

В.Н. ЧЕРНОВ ¹, Ю.С. ВИННИК ², А.И. МАСЛОВ ¹, С.А. СУШКОВ ³, А.В. ФОМИН ³

VII ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ АССОЦИАЦИИ ОБЩИХ ХИРУРГОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ СОВМЕСТНО С ПЛЕНУМОМ ПРОБЛЕМНЫХ КОМИССИЙ «НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЯ» И «ИНФЕКЦИЯ В ХИРУРГИИ» МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО НАУЧНОГО СОВЕТА ПО ХИРУРГИИ РАМН И МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» ¹,
ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» ²,
Российская Федерация
УО «Витебский государственный медицинский университет» ³,
Республика Беларусь

Novosti Khirurgii. 2012; Vol 20 (4): 122-131

The VII National conference of the association of general surgeons of the Russian Federation in concert with the plenum of problem commissions «Emergency surgery» and «Infection in surgery» of the interdepartmental scientific council for surgery of the Russian academy of medical sciences and Ministry of health and social development of the Russian Federation

V.N. Chernov, Yu.S. Vinnik, A.I. Maslov, S.A. Sushkov, A.V. Fomin

17-18 мая 2012 года в г. Красноярске состоялась VII Всероссийская конференция ассоциации общих хирургов Российской Федерации (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 стран СНГ.

Работу конференции возглавили академик РАМН, профессор, президент Ассоциации общих хирургов РФ, председатель проблемной комиссии «Инфекция в хирургии» Межведомственного научного Совета по хирургии Минздравсоцразвития РФ и РАМН, заведующий кафедрой общей хирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Москва) Гостищев Виктор Кузьмич и академик РАМН, профессор, директор Института хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий (Москва) Кубышкин Валерий Алексеевич. Особую атмосферу научного форума создавала аура великого хирурга, заложившего основы современной гнойной хирургии, проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, который длительное время проработал в Красноярском крае. Именно ему был посвящен доклад, который сделал ректор Красноярского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор И.П. Артюхов, открывший конференцию.

В программу конференции были включены следующие вопросы:

1. Панкреонекроз: вопросы патогенеза, диагностики и лечения;
2. Современные технологии лечения грыж передней брюшной стенки;
3. Преподавание хирургии;
4. Новые технологии в общей хирургии «молодежная секция».

Всего было заслушано 64 доклада.

Теме «Панкреонекроз: вопросы патогенеза, диагностики и лечения» было посвящено первое пленарное заседание, на котором состоялось 26 докладов.

В докладе В.К. Гостищева с соавт. «Лечебно-диагностическая тактика при остром деструктивном панкреатите в зависимости от показателей интегральных шкал тяжести» продемонстрировано, что рациональная лечебно-диагностическая тактика при остром деструктивном панкреатите должна определяться с учетом показателей интегральных шкал тяжести состояния пациентов с острым панкреатитом.

Авторами было продемонстрировано то, что «закрытые» методы дренирования при первичной деструкции до 30% ткани поджелудочной железы, выполненные с использованием лапароскопии или под контролем УЗИ, позволяют снизить проявления эндогенной интоксикации. При очаговом панкреонекрозе лечебно-диагностическая лапароскопия и миниинвазивные методы дренирования являются завершающим способом хирургического лечения и позволяют снизить количество гнойных



Доклад ректора Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, профессора И.П. Артюхова на открытии конференции

осложнений с 23,6% до 11,1%, а летальность с 2,6% до 1,1%. При поражении более 30% поджелудочной железы малоинвазивные методы дренирования на фоне комплексной консервативной терапии с использованием экстракорпоральных методов детоксикации в 34% случаев являются недостаточными, что проявляется нарастанием эндогенной интоксикации, прогрессированием гнойных осложнений. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости выполнения в такой ситуации лапаротомии с последующим «открытым» дренированием очагов деструкции.

