

Поступ і майбуття української хірургії



Як повідомлялося у попередніх двох публікаціях нашого ексклюзивного репортажу із засідання Президії Національної академії медичних наук (НАМН) України від 14 лютого 2019 р., контрапунктом заходу став бенедіс «господарів поля»: з доповіддю «Хірургічна служба України: стан, проблеми, шляхи їх вирішення та стратегічні напрямки розвитку наукових досліджень галузі» виступив **Олександр Усенко**, директор ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології (НІХТ) імені О.О. Шалімова НАМН України», член-



кореспондент НАМН України, професор, доктор медичних наук, заслужений лікар України, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки, завідувач кафедри хірургії та трансплантології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, голова правління Асоціації хірургів України.



«Хірургічна служба України є потужною та представницькою, фактично становлячи один із наріжних каменів, на яких ґрунтується медична галузь», — почав професор О. Усенко і деталізував **структуру**: хребет хірургічної служби в нашій державі утворюють 776 закладів охорони здоров'я вторинного та третинного рівня, де функціонують штатні відділення хірургічного профілю (включаючи серцево-судинну хірургію, комбустіологію, торакальну та онкохірургію), в яких розгорнуто понад 49 тис. хірургічних лікарняних ліжок. Зазначалося, що протягом останніх років панує стійка тенденція до зменшення кількості хірургічних ліжок, що передусім пов'язано з оптимізацією ліжкового фонду та формуванням госпітальних округів. Втім, темпи скорочення хірургічного ліжкового фонду залишаються помірними (протягом 2014–2018 рр. — на 1,7%).

Щодо **кадрового** забезпечення: нині у медичних закладах країни працює майже 8 тис. лікарів-хірургів, з яких 78% мають вищу кваліфікаційну категорію. Оратор вбачає як позитивні, так і негативні сторони у певному зрівнянні за категоріями:

- лікар районної лікарні, який виконує фактично лише апендектомії, операції з приводу защемленої грижі і проривної шлунка;
- фахівець, який виконує резекції печінки, реконструктивні втручання на органах черевної порожнини або гепатопанкреатобіліарної зони;
- лікар поліклінічної ланки, який виконує лише операції «малої хірургії»,

— усі вони володіють різними професійними можливостями, однак поєднані однаковою номінальною кваліфікацією.

За віковим параметром динаміка останніх років стабільно висвітлює проблему «старіння» хірургічних кадрів. Третину фахівців хірургічного профілю становлять лікарі пенсійного та передпенсійного віку (що особливо проявляється в районних лікарнях та поліклінічних відділеннях), а серед хірургів-пенсіонерів, які не полишають практику, 34,4% є глибоко пенсійного віку — тобто старші 70 років (як тут не згадати влучну китайську мудрість: «Бійся молодого терапевта і старого хірурга» — *прим. ред.*). Однак, попри певні проблеми з кадровим забезпеченням, стан надання ургентної хірургічної допомоги поки що залишається задовільним.

Протягом останніх 3 років показники **ургентної хірургічної допомоги** — як ургентної госпіталізації, так і післяопераційної летальності, — залишаються без суттєвих змін. Так, щороку виконується понад 170 тис. ургентних оперативних втручань — загальна післяопераційна летальність становить 1,17%. Близько 31% пацієнтів з ургентною хірургічною патологією госпіталізують в термін понад 24 год від моменту початку захворювання: летальність у цій групі сягає 2,13%. Основні причини госпіталізації та оперативного лікування — сумнозвісна ургентна «сімка»:

- 1) гострий апендицит;
- 2) гострий холецистит;
- 3) гострий панкреатит;

- 4) защемлена грижа;
- 5) кишкова непрохідність (пухлинного генезу та післяопераційного спайкового або грижового процесу);
- 6) шлунково-кишкова кровотеча (виразкового генезу);
- 7) травма внутрішніх органів.

Водночас є регіони, де за окремими нозологічними одиницями «сімки» виникають питання щодо якості надання хірургічної допомоги, оскільки показники післяопераційної летальності значно перевищують середні показники по Україні. Особливу тривогу викликає рівень післяопераційної летальності після усунення кишкової непрохідності у Волинській області, при шлунково-кишкових кровотечах — у Донецькій області та летальності при гострому холециститі — у Полтавському регіоні. Проблемним питанням залишається лікування хворих на гострий панкреатит та його ускладнення: летальність у Волинській та Луганських областях в 2,5 раза вища, ніж в середньому по Україні.

