

Много раз от абдоминальных хирургов, имеющих большой стаж работы, мне доводилось слышать, что лапароскопические технологии не должны применяться при оказании экстренной помощи. Когда врач не знает наверняка, что именно творится в животе у пациента, которого привезла «скорая», нужно широким доступом открыть брюшную полость, провести тщательную ревизию и после этого справляться с проблемой.

Заведующий кафедрой общей хирургии и лучевой диагностики Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, доктор медицинских наук, профессор Александр САЖИН, один из активных идеологов применения малоинвазивных технологий в неотложной хирургии, считает такой подход совершенно неправильным:

– Это мнение мы пытаемся изменить у наших коллег-хирургов уже два десятилетия. Эксплоративная лапаротомия действительно вплоть до 90-х годов очень широко применялась, чтобы исследовать брюшную полость. Но насколько эффективна такая диагностика? Возьмём, например, травму живота – открытые ножевые ранения. До 50% лапаротомий были напрасными: только для того, чтобы рассечь, увидеть, что ничего не повреждено, и зашить живот. При этом пациент 8-10 суток пролежит в стационаре. У него будут сильные боли, 2-3 дня он вынужден соблюдать постельный режим, после чего присоединяется госпитальная пневмония, потом появляется послеоперационная грыжа. Одним словом, целый комплекс проблем следует за такой хирургической тактикой.

– Но ведь это проблемы пациента, а не хирурга. Он-то себя подстраховал и уверен, что ничего не пропустил во время открытой ревизии.

– Современное эндовидеохирургическое оборудование, которое даёт возможность получить 8-кратное увеличение изображения и отличную картинку, позволяет в экстренных ситуациях лапароскопически сделать такую же ревизию, как мы делаем при лапаротомии.

– Как, по-вашему, что движет врачами, которые отстаивают приоритет открытой экстренной абдоминальной хирургии?

– Думаю, они просто испытывают страх оттого, что не знают возможностей лапароскопических технологий и не обучены им. Как правило, это происходит, если администрация больницы далека от современной хирургии и пытается определять хирургическую тактику в клинике, руководствуясь устаревшими стереотипами. Когда появляется молодой врач, который съездил на конференцию и увидел, что можно что-то делать по-другому, ему пробить новую идею в своём отделении очень сложно.

В то же время хочу подчеркнуть, что среди руководителей научных институтов хирургического профиля немало апологетов малоинвазивной хирургии, более того, они сами владеют этими технологиями и активно оперируют.

– Ставится ли задача довести уровень применения малоинвазивных технологий в экстренной абдоминальной хирургии до 100%?

– 100% не бывает нигде и быть не может в принципе. Речь идёт не о тотальном применении, а о применении в максимально возможном проценте случаев и то лишь при тех заболеваниях, где вообще может использоваться лапароскопическая хирургия. Потому что, например, язвенное кровотечение – это состояние, где хирургия применяется всё меньше и меньше, причём там в принципе исключается применение лапароскопических технологий, а используется гибкая эндоскопия. Так же современная

– Почему где-то внедрение нового в практику хирургов идёт быстрее, а где-то медленнее?

– Потому же, почему и в других областях медицины. К примеру, при остром холецистите и остром аппендиците освоить лапароскопические операции проще, они не столь трудоёмкие. А при других «экстренных» патологиях – прободная

не ограничивается острым аппендицитом, острым холециститом, прободной язвой и спаечной тонкокишечной непроходимостью?

– Конечно нет, это только самые распространённые заболевания. Следующая патология – ущемлённая грыжа, но здесь прогресс тоже упирается в проблему оснащения больниц современными сетчатыми

В целом, наверное, вы правы: сейчас, в связи с непростой ситуацией в экономике России, не самый подходящий момент, чтобы чего-то требовать у государства. Но тот дефицит оснащения, о котором я говорю, фактически был запрограммирован задолго до кризиса и санкций. В большинстве случаев для выполнения лапароскопических операций пока используется дорогостоящее оборудование, инструментарий и расходные материалы, которые были закуплены за границей. Где-то мы можем уменьшать затраты при использовании расходников, проявлять свою изобретательность. Но электрохирургическое оборудование и сами лапароскопические инструменты – троакары, ножницы – это всё преимущественно иностранного производства.

– Программа импортозамещения здесь пока не работает?

– В России много фирм занимается производством хирургического оборудования. По внешнему виду и по своим характеристикам их инструменты очень приближаются к зарубежным аналогам, но они не столь долговечны и не всегда надёжны. Есть какие-то причины, которые обуславливают их быстрый выход из строя и мешают им стать по-настоящему конкурентоспособными. Естественно, перспектива, что аппарат выйдет из строя прямо во время операции, не может радовать хирурга.

Кроме того, в малоинвазивной хирургии очень важна визуализация: мы же смотрим не в рану, а на экран монитора, значит, должна быть качественная картинка, качественный HD-сигнал. Мы видим попытки отечественных производителей в этом направлении, однако пока их результаты не очень высоки.