При выявлении первичного объема деструкции от 30 до 60% ткани поджелудочной железы применение малоинвазивных методов дренирования как этапа хирургического лечения позволяет выполнять открытое дренирование на 12-14 сутки. Предложенная тактика позволяет снизить количество гнойных осложнений с 40% до 26,8% и уменьшить летальность с 23,7% до 12,5%.

При тотально-субтотальном панкреонекрозе показано выполнение «закрытых» методов дренирования в первые 24 часа. Проведение экстракорпоральных методов детоксикации на фоне комплексной многокомпонентной консервативной терапии стабилизирует состояние пациентов перед выполнением «открытых» методов дренирования. Данная тактика позволяет снизить летальность от эндогенной интоксикации с 44,4% до 16,7%, а от гнойных осложнений — с 33,3% до 25%.

При выявлении очагов деструкции и жидкостных образований в проекции поджелудочной железы при остром деструктивном панкреатите показано выполнение «закрытых» методов дренирования в первые 24 часа, что осуществляется в сочетании с проведением

интенсивной многокомпонентной консервативной терапии.

В случаях выявления объема деструкции от 30% до 60% ткани поджелудочной железы, при неэффективности проводимого лечения, включая «закрытые» методы дренирования, и при прогрессировании панкреонекроза целесообразно на 12-14 сутки выполнение лапаротомии, санации очагов деструкции с последующим «открытым» дренированием гнойно-деструктивных очагов. При вовлечении в процесс более 60% ткани поджелудочной железы на фоне нарастания полиорганной недостаточности показано выполнение в первые 24 часа «открытых» методов дренирования после предварительного выполнения «закрытых» методов дренирования. Обязательным является проведение экстракорпоральных методов детоксикации в сочетании с комплексной многокомпонентной консервативной терапией.

В.А. Кубышкин с соавт. в докладе «Острый послеоперационный панкреатит у больных, оперированных на поджелудочной железе» отметили, что острый послеоперационный панкреатит является частым осложнением после операций на поджелудочной железе, частота его достигает 58,9%. Причиной острого послеоперационного панкреатита является интраоперационная травма поджелудочной железы. При мало измененной паренхиме железы вероятность возникновения острого послеоперационного панкреатита достигает 77,4%, в то время как при склеротических изменениях железы частота составляет лишь 11,8%. Послеоперационный панкреонекроз неизбежно приводит к возникновению несостоятельности швов анастомозов при панкреатодуоденальных резекциях, резекциях головки поджелудочной железы и панкреатических свищей при дистальных резекциях.

Отечная форма острого послеоперационного панкреатита хорошо поддается консервативной терапии. Панкреонекроз приводит к развитию тяжелых, часто смертельных, осложнений. Несостоятельность панкреатоеюноанастомоза в сочетании с аррозионным кровотечением из магистральных сосудов является наиболее тяжелым осложнением, ранняя его диагностика основана, в первую очередь, на клинических проявлениях. Единственным радикальным методом устранения этого осложнения является экстирпация культи поджелудочной железы.

Перспективу для улучшения результатов лечения авторы видят в уменьшении числа послеоперационных осложнений, что может быть достигнуто совершенствованием техники

вмешательства, профилактикой, ранней диагностикой и комплексным лечением внутрибрюшных осложнений послеоперационного периода.

В докладе из Иркутска «Этиопатогенез, микробный пейзаж, клиника, лечение забрюшинных нагноений, толстокишечных свищей в условиях инфицированного панкреонекроза» Е.Г. Григорьев с соавт. представили данные микробиологического мониторинга, подтвердившего ведущее значение в развитии инфицирования панкреонекроза грамотрицательных микроорганизмов, высокорезистентных к современным антимикробным препаратам. Согласно проведенной оценке антибиотикорезистентности верифицированной микрофлоры, препаратами выбора являются карбапенемы, ванкомицин, сульперазон в сочетании с противогрибковыми препаратами. Учитывая роль интестиногенной транслокации в развитии инфицированного панкреонекроза, в схему антимикробной терапии целесообразно включать препараты, обладающие антианаэробным эффектом (метронидазол).

