



Профессор А.С. ЕРМОЛОВ: «Доля экстренных хирургических вмешательств в гастроэнтерологии будет уменьшаться, а плановых операций – расти»



Несмотря на эффективность фармакотерапии заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и возможность компенсировать состояние у многих пациентов или даже добиться полного выздоровления, используя современные препараты и новые схемы лечения, роль хирургов в современной гастроэнтерологии трудно переоценить: экстренные хирургические вмешательства по-прежнему спасают жизни, а плановые операции избавляют пациентов от мучительных симптомов и отдаленных последствий хронических заболеваний. О качестве оказания хирургической помощи пациентам с заболеваниями ЖКТ, о проблемах и достижениях московских хирургов – в беседе с членом-корреспондентом Российской академии медицинских наук, академиком Международной академии наук, главным хирургом Департамента здравоохранения города Москвы, доктором медицинских наук, профессором Александром Сергеевичем ЕРМОЛОВЫМ.



Актуальное интервью

– Александр Сергеевич, с какими гастроэнтерологическими заболеваниями Вам и Вашим коллегам-хирургам приходится сталкиваться наиболее часто?

– Действительно, в ряде случаев пациентам с различными заболеваниями ЖКТ приходится обращаться за хирургической помощью. В первую очередь, это больные с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, нуждающиеся в неотложном вмешательстве, – пациенты с желудочно-кишечными кровотечениями, перфорацией полых органов брюшной полости, острым холециститом, аппендицитом и панкреатитом. Ежегодно в лечебных учреждениях города Москвы с этой патологией лечится около 50 тыс. больных.

– Какие тенденции в хирургической гастроэнтерологии Вы бы отметили как наиболее актуальные? Кто сегодня является пациентом гастроэнтерологического профиля, нуждающимся в хирургическом лечении?

– В целом уменьшается количество больных, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, выявляется значительно меньше осложнений, требующих хирургического вмешательства. Например, 20 лет назад при язвенной болезни основным показанием к хирургическому вмешательству служил стеноз выходного отдела желудка или начального отдела луковицы двенадцатиперстной кишки. Сегодня же это показание встречается значительно реже, что связано с повышением качества медикаментозного лечения язвенной болезни. Количество пациентов с данным диагнозом во всем мире неуклонно уменьшается, и, конечно, это соответствующим образом отражается на статистических показателях в нашей стране. Частота других осложнений язвенной болезни, таких как язвенные гастродуоденальные кровотечения (ЯГДК), прободные язвы, за последние годы не изменилась. Они по-прежнему регулярно встречаются в нашей практике.

В последнее время несколько сократилось количество поступающих в стационары пациентов с острым холециститом, нуждающихся в неотложном хирургическом вмешательстве. Это связано с расширением диагностических возможностей – теперь диагноз «желчнокаменная болезнь» (ЖКБ) ставится амбулаторно на ранних сроках заболевания. Как результат, уменьшается количество пациентов с обтурационной желтухой и острым воспалением желчного пузыря, а 20–30 лет назад именно эти состояния чаще всего были показаниями к холецистэктомии. Растет число больных, поступающих в стационары с неосложненной желчнокаменной болезнью, они оперируются в плановом порядке.

Я думаю, в будущем сохранится следующая тенденция: доля экстренных операций будет уменьшаться,

а плановых – расти. Это нормально для цивилизованного общества и свидетельствует о качественной работе амбулаторного звена.

Еще одной положительной тенденцией, о которой я хотел бы упомянуть, является наблюдающееся в последнее время снижение общей летальности при лечении экстренных хирургических заболеваний органов брюшной полости. В 2007 г. этот показатель составил 2,1%, а в 2011 г. – 1,4%, что связано с внедрением новых хирургических технологий, улучшением медикаментозного обеспечения. Широкое использование в практике антибактериальных и иммунных препаратов, а также лекарственных средств, влияющих непосредственно на функции определенных органов, позволило нам существенно повысить выживаемость пациентов. Вообще роль адекватной медикаментозной терапии в лечении хирургических больных очень высока, ведь пациента необходимо, если есть такая возможность, готовить к операции, лечить сопутствующие заболевания, чрезвычайно важна медикаментозная терапия и в послеоперационном периоде.

– Как Вы оцениваете качество оказания хирургической помощи, в том числе неотложной помощи пациентам гастроэнтерологического профиля, в Москве?

– Высокое качество оказания неотложной помощи пациентам с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости – это не только спасенные жизни конкретных больных, но и индикатор состояния здравоохранения в целом. Распространенность этих заболеваний огромна, и по исходам их лечения можно сделать вывод о состоянии и возможностях как диагностической, так и терапевтической базы региона. Неудовлетворительные показатели должны привлечь внимание организаторов здравоохранения всех уровней и способствовать принятию соответствующих мер.