«Високі показники післяопераційної летальності у так званій сімці пов'язані передусім зі складністю клінічних випадків та тяжким перебігом основного захворювання, запізнім зверненням за медичною допомогою, самолікуванням, що не повною мірою відображається у загальноприйнятій статистичній звітності, — пояснює професор О. Усенко. — Водночас необхідно зауважити, що різниця у відсотках післяопераційної летальності за різними регіонами перш за все свідчить про недостатню кваліфікацію медичних працівників, нехтування самовдосконаленням, використання застарілих методів діагностики та лікування, а також є прямим наслідком відсутності вітчизняних адаптованих клінічних протоколів та настанов. Останнє становить нагальну та болючу проблему; відсутність сучасних адаптованих до реалій вітчизняної системи охорони здоров'я та медичної інфраструктури національних медичних стандартів призводить до хаосу в організаційному та клінічному управлінні, вкрай негативним чином впливає на якість надання медичної допомоги. Асоціація хірургів України розробила на основі сучасних клінічних протоколів, які використовуються в країнах Європейського Союзу, методичні рекомендації, які доцільно розглянути як основу для формування національного пакета медико-технологічних стандартів з ургентної хірургії», — повідомив доповідач.

Ситуацію з наданням **планової хірургічної допомоги** оратор вважає дещо кращою за ургентну хірургію: «Обсяг планової хірургії протягом останніх 4 років залишається приблизно сталим: щороку виконується близько 270 тис. операцій на органах черевної порожнини. За статистикою, більшість планових оперативних втручань — це операції при незащемленій грижі (25%), жовчочкам'яній хворобі (10,2%). Поступово збільшується кількість операцій на стравоході та органах шлунково-кишкового тракту, водночас зменшується кількість хірургічних втручань на підшлунковій залозі (за 4 роки на 13%). Враховуючи кількість оперативних втручань при ускладнених формах виразкової хвороби, вентральних грижах, калькульозному холециститі та обтураційній кишковій непрохідності, стає очевидним, що кількість операцій з планової хірургії є замалою, і пов'язано це перш за все з недовірою до існуючої системи охорони здоров'я та загальною фінансовою кризою. Загалом середня післяопераційна летальність при планових операціях дещо знизилася порівняно з минулими роками, але за декількома нозологічними

ми формами залишається високою. Це перш за все стосується летальності при оперативних втручаннях з приводу хронічного панкреатиту, захворювань стравоходу та шлунка. Чому так? Знову відповіді аналогічні причинам ургентної летальності: запущені хворі з тяжкою супутньою патологією. Однак є й інші причини: перевищення хірургами обсягу оперативних втручань і своїх кваліфікаційних та професійних навичок, нехтування анестезіологічними та хірургічними ризиками, особливо у разі невідповідності матеріально-технічної бази медичним викликам. Найбільш яскраво це проявляється в хірургії жовчовивідних шляхів та жовчнокам'яної хвороби, а саме — збільшенням відсотка ятрогенних пошкоджень жовчовивідних шляхів. Щороку лише в ДУ «НХТ імені О.О. Шалімова НАМН України» оперують понад 50 хворих із жовчними норицями, стриктурами та іншими ятрогенними ускладненнями, спричиненими оперативними втручаннями на жовчовивідних шляхах. Збільшення післяопераційної летальності та кількості ятрогенних пошкоджень пов'язано передусім з активною хірургічною тактикою на рівні районних лікарень, що, з одного боку, є позитивним, натомість, з іншого, свідчить про те, що оперативні втручання 3–4-го рівня складності виконуються непередбаченими фахівцями з недостатнім досвідом «жовчної» хірургії — особливо, якщо це стосується втручань з використанням мінімально інвазивних технологій. *Non posere!*, — суворо застерігає директор інституту.

Проблеми хірургічної служби

На переконання професора О. Усенка, показники надання хірургічної допомоги могли б бути кращими, але ціла низка проблемних питань сповільнюють розвиток хірургічної служби. Внаслідок депопуляції України наявний профіцит хірургічних ліжок (перевищує аналогічні показники країн Євросоюзу на 26–67%), відповідно, збільшуються витрати на їх обслуговування та зменшуються видатки на модернізацію діагностично-лікувального обладнання. Перерозподіл пацієнтів та нераціональний кадровий розподіл зумовлює зменшення загальнохірургічного навантаження на лікаря, що призводить до втрати професійних навичок та, як наслідок, до підвищення відсотка лікарських помилок.

Нераціональний кадровий розподіл, спричинений у тому числі низьким фінансовим та соціальним забезпеченням лікаря-хірурга, призводить до перекосів у забезпеченості лікарями хірургічних спеціальностей районних лікарень та поліклінічних відділень. Відтік молодих спеціалістів, особливо із закладів первинного та вторинного рівнів, є катастрофічним та таким, що загрожує фаховим проваллям. Нагальною проблемою є відсутність «хірургічної спадкоємності», як наслідок — незадовільний рівень професійних навичок молодих хірургів, а існуюча спотворена система післядипломної освіти формує відсутність як «потягу до знань» у лікарів-курсантів, так і незацікавленість викладачів. Водночас запропоновані алгоритми передачі системи атестації та підготовки кадрів до сфери дії профільних медичних асоціацій системно ігноруються та не розглядаються як альтернативи.