По заключению авторов, ключевой задачей хирургического лечения гнойных осложнений острого панкреатита является радикальное удаление девитализированных и инфицированных тканей с обязательным бактериологическим исследованием гнойно-некротического субстрата. Уклонение ферментов поджелудочной железы в стадии асептического воспаления в мезо- и параколярную клетчатку приводит к нарушению периферического регионарного кровообращения. Формируется некротический мезо- и параколит. Повреждение микроциркуляторного русла прогрессирует в результате дилатации толстой кишки, транслокации микробной флоры, что, в конечном итоге, приводит к некрозу кишечной стенки и ее перфорации. Закономерности развития патологического процесса определяют хирургическую тактику. Профилактика и лечение несформированных кишечных свищей при инфицированном панкреонекрозе предполагают иссечение поврежденных некротическим процессом сегментов толстой кишки, мезо- и параколярной клетчатки. На фоне распространенного мезо- и параколита, перитонита оптимальным вариантом отведения кишечного содержимого следует считать илеостомию в любом из общепринятых вариантов.

Т.Г. Дюжева в своем докладе «Развитие парапанкреатита при различных характеристиках некроза поджелудочной железы» отметила, что наиболее достоверным методом диагностики острого деструктивного панкреатита и

его гнойно-деструктивных осложнений является компьютерная томография (КТ). Преимуществом КТ является высокая разрешающая способность метода (особенно при контрастном усилении) и возможность комплексной оценки состояния гепатодуоденальной зоны, органов грудной и брюшной полостей, забрюшинного пространства.

В.Н. Чернов с соавт. из Ростовского государственного медицинского университета в докладе «Роль и значение прокальцитонинового теста в диагностике и лечении панкреонекроза» показали, что в настоящее время для оценки тяжести состояния пациентов с острым деструктивным панкреатитом и выраженности полиорганной недостаточности в динамике лечения наиболее часто используются различные системы-шкалы (APACHE II-III, SAPS, MODS, SOFA). Гнойно-некротические осложнения являются абсолютным показанием к хирургическому лечению. Повышение концентрации прокальцитонина в сыворотке крови более 2 мкг/л является объективным маркером инфицирования панкреонекроза при деструктивных формах острого панкреатита. Уровень прокальцитонина в сыворотке крови отчетливо коррелирует с тяжестью состояния пациентов по шкале SAPS, что позволяет использовать эти показатели в качестве базовых критериев при выборе правильной стратегии лечения и как следствие — уменьшить число осложнений и летальность у данной категории пациентов.

В докладе А.В. Фомина «Комплексный подход в оценке тяжести состояния пациентов с панкреонекрозом на этапах лечения» отмечено, что деструктивный панкреатит — это динамичный процесс. Пациенты после деструктивного панкреатита нуждаются в реабилитации. Принципами диагностики тяжести состояния и реабилитации пациентов при деструктивном панкреатите являются системность, этапность и индивидуальный подход.

Интерес вызвала работа проф. Ю.С. Винника с соавт., посвященная способности образования биопленок культурами стафилококков на различных полимерных материалах, использующихся при дренировании очагов панкреатогенной инфекции. Анализ пленкообразующей способности штаммов метициллинрезистентного *Staphylococcus aureus* (MRSA), свидетельствует о равной высокой вероятности образования биопленки на таких распространенных в практике дренажных полимерах, как поливинилхлорид, силикон и латекс. Среди анализируемых антисептиков бактерицидным эффектом в отношении био-

пленки, сформированной штаммами MRSA, обладают лишь раствор мирамистина и озонотоксическая смесь в концентрации 40 мг/л.

