным показанием к выполнению операции в поздние сроки заболевания является развитие инфицированного панкреонекроза. Дооперационное определение характера распространения деструкции дает возможность выбора способа хирургической санации. При отграниченных формах инфицированного панкреонекроза (абсцесс, киста) оправдано применение пункционно-дренажных или малоинвазивных методов хирургического лечения. При распространенных формах, а также при отсутствии четких данных о распространенности панкреонекроза целесообразно выполнение срединной лапаротомии с последующим формированием забрюшинных стом (бурсооментостомы, люмбостомы) для повторных санаций.

Методика повторных операций через указанные стомы эффективна при левостороннем и центральном расположении забрюшинных некрозов. При инфицированном панкреонекрозе без тенденции к отграничению целесообразно выполнение традиционных открытых оперативных вмешательств, которые в ряде случаев предполагают этапные санации гнойных очагов.

Частота возникновения острого послеоперационного панкреатита после операций на поджелудочной железе, а также после эндохирургических вмешательств на терминальном отделе общего желчного протока, по данным разных авторов, составляет от 1,9 до 50%. Большинство хирургов рассматривают послеоперационный панкреатит как одну из главных причин летальных исходов в послеоперационном периоде. Послеоперационный панкреанекроз неизбежно приводит к возникновению несостоятельности швов анастомозов при панкреатодуоденальных резекциях и резекциях головки поджелудочной железы, формированию панкреатических свищей при дистальных резекциях.

Исследованиями Института хирургии им. А.В. Вишневского отмечено, что при исходно мало измененной паренхиме поджелудочной железы вероятность возникновения острого послеоперационного панкреатита достигает 77,4%, в то время как при склеротических изменениях в органе – лишь 11,8%. Эффективность интраоперационного превентивного подавления панкреатической секреции октреотидом остается дискуссионной.

Основными звеньями улучшения результатов профилактики постинтервенционного острого панкреатита следует признать максимально бережное интраоперационное отношение к паренхиме органа путем совершенствования техники вмешательства, выявление факторов риска ретродуоденальной перфорации при эндоскопическом воздействии.

Участники конференции, отмечая большие трудности в диагностике особенностей течения острого панкреатита, особенно в случае развития деструктивного и инфекционного процесса, а также сложности в проведении лечебных мероприятий, считают необходимым организацию специализированных панкреатологических отделений при крупных (областных, краевых и др.) больницах, оснащенных необходимой современной диагностической и лечебной аппаратурой и медикаментами.

На секции «Современные технологии лечения грыж передней брюшной стенки» отмечено, что герниология характеризуется широким внедрением в клиническую практику новых технологий и полимерных эндопротезов, значительно уменьшающих травматичность хирургических вмешательств, упрощающих их, снижающих процент послеоперационных осложнений со стороны важных органов, а также обеспечивающих лучшие непосредственные и стабильные отдаленные результаты.

Внедрение синтетических материалов стало революционным прорывом в герниологии и позволило снизить количество неблагоприятных исходов после грыжесечения в 3-4 раза.

Несмотря на достигнутые успехи, процесс дальнейшего совершенствования эндопротезов для герниопластики продолжается. В настоящее время наиболее признанными следует считать сетчатые эндопротезы из полипропилена.

Использование пластики грыж живота аутопластическими методами должно быть сведено к минимуму, в связи с большим риском рецидива грыжи, послеоперационных осложнений. Предпочтение следует отдавать ненапряжным способам лечения грыж с применением сетчатых эндопротезов. Наиболее выгодной позицией установки сетчатого эндопротеза следует считать методику «sublay», при которой отмечается наименьшее количество послеоперационных осложнений.

Полученные хорошие и отличные результаты применения сетчатых эндопротезов в плановой хирургии грыж передней брюшной стенки позволяют рекомендовать их применение при ущемленных грыжах живота, а также в старческом и пожилом возрасте.

Обязательными элементами лечения грыж у лиц молодого и среднего возраста является восстановление топографии брюшной стенки с сохранением иннервации, кровоснабжения, мышечных футляров. Применение технологий, исключающих дестабилизирующие факторы: повышение внутрибрюшного давления и натяжение тканей в раннем послеоперационном периоде. Лечение грыж брюшной стенки должно включать два обязательных, неотъемлемых элемента: оперативное устранение грыжи и восстановление функции брюшной стенки. Принцип восстановления функции брюшной стенки после грыжесечения должен быть внесен в стандарт лечения больных с грыжами.

У больных с тяжелой сопутствующей патологией должен проводиться комплексный подход в диагностике, профилактике и лечению грыж передней брюшной стенки, позволяющий избежать развития тяжелых послеоперационных осложнений со стороны органов сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также уменьшить частоту рецидивов заболевания.

На секции «Преподавание хирургии» были обсуждены следующие вопросы: организация учебного процесса в условиях перехода на федеральные государственные образовательные стандарты третьего поколения; практические навыки в структуре обучения хирургии в медицинском вузе: значение, технологии освоения и контроля, методическое обеспечение; инновационные технологии в преподавании хирургических дисциплин; информационные технологии; вопросы рейтинговой системы контроля знаний; последипломная подготовка врача-хирурга.

Из докладов и выступлений стало ясно, что в условиях перехода на ФГОС 3 поколения проблема преподавания хирургии в медицинских вузах остается достаточно острой. Формирование общекультурных и профессиональных компетентностей требуют увеличения интерактивных методов обучения. Необходимо совершенствовать технологии освоения и контроля практических навыков, укреплять материально-тех-

ническое оснащение учебного процесса. Интересным и перспективным является опыт Самарского государственного медицинского университета по сквозному обучению хирургии. Повышение роли информационных технологий в подготовке студентов медицинских вузов возможно при наличии современного информационного оборудования и компьютерной грамотности профессорско-преподавательского состава.

На секции молодых ученых «Новые технологии в общей хирургии» был заслушан 21 доклад. Основными целями деятельности молодых ученых-хирургов остается содействие развитию отечественного здравоохранения, совершенствование системы пропаганды здорового образа жизни, хирургической специальности и медицинской науки в целом. Для дальнейшего развития хирургии науки необходимо объединение интеллектуального потенциала, материальных и финансовых средств, организационных возможностей молодых ученых. Дальнейшее совершенствование медицинской науки и хирургии возможно при профессиональной консолидации, укреплении и развитии профессиональных связей и гуманитарных контактов между студентами медицинских высших учебных заведений, молодыми учеными, занимающимися научной деятельностью, врачами-практиками и научными объединениями.