

країнами Середньої Азії є будівництво сучасного приміщення Інституту, дооснащення його стаціонарним обладнанням. Висока рентабельність цих інвестицій виправдана світовим рівнем наукових розробок, а також кількістю та якістю операцій, які можуть бути легко збільшені до 7 тисяч.

Захворюваність і летальність від серцево-судинних хвороб можуть бути знижені в короткий термін шляхом таких заходів:

1. Профілактика розвитку інфаркту міокарда.

Профілактика розвитку інфаркту міокарда за рахунок збільшення кількості діагностичних процедур (коронарографій) та інтервенційних і оперативних втручань (транскатетерна пластика і стентування коронарних судин і аортокоронарне шунтування). Потребує значного збільшення кількості витратних матеріалів та ефективного використання існуючого обладнання в регіонах.

2. Реформування кардіологічної служби.

Посилення відповідальності кардіологічної служби за несвоєчасне направлення

хворих на діагностичні й оперативні процедури.

Зміна терапевтичної направленості кардіологів на більш агресивні методи лікування (ендоваскулярні та хірургічні) і як наслідок — збільшення направлень хворих в кардіохірургічні центри.

3. Боротьба з порушеннями серцевого ритму.

Оптимізувати хірургічні та електрофізіологічні методи лікування порушень серцевого ритму. Збільшення кількості імплантацій штучних водіїв ритму серця та процедур транскатетерного лікування порушень серцевого ритму дозволять знизити смертність від повних серцевих блокад та усунути складні аритмії у 99,0%.

4. Допомога хворим з інфекційним ураженням серця.

З огляду на високий рівень захворюваності інфекційними хворобами в Україні слід збільшити обсяг кардіохірургічної допомоги хворим на інфекційний ендокардит. Новітні розробки та використання гіпертермії під час оперативних втручань

дозволять знизити смертність у цій групі пацієнтів.

Підсумовуючи розповідь, Г. Книшов підкреслив, що професійний рівень українських кардіохірургів не нижчий, ніж у їх європейських чи американських колег. Головна проблема забезпечення доступу населення до висококваліфікованої кардіохірургічної допомоги — це катастрофічна нестача фінансування, яке становить 30% необхідного.

Вітчизняна серцево-судинна хірургія є надбанням держави. Вона зберегла науковий і практичний потенціал, підготувала і продовжує готувати нові, перспективні професійні кадри. За умови цільової підтримки вона може стати осередком реформування вітчизняної охорони здоров'я і відродження медичної науки, моделлю для пілотних проєктів страхової медицини, базою створення та апробації нової техніки і нанобіотехнологій, науково-навчальним осередком світового рівня.

*Олександр Устїнов,
фото Сергія Бека*

Світові обрії української хірургії

П.Г. Снегірьов

Видавництво «МОРІОН»

Перебіг Науково-практичної конференції за участю міжнародних спеціалістів «Актуальні проблеми клінічної хірургії», що відбулася 26–27 травня 2011 р. у Києві на базі Національного інституту хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України, переконливо засвідчив, що сучасна українська хірургічна школа не тупцює на місці, а динамічно розвивається.

26–27 травня 2011 р. у Києві, в конференц-залі Національного інституту хірургії та трансплантології (НІХТ) ім. О.О. Шалімова НАМН України відбулася Науково-практична конференція за участю міжнародних спеціалістів «Актуальні проблеми клінічної хірургії». Роботу конференції відкрили **Юрій Поляченко**, директор НІХТ ім. О.О. Шалімова, доктор медичних наук, професор, заслужений лікар України, і **Василь Лазоришинець**, начальник лікувально-організаційного управління НАМН України, доктор медичних наук, професор, заслужений лікар України. Суттєва відмінність цього наукового заходу від подібних полягала в тому, що взяти в ньому участь і ознайомитися з найбільш цікавою прикладною частиною в буквальному сенсі «зсередины» мав змогу кожен охочий не лише поза стінами інституту, але й поза межами Києва та України, — просто скориставшись всевітнім павутинням і відвідавши веб-сайт НІХТ ім. О.О. Шалімова (www.surgery.org.ua). Адже вперше в історії подібних заходів в Україні конференція транслювалася наживо в режимі оп-ліве, і більше того: супроводжувалася прямою трансляцією з операційної лапароскопічних втручань, де провідні фахівці інституту під проводом професора О.М. Литвиненка

провели показову лапароскопічну операцію з видалення жовчного міхура з використанням 3D-технологій, докладно демонструючи публіці свої маніпуляції і супроводжуючи втручання вичерпним коментарем особливостей його перебігу. Справді, такого роду майстер-клас — та ще й виконаний на найвищому фаховому рівні і проведений в режимі реального часу — не кожного дня побачиш не лише у вітчизняному, але й у міжнародному інформаційному просторі.

— Весь сучасний хірургічний світ використовує 3D-технології вже 5 років, втім для України це ще зовсім новий підхід у малоінвазивній хірургії, — зауважує професор Ю. Поляченко. — І з огляду на те, що нині саме НІХТ ім. О.О. Шалімова є флагманом і законодавцем мод в українській хірургії, сьогодні ми запросили членів Асоціації хірургів України, фахівців, вчених та клініцистів з усіх регіонів України, а також з інших країн (США, Білорусі, Греції, Росії, Чехії, Швейцарії), щоб поділитися з ними власним досвідом в освоєнні сучасних технологій та методів ендоскопічної хірургії, які здатні максимально озброїти око оператора, а значить, зробити його маніпуляції найбільш упевненими, точними та ефективними. Отже, перший день конференції був присвячений нао-

чому ознайомленню з використанням в хірургії 3D-технологій (на базі обладнання, розробленого фірмою «Viking», США), а другий, на рівні доповідей та фільмів, — застосуванню робототехніки в ході оперативних втручань (на платформі роботохірургічної системи DaVinci, яка в Україні наразі не представлена, але дедалі ширше використовується в Північній Америці та країнах Західної Європи).