В докладе «Тактические и оперативные хирургические возможности лечения инфицированного панкреонекроза» В.М. Бенсман, Ю.П. Савченко с соавт. продемонстрировали, что миниинвазивные вмешательства, выполненные при поступлении у большинства пациентов под контролем УЗИ, оправдали себя, как способ уточнения диагноза и стартового лечения инфицированного панкреонекроза. Обнаружение с помощью данного методического подхода панкреонекротических абсцессов или эпигастральной панкреонекротической флегмоны, с преимущественно жидкостным содержимым, послужило показанием для продолжения миниинвазивного лечения. Выявление многополостной панкреонекротической флегмоны, с преобладанием консистентного компонента, служит сигналом для выполнения срочного хирургического лечения открытым способом. Снижению летальности при всех формах инфицированного панкреонекроза способствует закрытое или открытое оперативное лечение, выполненное по дифференцированным показаниям в сроки от 3-х до 4-х недель от начала заболевания.

По данным авторов, конверсия с формированием поперечной оментобурсопанкреатостомии, выполненная после установления бесперспективности миниинвазивного вмешательства на 7-10 сутки от начала катетерного лечения, также уменьшает послеоперационную летальность. Настойчивые попытки измельчения секвестров и их отмывания под контролем УЗИ у пациентов многополостными панкреонекротическими флегмонами имеют риск опасного кровотечения. Применение съемных дренирующих мышечно-апоневротических швов предотвращает нагноение вертикальной части лапаротомной раны вне бурсостомы. Ошибок в выборе закрытой катетерной санации панкреонекротических флегмон и конверсии в оментобурсопанкреатостому можно избежать, при едином понимании показаний и противопоказаний со стороны хирургов и специалистов миниинвазивного лечения.

А.Г. Макарович с соавт. из Уральской государственной медицинской академии доложили о программной санации с применением низкочастотного ультразвука в комплексном лечении пациентов с панкреонекрозом. В дополнение методики лечения панкреонекроза, разработанной под руководством проф. В.А. Козлова, включающей лапароскопию, эндоскопическую бурсооментоскопию и

бурсооментоскопию, раннюю абдоминализацию поджелудочной железы и программные санации очагов панкреатогенного некроза при санациях сальниковой сумки авторы использовали низкочастотный ультразвук (аппарат АУЗХ-100 «Фотек»), что позволило ускорить выполнение некрсеквестрэктомии, сократить продолжительность периода программной санации с $33,8 \pm 8,1$ до $23,2 \pm 4,4$ дней и избежать таких тяжелых осложнений, как панкреатические и дигестивные свищи и аррозивные кровотечения.

Привлекла внимание работа В.Г. Фирсовой с соавт. из Н. Новгорода «Структурные изменения плазмы крови при остром панкреатите». Работа посвящена разработке новых подходов раннего прогнозирования тяжести острого панкреатита по данным морфологии твердой фазы плазмы крови при остром панкреатите методом клиновидной дегидратации.

Феномены, которые были выявлены при изучении морфологии плазмы крови при остром панкреатите, не имеют однозначного объяснения с позиций молекулярной физики и не обладают специфичностью по отношению к указанному острому хирургическому заболеванию. Вместе с тем, их связь с характером течения заболевания несомненна. Сочетание мелкой периферической сети трещин, устойчивых гиперпигментаций периферической зоны и кристаллических структур в центре капли соответствуют плохому прогнозу. «Языки Арнольда» относятся к прогностически благоприятным признакам, свидетельствуют о местном отграничении воспалительного процесса.

В докладе С.А. Сушкова с соавт. из Витебского государственного медицинского университета «Хирургическая тактика при лечении пациентов острым панкреатитом» было продемонстрировано, что тактика лечения при остром панкреатите должна основываться на дифференцированном подходе, учитывающем изменения в поджелудочной железе и окружающих ее тканях. Основным методом лечения острого панкреатита является консервативный с использованием производных соматостатина, антибиотиков широкого спектра действия и экстракорпоральной детоксикации. В ранние сроки единственно оправданным оперативным методом лечения являются эндоскопические вмешательства. Все остальные операции должны выполняться только при развитии гнойно-септических осложнений. Время оперативного вмешательства должно определяться не формальными сроками, а динамикой течения заболевания, что позволяет снизить показатели

послеоперационной летальности.

