

- КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
- ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ПИРОГОВА
- САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ РОХ
- НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО ОНКОЛОГОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ



ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО  
**ПИРОГОВА**  
ОСНОВАНО В 1881 ГОДУ



## Отчет о проведении Конференции хирургов **ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ХИРУРГИЧЕСКИМ И ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ**

19 ноября 2013г.  
Санкт-Петербург, Холидей ИНН Московские ворота

Генеральный спонсор

**OLYMPUS**

При поддержке

**ECOLAB®**



С приветствиями к собравшимся обратились: представитель Комитета по здравоохранению - **Я.С. Кабушка**, профессора **В.М. Седов**, **А.М. Беляев**, **Н.А. Майстренко**, **Б.Н. Котив**.

Было заслушано 6 докладов и проведён круглый стол «Совместная работа хирургической и онкологической служб города в улучшении качества оказания медицинской помощи пациентам в ЛПУ Санкт-Петербурга».

**Главный хирург Санкт-Петербурга П.К. Яблонский** и соавторы обобщили тенденции внедрения инновационных технологий в практику.

- Почти половина экстренных операций выполняется с помощью эндовидеохирургических и эндоскопических технологий.
- Применяется робототехника с помощью аппарата да Винчи.
- Самой распространённой эндовидеохирургической операцией является лапароскопическая холецистэктомия. Она составила 70% всех холецистэктомий.

Эти методики стали применяться при онкологических операциях.

Возросшее количество операций и усложнение технологий потребовало значительного увеличения финансирования.

**Изменилась заболеваемость и количество оперативных вмешательств**

- С 1995 по 2012 год снизилась частота операций на органах брюшной полости с 17 до 13%.
- Почти в 2 раза увеличилось количество операций на сердце и сосудах.
- Отмечается снижение заболеваемости острым аппендицитом, кишечной непроходимостью, перфоративными язвами, желудочными кровотечениями, повышение – острым панкреатитом.
- Отмечено недостаточное внедрение в практику стационаров лапароскопических технологий единого доступа и NOTES.



**А.С.Барчук** сообщил о показателях деятельности онкологической службы Санкт-Петербурга.

- В городе отмечается один из самых высоких уровней онкологической заболеваемости в стране.
- В 2012 году было зарегистрировано 19657 больных.
- За последние 30 лет заболеваемость увеличилась почти на 50%, в основном за счёт рака молочной железы, шейки матки, эндометрия и предстательной железы. В структуре онкологической заболеваемости у мужчин сохраняет первое место рак лёгкого, почти в 2 раза уменьшилась заболеваемость раком желудка, но почти в 3 раза возросла заболеваемость раком предстательной железы.
- Среди женского населения лидером является рак молочной железы. Для расширения помощи больным требуется увеличение количества коек в хосписах, отделениях лучевой и химиотерапии.

**М.П. Королев** осветил возможности современной эндоскопии в диагностике и лечении раннего рака пищеварительной системы:

- ZOOM (эндоскопия с увеличением)
- NBI (эндоскопия с моносветом)
- Люминесцентная эндоскопия
- конфокальная эндоскопия
- когерентная эндоскопия
- эндоУЗИ
- и другие методы.

Ранний рак, диагностированный с помощью этих методов, сопровождается пятилетней выживаемостью более 90%. Предлагается скрининг локализаций рака, где эндоскопия занимает ведущее место.



**С.В. Васильев** рассмотрел вопросы диагностики и лечения опухолевой непроходимости толстой кишки.

Больные поступают в хирургические стационары, но в дальнейшем нередко требуют комплексного, мультидисциплинарного лечения, которое задерживается вследствие недостатка штатных онкологов в структуре неонкологических стационаров, недостаточной связи с онкологами – специалистами по химио- и лучевой терапии.

**А.В. Кочетков** оценил качество оказания медицинской помощи хирургическим больным.

- Анализ жалоб и летальных исходов показал, что только в 16,7% качество помощи признано надлежащим на всех этапах диагностики и лечения.
- Основными направлениями улучшения качества медицинской помощи являются устранение системных дефектов круглосуточной организации помощи, соблюдение протоколов и стандартов диагностики и лечения.



**Т.А. Попова** (компания ECOLAB) представила возможности высокотехнологичных методов защиты персонала, пациента и оборудования от инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

В программе круглого стола состоялась оживлённая дискуссия по вопросам оказания помощи, в основном экстренным и онкологическим больным.

**С.В. Васильев** остановился на одном из важнейших факторов лечения – ответственности врача. Препятствует этому амбициозность, то хирургов, то онкологов.

**М.Д. Ханевич** подчеркнул необходимость введения в штаты многопрофильных больниц ставок онколога – не обязательно хирурга.





В программе круглого стола состоялась оживлённая дискуссия по вопросам оказания помощи, в основном экстренным и онкологическим больным.

**О.Н. Скрябин** сформулировал задачи здравоохранения:

- ликвидировать очередь больных в онкоучреждения;
- улучшить преемственность между онкологами и хирургами, оказывающими экстренную помощь онкологическим больным (маршрутизацию);
- обеспечить раннее выявление опухолей за счёт внедрения новых технологий.

Деньги, ныне направляемые на адъювантную и неоадъювантную терапию больных III-IV стадии, можно будет направить на развитие этих технологий. На первом месте должен быть лозунг: **«Не больной для койки, а койка для больного!»**.