За словами керівника НІХТ ім. О.О. Шалімова, ця роботизована система покликана усунути негативний вплив на оперативне втручання так званого людського фактору і дозволяє практично мінімізувати ризик хірургічної помилки (тобто виконує функцію, яку можна порівняти із функцією автопілота в авіації): власне втручання здійснює машина, а хірург, фактично, лише контролює її роботу. У Північній Америці ця технологія виникла тоді, коли страхові компанії плекали великі надії стосовно новітніх високотехнологічних операцій, водночас виникла потреба певним чином обмежити високу заробітну плату відповідних фахівців-хірургів (адже спеціалістів, які здатні виконати ту чи іншу надскладну операцію, інді не лічуться одиниці). Створивши таким чином власний новий хірургічний стандарт, у світі робиться спроба замінити топ-хірургів,



Роботу конференції відправили професори Ю. Поляченко та В. Лазорішинець



Порожнинне лапароскопічне втручання з використанням 3D-технології, перебіг якого транслюється на весь світ, виконує хірургічна бригада на чолі з професором О. Литвиненком



заощадивши кошти, і паралельно мінімізувати ризик хірургічних помилок.

У рамках пленарної сесії з роботоасистованої хірургії власним досвідом та надбаннями світової науки ділилися вчені-клініцисти з далекого і близького зарубіжжя: Греції, Росії, Чехії, Швейцарії. Більшість доповідей, що пролунали з трибуни конференції з вуст вітчизняних доповідачів, також були присвячені інноваційним технологіям в хірургії, торкалися широкого кола актуальних клінічних питань і переконливо засвідчили, що сучасна українська хірургічна школа не тупіє на місці, а динамічно розвивається. Увагу було приділено, зокрема, стереолапароскопічним хірургічним втручанням у хворих на кисти печінки та селезінки, хірургічному лікуванню ехінококозу печінки та актуальним питанням її трансплантації, новим технологіям у хірургії пухлини Клацкіна, тактичним і технічним аспектам ендоскопічної папілектомії та ендопротезування аневризми аорти, новим результатам застосування радіочастотної термоабляції пухлин печінки та підшлункової

залози, плазмово-аргонового і повітрянотермоструминного методів дисекції та сполучення тканин. При розгляді хірургічної клінічної проблематики верхніх відділів шлунково-кишкового тракту висвітлено питання лікування хворих із постваготомним синдромом та хірургічного лікування пацієнтів із пострезекційним синдромом, озвучено деякі результати лікування хворих із гострою виразковою гастродуоденальною кровотечею, проаналізовано причини інвалідності після хірургічного лікування ускладненої виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, розглянуто особливості профілактики стресових ерозивно-виразкових уражень слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки у хворих зі значним операційно-анестезіологічним ризиком. У контексті боротьби з хірургічними ускладненнями висвітлено чинники, що визначають ефективність лікування раних післяопераційних ускладнень в абдомінальній хірургії, проаналізовано частоту і причини ускладнень лапароскопічних втручань, особливості гастроентероло-

гічних ускладнень в післяопераційний період у хворих з аневризмою черевної частини аорти та пацієнтів із гострою неоклюзивною мезентеріальною ішемією після кардіохірургічних операцій, наведено принципи профілактики ускладнень езофагопластики та прямих оперативних втручань на підшлунковій залозі, відзначено роль анестезіолога-реаніматолога у профілактиці раних післяопераційних ускладнень та значущість належної інфузійної терапії раннього післяопераційного періоду в абдомінальній хірургії. Сучасні уявлення про ведення гнійних ускладнень знайшли відображення у доповідях щодо досягнень, проблем та перспектив лікування гострого перитоніту, хірургічної тактики при розповсюдженому перитоніті у хворих похилого та старечого віку, застосування лапаростомії в комплексному лікуванні вторинного генералізованого перитоніту та прямої антеградної ендолімфатичної терапії в корекції післяопераційного парезу кишечника при розповсюдженому перитоніті тощо.

Реферативна інформація

Уряд починає дострокове підвищення заробітної плати для працівників бюджетної сфери



На засіданні Кабінету Міністрів України 11 травня 2011 р. Прем'єр-міністр Микола Азаров повідомив, що з 1 липня 2011 р. буде достроково збільшено розмір посадового окладу працівника першого тарифного розряду.

«Завдяки таким крокам заробітна плата, наприклад, лікаря-хірурга підвищиться поточного року на 200 грн.», — додав Голова Уряду.

Він також зазначив, що з 1 липня 2011 р. для випускників вищих медичних навчальних закладів, які йдуть працювати за фахом у села або селища мінімум на 3 роки, встановлюється одноразова виплата у розмірі 5 мінімальних зарплат.

Медичним працівникам та фармацевтам, які проходять підготовку в закладах післядипломної освіти або на курсах підвищення кваліфікації, з 1 липня 2011 р. збережена зарплата за сумісництвом.

З 1 січня 2012 р. медичним і фармацевтичним працівникам визначено допомогу на оздоровлення у розмірі посадового окладу.

За матеріалами www.moz.gov.ua