Большой интерес вызвало выступление С.А. Кормасова с соавт. из Самарского государственного медицинского университета «Организация хирургической помощи больным с острым панкреатитом тяжелой степени в сельских районах области». В докладе отмечено, что пути улучшения результатов лечения острого панкреатита тяжелой степени заключаются, прежде всего, в решении организационных и медицинских проблем первого этапа оказания помощи, а именно:

а) в использовании единых международных шкал оценки тяжести с целью выделения прогностически неблагоприятной группы;

б) в адекватной стартовой терапии, которая, в свою очередь, определяется оснащенностью центральных районных больниц необходимым минимумом препаратов с доказанной эффективностью для стартовой базисной терапии, хотя бы в течение первых 24-48 часов;

в) в мониторинге пациентов с панкреатитом тяжелой степени совместно с отделением «санитарной авиации» областной больницы;

г) в выезде хирурга-консультанта для решения вопроса о тактике и транспортабельности пациента;

д) в своевременном переводе пациентов в областную больницу.

Обсуждение докладов еще раз продемонстрировало, что лечение пациентов с панкреатитом — проблема социальная и требует мультидисциплинарного подхода. В лечении тяжелой категории лиц с деструктивным панкреатитом целесообразно руководствоваться разработанными стандартами и мировым опытом.

Второе пленарное заседание было посвящено современным принципам лечения грыж передней брюшной стенки.

В выступлении, представленном Ю.С. Винником, С.И. Петрушко, Ю.А. Назарьянц (Красноярск) было отмечено, что проблема эффективного лечения рецидивных и послеоперационных вентральных грыж до конца не решена. На сегодняшний день известно более 200 способов пластики грыжевых ворот, рецидивы грыж встречаются в 10-45% наблюдений. За последние годы создано два материала, которые не вызывают реакцию тканей и применяются для создания сетки и закрытия грыжевых ворот. Это полипропилен (ПП) и политетрафторэтилен (ПТФЭ). Оба материала полностью инертны к тканям организма, не вызывают реакции отторжения, тромборезистентны. Разница заключается в том, что из ПП изготавливается сетка, которая в достаточ-

но короткие сроки прорастает соединительной тканью, из ПТФЭ — перфорированные пластины, которые или совсем не прорастают соединительной тканью, или прорастают крайне медленно.

Авторами отмечено, что обширная литература, посвященная лечению послеоперационных и рецидивных вентральных грыж, дает основание считать наиболее выгодными, простыми и менее травматичными способы закрытия грыжевых ворот синтетическими материалами. Существуют разные методы размещения сетки. Три основных варианта расположения протеза при пластике послеоперационной грыжи передней брюшной стенке следующие:

- надапоневротическая, или «onlay»: в этом случае выполняется сшивание дефекта апоневроза край в край, а затем поверх шва укладывается протез (для этого подкожная клетчатка отсекается на 5-6 см в каждую сторону) и подшивается к апоневрозу;

- подапоневротическая (ретромускулярная и предбрюшинная), или «sublay»: края апоневроза после фиксации протеза к брюшине или к задней стенке влагалища прямых мышц живота сшиваются между собой край в край;

- методика «inlay»: пластика дефекта брюшной стенки протезом (частично или полностью) без его закрытия тканью апоневроза; этот вариант применяется в основном в тех случаях, когда свести края грыжевых ворот невозможно или опасно из-за риска развития сердечно-легочных осложнений, связанных с уменьшением объема брюшной полости, особенно у пациентов с сопутствующими сердечно-легочными заболеваниями.