Являясь главным хирургом Департамента здравоохранения города Москвы на протяжении 20 лет, я, конечно, вижу определенные изменения. Во-первых, наблюдается повышение результативности хирургического лечения. Если в 1970-х гг. летальность при остром холецистите в Москве была около 10%, то на сегодняшний день она составляет всего 0,5%. Во-вторых, все чаще хирургическое лечение применяется своевременно, еще до развития тяжелых осложнений. Благодаря современным диагностическим методикам пациентам раньше ставится правильный диагноз и они раньше поступают в стационар. Кроме того, на выживаемость и другие показатели, отражающие качество оказания хирургической помощи, безусловно, влияет повсеместное распространение малоинвазивных методов. Так, для хирургии острого холецистита во всех клиниках Москвы сегодня используют лапароскопическую технику, что

гастроэнтерология



Актуальное интервью

гастроэнтерология

снижает летальность, уменьшает количество послеоперационных осложнений и дней, проведенных в стационаре.

– Насколько перспективна лапароскопическая хирургия и есть ли еще примеры успешных современных методик, применяемых в гастроэнтерологической хирургии?

– Я думаю, что в дальнейшем лапароскопия будет использоваться все чаще. Несколько лет назад эта методика применялась примерно в 50% случаев, сейчас – в 60–70%. В некоторых лечебных учреждениях частота использования лапароскопической техники достигает 90%, а традиционные открытые операции совершаются лишь при наличии противопоказаний к использованию нового метода. Лапароскопия хорошо зарекомендовала себя, например, в лечении пациентов с острым аппендицитом.

Есть и другие примеры удачного внедрения новых технологий в клиническую практику. Так, при использовании современных синтетических сеток удается улучшить отдаленные результаты лечения пациентов с ущемленной грыжей брюшной стенки, уменьшить риск развития тяжелых послеоперационных осложнений и рецидивов.

Еще одно замечательное изобретение человеческого ума – робот-хирург «Да Винчи», позволяющий автоматически проводить операции. Овладеть техникой использования хирургического робота вполне реально, приобрести его – тоже, а польза от его применения огромна. Благодаря автоматизированной хирургии мы меньше травмируем ткани, получаем возможность удалить патологически измененные ткани без повреждения нервов, сосудов, сохранить трофику прилежащих тканей и получить если не идеальные, то приближенные к идеальным результаты.

– Как Вы оцениваете уровень подготовки хирургов в нашей стране?

– Система последипломного обучения врачей в СССР, а позже в Российской Федерации работает достаточно хорошо. В нашей стране существует целый ряд учебных заведений, где врач может и должен регулярно проходить тематическое или специализированное усовершенствование – без этого невозможна аттестация и получение следующей квалификационной категории. В то же время сегодня, пожалуй, необходимо более широкое внедрение так называемых симуляционных методов обучения, предполагающих использование манекенов и других устройств для освоения тех или иных хирургических техник, например эндоскопического вмешательства. Пока эти методы применяются не везде, но со временем, я надеюсь, ситуация изменится.

Говоря о подготовке хирургов, не могу не отметить, что, например, Департамент здравоохранения города Москвы имеет возможность отправлять врачей учиться в зарубежные клиники, где они осваивают новые методики, которые впоследствии применяются и в московских клиниках.

Являясь председателем аттестационной комиссии по хирургии, проводя аттестацию специалистов, я вижу, что квалификационная категория того или иного хирурга не всегда определяется его способностями. В городе есть много лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), занимающихся стандартной, общепринятой хирургией – там проводятся обычные операции, потребность в которых неизменно высока. Но есть и лечебные учреждения, в которых осваиваются и активно внедряются новые технологии, ведется их преподавание. Хирурги, работающие в клиниках со стандартным подходом к лечебному процессу, будут иметь первую или вторую категорию, в то время как специалисты из высокотехнологичных ЛПУ, скорее всего, получат высшую категорию. Но это не означает, что хирурги второй категории «плохие», они просто выполняют определенный набор операций. Для того чтобы проводить по-настоящему сложные хирургические вмешательства, недостаточно просто обучить хирургов, нужно обладать соответствующей диагностической аппаратурой, располагать широким ассортиментом лекарственных средств, знать схемы их применения и уметь оценивать эффективность использования этих препаратов. На базе ЛПУ, где применяются новейшие технологии, как правило, проводятся научные исследования, работающие в них врачи пишут научные статьи и защищают диссертации. Именно эти учреждения способствуют внедрению новых высокоэффективных методов лечения.

Хотелось бы, чтобы врачи высшей квалификационной категории получали большую материальную компенсацию за свой труд и им не приходилось бы отвлекаться на дополнительную консультативную работу, дежурства, уделяя, таким образом, меньше времени и сил научному поиску. Изменение подобной ситуации позволит ускорить проведение научных исследований, что в конечном счете приведет к повышению качества лечения многих пациентов, нуждающихся в хирургических вмешательствах. Внедрение новейших научных достижений и инновационных технологий в клиническую практику – очень важная задача. По мере расширения сферы применения современных методик не стоит забывать и о постулатах и достижениях традиционной медицины, ведь недаром мы до сих пор лечим пациентов, руководствуясь главным принципом этики Гиппократова – «не навреди». ☉

Беседовала Анна Лозовская