Конечно, у наших производителей может быть контраргумент: почему во время программы модернизации здравоохранения приобреталось исключительно импортное оборудование, а не вкладывались инвестиции в отечественные производства, что могло бы способствовать их развитию? Но давайте будем откровенны: на самом деле российские предприятия медоборудования появились ещё в самом начале эры эндоскопической хирургии, в 90-е годы. За 20 лет мы так и не увидели существенного результата, конкурентоспособное оборудование так и не появилось.

– Александр Вячеславович, нет ли у вас опасения, что внедрение малоинвазивных технологий в практику ургентной хирургии не просто замедлится, а остановится?

– В ближайшие 2-3 года, думаю, такой опасности нет, потому что система будет работать по инерции, на старых запасах. А потом нам потребуется серьёзная финансовая поддержка в ремонте и приобретении нового оборудования взамен устаревшему. Уверен, что эта проблема уже обсуждается на самом высоком уровне, и решение будет найдено. Ведь мы приводим в защиту малоинвазивных подходов в экстренной хирургии очень веские аргументы: не только снижение показателей осложнений и летальности, но и оптимальные решения для экономики здравоохранения.

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Наше интервью

Экстренная — не значит открытая

От чего зависит темп внедрения лапароскопических технологий в ургентной хирургии?



язва и острая спаечная тонкокишечная непроходимость – лапароскопические вмешательства значительно сложнее, они требуют более длительной кривой обучения. Именно потому есть некоторое торможение во внедрении, но оно характерно для всех клиник, которые внедряли данные технологии и в России, и в мире.

Другая причина торможения – отсутствие необходимого оснащения операционных. К сожалению, ещё приходится слышать от коллег, что в некоторых районах Московской области нет видеохирургических стоек для экстренной хирургии,

а имеющееся оборудование предназначено только для плановых операций. Безусловно, необходимо приветствовать выполнение плановых лапароскопических холецистэктомий при хроническом калькулёзном холецистите, но и экстренная хирургия не должна быть обделена. Тем более что, к сожалению, у нас в стране процент выполнения экстренных абдоминальных операций пока заметно выше, чем процент выполнения плановых вмешательств.

– Нет оборудования после того, как прошла модернизация?.. А существует ли утверждённый стандарт оснащения: сколько видеодоскопических стоек должна иметь хирургическая клиника, исходя из профиля, коечного фонда и т.д.?

– К сожалению, такого стандарта нет. Но он должен быть. В то же время для выполнения стандарта по оснащению должен быть стандарт по лечению, в котором прописано, какие технологии предпочтительно использовать для оказания помощи больному с данной хирургической патологией. Вы возразите, что такой стандарт создан – национальные клинические рекомендации. Но это же лишь рекомендации, они не имеют юридической силы и пока не позиционируются Минздравом России как обязательное руководство к действию для врачей.

– Список экстренной хирургической абдоминальной патологии, где требуется максимальное приложение малоинвазивных технологий,

эндопротезами, фиксирующим инструментом, который пока не доступен для выполнения большого количества вмешательств из-за своей высокой стоимости. Мы ведь говорим о хирургии в рамках программы госгарантий, а что касается платных услуг, там проблем нет: дополнительные расходные материалы оплачивает сам больной. Но в том-то и дело, что дефицит оборудования и расходных материалов тормозит развитие малоинвазивной хирургии именно в бесплатном секторе здравоохранения.

– Речь идёт о дефиците средств на реализацию программы госгарантий, который и вынуждает хирургов оперировать по старинке, чтобы не выйти за рамки установленных финансовых ограничений. Резонно ли на этом фоне вообще говорить о низком темпе внедрения малоинвазивных технологий в экстренной хирургии?

– Вполне резонно. Расходы на выполнение малотравматичных операций в последующем окупаются меньшими затратами клиники на замещение кровопотери, антибиотикотерапии, раннюю активизацию больного и более короткое пребывание его в стационаре. Во всём мире внедрение малоинвазивных хирургических технологий направлено в итоге на улучшение экономической эффективности здравоохранения. Почему мы считаем, что в России будет иначе?

– Приведите, пожалуйста, затраты на проведение открытой и малоинвазивной операции при одном и том же заболевании?

– Я точных цифр не скажу и думаю, это очень сложно подсчитать в нашей стране, потому что русский человек ко всему приспособляется, в том числе российские хирурги. Неофициально мы сравнивали использование расходных материалов в больнице, где я оперирую, и в клинике США: удаляя желчный пузырь из брюшной полости, американские хирурги используют специальный контейнер, который стоит 200 долл., а мы используем для этого обычную обрезанную и перевязанную медсестрой хирургическую перчатку. Понятно, что это делается не от хорошей жизни: доли затрат ВВП на здравоохранение наших стран несопоставимы. А качество выполняемых операций сопоставимо, и это радует.