Многие хирурги рекомендуют размещать протез в позиции sublay, однако при малых размерах дефекта передней брюшной стенки бывает технически сложно и травматично имплантировать протез под мышечно-апоневротическим слоем в области малых грыжевых ворот.

В докладе «Тактика периоперационного ведения пациентов пожилого и старческого возраста с послеоперационными вентральными грыжами» В.К. Гостищев с соавт. показали, что у пациентов старших возрастных групп операции грыжесечения сопровождаются большим количеством послеоперационных осложнений (15-33%), высоким уровнем летальности (7-25%) и частым рецидивированием грыж (18-44%).

Авторами установлено, что факторами, оказывающими достоверное влияние на возникновение рецидива послеоперационной вентральной грыжи у лиц пожилого и старческого

возраста являются: нагноение операционной раны (вероятность рецидива 35,7%), пластика передней брюшной стенки только местными тканями (вероятность рецидива 29,7%), клинически значимые нарушения функции внешнего дыхания в послеоперационном периоде (вероятность рецидива 12,6%), наличие признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани (вероятность рецидива 12,6%), возникновение послеоперационной пневмонии (вероятность рецидива 9,4%).

По мнению авторов, наилучшими отделенными результатами при обширных и гигантских послеоперационных грыжах следует считать вмешательства с комбинированным вариантом аутоаллопластики по методикам sublay, inlay (рецидивы отсутствуют).

Разработанные модели предоперационной подготовки позволяют до операции прогнозировать изменения внутрибрюшного давления и функции внешнего дыхания у пациента после ненатяжной аллопластики и комбинированной аутоаллопластики соответственно, а также проводить предоперационную подготовку (адаптацию) пациента к данным вариантам пластики.

В докладе «Новые технологии герниопластики и послеоперационные осложнения» В.В. Анищенко (Новосибирск) доложил большой опыт применения сетчатых трансплантатов. При нагноении сетки — рану целесообразно вести открыто и не торопиться удалять сетку, местно до очищения раны целесообразно применять антисептики. Для профилактики нагноения важно тщательно ушивать ткани над сеткой. Дренажи при использовании трансплантата целесообразно применять только в случае больших полостей от грыжевого мешка.

При обсуждении докладов констатируется, что важным фактором профилактики рецидивов грыж брюшной стенки является правильный выбор размеров трансплантата, он должен превышать размеры дефекта апоневроза на 5 см. При необходимости, в случаях большой грыжи, операцию целесообразно дополнять послабляющими разрезами апоневроза.

Выступления и обсуждение докладов, посвященных преподаванию хирургии прошли весьма оживленно.

В.Н. Чернов, А.И. Маслов, В.В. Скорляков из Ростовского государственного медицинского университета в докладе «Практические навыки — важный раздел преподавания общей хирургии» показали, что важнейшим элементом практической подготовки студентов является их работа совместно с преподавателем в

приемном отделении, палатах, процедурных, перевязочных и лечебно-диагностических кабинетах, операционных. На кафедре создана «Комната практических навыков», где каждый студент во время занятия и во время отработок пропущенных занятий может выполнить все 68 обязательных для изучения практических навыков. На курсовых экзаменах по общей хирургии, кроме компьютерного тестового-контроля и собеседования по ситуационным задачам, обязательно определяется уровень владения студентами практическими навыками. Необходимый объем практических навыков по курсу общей хирургии включен для освоения на этапе производственной практики студентов, что позволяет закрепить полученные знания.

Ю.С. Винник с соавт. (Красноярск) в докладе «Особенности организации учебного процесса в условиях перехода на федеральные государственные образовательные стандарты третьего поколения» показали, что балльно-рейтинговая система оценки знаний студентов позволяет отслеживать накопление теоретических знаний, умений, практических навыков и дает возможность контролировать ход учебного процесса по каждому студенту, группе, курсу. Комплексное использование традиционных, интерактивных, проблемных и инновационных форм и методов обучения и балльно-рейтинговая система оценки знаний обеспечивает необходимое качество подготовки студентов третьего курса по общей хирургии, соответствующие требованиям федерального государственного образовательного стандарта третьего поколения.