**Г.М. Манихас** отметил противоречие мнений хирургов и онкологов в вопросе, что лучше – организация специализированных онкологических центров, как это продолжает развиваться в течение многих лет – или специализированных онкологических отделений в составе многопрофильных больниц.

- Недостаточна организация эндоскопической помощи – она обеспечена только на 25%, практически нет высокодозной терапии.
- Организация деления города пополам для лечения онкологических больных показала свою нецелесообразность.
- Нет концепции развития госпитальной базы медучреждений, поэтому не хватает специализированных онко- и нефрологических коек.
- Недогружены торакальные отделения.
- Скрининг больных, страдающих раком молочной железы, показал эффективность адъювантной или неоадъювантной терапии.





**А.П. Карицкий** сообщил, что анализ движения потоков больных (маршрутизации) показал, что больные задерживаются не в стационаре, а на стадии амбулаторной помощи.

- Очередь к онкологу в поликлинике – 3-4 недели.
- «Мы надеемся, что вновь организованный центр обеспечит лучевой диагностикой и терапией весь город, сейчас обеспеченность составляет только 7%»
- Недостаточно поставлены морфологическая диагностика, иммуногистохимические исследования.

**А.П. Павловский** представил положительные результаты связи ЦНИРРИ и Мариинской больницы в лечении рака поджелудочной железы у 682 больных.

**Д.А. Гранов** констатировал существование «холодной войны» между хирургами и онкологами, недостаточную преемственность в лечении, разработке алгоритмов применения паллиативных анастомозов или стентирований, их последовательности. Во многих больницах нет штатных онкологов.

**А.Ф. Романчишен** указал на явную связь между системой квот и значительным повышением заболеваемости раком щитовидной железы.

- Определение кальция крови для диагноза болезней паращитовидных желёз стоит 60 рублей. Но это исследование не внесено в стандарт диспансерного исследования.
- Неизвестна статистика результатов лечения болезней щитовидной железы в федеральных учреждениях.
- В лечении радиойодом нуждается только 7% больных.



**В.М. Седов** обсудил трудности осуществления преемственности лечения на расстоянии. Поэтому лечение желательно проводить в одном месте.

**А.М. Беляев** указал, что нельзя смешивать общесоциальные и медицинские проблемы.

- Дефицита коек для больных, требующих хирургического лечения, в городе нет.
- Лучевую терапию получает только 6% больных.

**О.Р. Мельников** осветил проблему первичной помощи онкологическим больным. Развал Союза привёл к развалу онкологической помощи.

- НИИ онкологии потерял лидирующее место в лечении онкобольных.
- Есть томографы, но некому на них работать.
- Зарплата районного онколога 16 тысяч рублей в месяц, а население – 90 тысяч человек.
- Первичное звено перегружено.
- В Невском районе организованы кабинеты ранней диагностики, школы онкомамологии и онкологии.
- Только в 2012 году рак молочной железы диагностирован у 280 больных.

**А.В. Кочетков** пояснил, что в оценку качества лечения входит преемственность. У каждого лечебного учреждения должна быть лицензия на виды медицинской деятельности.

**Н.А. Майстренко** высказал мнение, что сегодняшние проблемы носят системный характер.

Провалы в помощи между специалистами зависят от недостаточной подготовки специалистов.

Координатор у онкобольных – главный онколог, у хирургических больных – главный хирург. Им нетрудно наладить контакты.





#### Итоги подвел **М.П. Королев**

- Больной первоначально попадает к врачу, который становится ответственным за помощь больному.
- Средства, выделяемые на медицину, огромны, они должны быть рационально использованы.
- В каждом стационаре должна быть группа, ответственная за полноценную помощь онкологическому больному.
- 123 лечебные учреждения оказывают экстренную хирургическую помощь, и они должны быть связаны с онкологической сетью.
- В крупных стационарах должны быть онкологи.

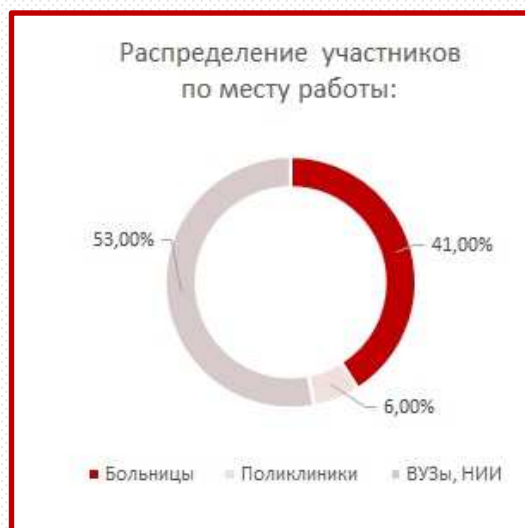


Главный результат конференции – раскрытие проблемы и попытка повлиять на совершенствование организации помощи хирургическим и онкологическим больным.

Победить мы можем только вместе, с присущей врачам Санкт-Петербурга интеллигентностью.



Конференция собрала около 300 представителей хирургического сообщества Санкт-Петербурга и Ленинградской области.



Более подробную информацию Вы можете получить в оргкомитете конференции:



ООО «Центр деловых контактов и сотрудничества»  
Тел./факс: (812) 635-70-15, 635-70-16, e-mail: [info@cdkscenter.ru](mailto:info@cdkscenter.ru)