И.В. Горбачева в докладе «Роль и место мануальных навыков в структуре обучения студентов медицинского вуза» доложила о центре практических навыков Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, где в рамках фантомного курса, на муляжах, манекенах и тренажерах возможно отработать практически все мануальные навыки, соответствующие квалификационной характеристике врача, в том числе окончивших интернатуру и ординатуру. Оценка умений проводится в соответствии с критериями: 1. Манипуляция выполнена в полном объеме, без замечаний. 2. Выполнено, но с замечаниями либо подсказкой со стороны преподавателя. 3. Манипуляция не выполнена. Все муляжи и манекены настроены таким образом, что выполнение процедуры (например, катетеризация мочевого пузыря на фантоме) возможно лишь при правильной последовательности мануальных действий. Хронометраж во время проверки не проводится.

Авторы отметили, что важным инструментом подготовки врача XXI века является ежегодная проверка «выживаемости» знаний и умений.

В докладе «Можно ли овладеть практическими навыками, обучаясь в медицинском вузе: мифы и реальность» А.Б. Ларичев (Ярославль) отметил, что дисциплина общая хирургия с уходом за хирургическими пациентами — это первый, стартовый, ознакомительный этап постижения практических навыков. Куда как существеннее должен быть статус летней производственной практики. При оценке умений и навыков на итоговом экзамене по общей хирургии следует со всей очевидностью осознавать: приобретаемое студентами будет иметь практический смысл лишь в том случае, когда в течение последующих лет учебы в вузе (и не только) эти умения и навыки будут закрепляться. Именно эти обстоятельства помогут преодолеть толику сомнений относительно реальности превращения мифических требований государственных стандартов в плане практической подготовки студентов в медицинском вузе в осязаемую реальность.

С.Н. Хунафин с соавт. (Уфа) в докладе «Последипломная подготовка врачей общей лечебной сети по оказанию неотложной помощи в хирургии» отметили, что циклы последипломной подготовки продолжительностью от 1 до 2 месяцев по вопросам диагностики, неотложной помощи при травмах груди и живота, повреждениях магистральных сосудов, острых артериальных и венозных тромбозах, неотложных состояниях при окклюзионных заболеваниях артерий, острых хирургических заболеваниях, термической, компрессионной травме, а также сочетанных и комбинированных поражениях врачам «первого контакта» позволяют улучшить показатели ликвидации медицинских последствий аварий и катастроф.

В своем докладе «Роль информационных технологий в подготовке студентов на кафедре общей хирургии» С.А. Сушков с соавт. (Витебск, Беларусь) отметил, что в настоящее время необходимо активно внедрять в учебный процесс современные информационные технологии. Для повышения доступности разработаны и подготовлены лекционные материалы с мультимедийным сопровождением, отражающим все аспекты программы подготовки студентов по дисциплине «Общая хирургия». На совершенствование практических навыков направлены мультимедийные учебные модули с теоретической частью, видеороликами и подробными пояснениями по темам «Десмургия», «Асептика», «Переливание крови», «Реконструкция». Каталог цифровых фотографий,

отснятых в отделениях клиники в различное время и сгруппированных по темам занятий, позволяет при необходимости продемонстрировать студентам весь диапазон симптомов того или иного заболевания, даже если в текущее время пациенты с тематической патологией в отделениях отсутствуют или не имеют классических клинических проявлений заболевания. Докладчик отметил, что технические возможности с хорошей компьютерной базой, комплексное применение информационных технологий расширяют возможности подготовки студентов по предмету «Общая хирургия» и позволяют оптимизировать формирование у студентов представлений о разнообразных клинических проявлениях всего спектра заболеваний.

А.П. Торгунаков с соавт. (Кемерово) в докладе «Многолетний опыт применения рейтинговой системы контроля знаний студентов на кафедре общей хирургии», опираясь на многолетний опыт применения рейтинговой системы контроля знаний студентов и на рекомендации Министерства образования и науки Российской Федерации по ее внедрению в систему образования в ВУЗе, пришли к выводу, что рейтинговая система контроля знаний студентов на сегодня является оптимальной. Все ее положения, цели и задачи четко сформулированы. Авторы отметили, что со временем может измениться подход к процессу образования в школах и подход к зачислению абитуриентов в ВУЗы, куда будут приниматься лица, обладающие творческим подходом к процессу обучения и стремлением к получению профессии врача.

Обсуждение по вопросам преподавания хирургии показало, что при многообразии технических средств обучения и повышении уровня технических возможностей основой обучения студентов остаются практические навыки полученные при работе с пациентами.

Впервые столь важная трибуна Всероссийской конференции была предоставлена молодым ученым в виде отдельной секции. 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, пропаганды хирургической специальности и медицинской науки в целом. Для развития хирургической 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 и врачами-практиками и их научными объединениями. Такие секции теперь станут постоянными при проведении конференций Ассоциации общих хирургов Российской Федерации.

По результатам конференции приняты решения.

Решения 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 Минздрава России

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

Основной диагностической задачей при решении проблемы острого панкреатита на сегодняшний день следует признать определение объема поражения железы и тяжести состояния пациента, своевременная верификация бактериального инфицирования. Наиболее информативными методами, позволяющими оперативно выявить категорию лиц 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. Лабораторным 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 гомеостаза и водно-электролитных нарушений, детоксикация, подавление секреции поджелудочной железы, профилактика инфицирования, стрессорных язв, иммуннокоррекция, 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, плазмоферез 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 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 тонкоигльную пункцию под ультразвуковым наведением, требуют парапанкреатические 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. Дооперационная локализация распространения деструкции дает возможность выбора способа хирургической санации. При отграни-

ченных 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 панкреонекроз неизбежно приводит к возникновению несостоятельности швов анастомозов при панкретодуоденальных 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 дискутабельной.

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 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 большим риском рецидива грыжи и 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 и 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. Целесообразно 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 пациентов с грыжами.

У лиц с тяжелой сопутствующей патологией должен проводиться комплексный подход в диагностике, профилактике и лечении грыж передней брюшной стенки, позволяющий избежать развитие тяжелых послеоперационных осложнений, со стороны органов сердечно-сосудистой и дыхательной системы, а также уменьшить частоту рецидива 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 Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования третьего поколения (ФГОС 3) 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-техническое оснащение учебного процесса для освоения которых необходимо улучшение материально-технического оснащения хирургических кафедр. Интересным и перспективным является опыт Самарского государственного медицинского университета по сквозному обучению хирургии. Рост роли информационных технологий в подготовке студентов медицинских вузов возможен при наличии современного информационного оборудования и компьютерной грамотности профессорско-преподавательского состава.

На закрытии форума было принято решение, что VIII Всероссийская конференция ассоциации общих хирургов Российской Федерации пройдет в г. Самаре в 2014 году. Основными вопросами, включенными в ее программу, будут: острая кишечная непроходимость, остеомиелит, новое в хирургии, преподавание хирургии.

Адрес для корреспонденции

210023, Республика Беларусь,
г. Витебск, пр. Фрунзе, д. 27,
УО «Витебский государственный
медицинский университет»,
кафедра факультетской хирургии,
тел. моб.: +375 44 756-34-56,
e-mail: afomin_mail@mail.ru,
Фомин Анатолий Викторович

Сведения об авторах

Чернов В.Н., Заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет».

Винник Ю.С., Заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого».

Маслов А.И., к.м.н., доцент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет».

Сушков С.А., к.м.н., доцент, проректор по научной работе УО «Витебский государственный медицинский университет».

Фомин А.В., д.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии УО «Витебский государственный медицинский университет».

Поступила 16.06.2012 г.