Відсутність вертикалі та горизонталі управління і недоліки у роботі первинної ланки негативним чином впливають на прийняття рішень, оперативне реагування та термін госпіталізації. Зношення матеріально-технічної бази, нестача сучасних лікарських засобів та медичних виробів є хронічною проблемою медичної галузі та, відповідно, хірургічної служби. Окрім того, нагальною проблемою, яка була висвітлена на цьогорічному Всесвітньому економічному форумі в Давосі, є проблема антибіотикорезистентності та, відповідно, госпітальної інфекції. Нераціональна антибіотикотерапія, неконтрольоване застосування антибіотиків, у тому числі через самолікування, призводять до активного зростання кількості антибіотикостійких штамів та появи нових мікроорганізмів, що є проблемою національної безпеки.

...та шляхи вирішення проблем

«Можна доволі довго говорити про проблемні питання, але основною метою є їх вирішення. Одним із найголовніших напрямків реформування хірургічної служби є оптимізація роботи мережі хірургічних відділень, — підкреслив доповідач. — Не є логічним та фінансово обґрунтованим, а є фактично злочинним перед пацієнтами утримання хірургічного відділення, в якому за рік здійснюється 100–150 оперативних втручань (більшість з яких належать до «малої» хірургії) та в якому навіть викликана за «санавіацією» хірургічна бригада не в змозі провести відповідне оперативне

втручання, в тому числі і у зв'язку з відсутністю адекватного реанімаційного та анестезіологічного обладнання. Тому саме ідея формування потужної міжрайонної лікарні з «активною» хірургією та анестезіологією та реанімацією, оснащеною сучасним лікувально-діагностичним обладнанням, сьогодні поступово втілюється в життя. Втім, позитивний результат від такої оптимізації можливо отримати лише при створенні єдиного медичного простору, визначенні провідних закладів за відповідними напрямками, — які повинні бути створені на базі установ НАМН України, — та функціонуванні вертикалі та горизонталі управління, впровадженні адаптованих національних клінічних протоколів та державницької кадрової політики. Лише після запровадження системного організаційного підходу до розвитку медичної галузі можливо оновлення матеріально-технічної бази і, відповідно, впровадження новітніх технологій лікування. Зокрема, серед головних завдань організаторів охорони здоров'я на різних рівнях повинні постати:

- рецептурний відлукс антибактеріальних засобів та суворий контроль за їх призначенням;
- обов'язкова, адекватна реаліям часу система хірургічної підготовки лікарів загальної практики;
- розвиток державної страхової моделі медичного забезпечення з додатковим залученням страхових фондів недержавної форми; тощо.

Загалом, незважаючи на соціально-економічну ситуацію в країні, брак державного фінансування та інші суб'єктивні та об'єктивні фактори, діяльність хірургічної служби України за слугує доброю відзнакою, а медична допомога хірургічного профілю перебуває на відповідному рівні завдяки наполегливості, відданості справі та професіоналізму лікарів-хірургів, особливо вторинної медичної ланки», — такою вимогливою оцінкою закінчив професор О. Усенко практичний блок своєї доповіді.

Вітчизняна хірургія — у фарватері світової

На думку вченого, попри проблеми та негаради, хірургічна наука України іде в одному науково-практичному фарватері зі світовою хірургією. І НХТ імені О.О. Шалімова НАМН України, який є вітчизняним флагманом хірургічної науки та практики, може похвалитися своїми напрацюваннями та передати досвід і технології у відповідні лікувальні заклади, формуючи таким чином єдиний освітній та практичний простір. Лише за 2018 р. співробітниками інституту розроблено та впроваджено 25 методик діагностики та лікування, отримано 25 патентів України на винаходи, подано 20 заявок на отримання патентів України, опубліковано 195 наукових робіт (з них 37 — у закордонних виданнях). Видано 3 навчальні посібники та збірник наукових робіт. Інститут є засновником 2 наукових журналів з хірургії та флебології.

Враховуючи епідемію онкологічних захворювань, одним із перспективних науково-практичних напрямків є **онкохірургія**, а саме розвиток міні-інвазивної та ендоскопічної онкохірургії, методів ранньої діагностики та впровадження концепції повного циклу лікування онкохірургічних хворих.

Після десятиріччя занепаду, починаючи з 2014 р., в інституті активно розвивається напрямок **хірургії стравоходу, середостіння та легень**. Особливо перспективним є використання новітніх техно-





логії торакаоскопічної хірургії, що дає змогу значно покращити якість лікування та зменшити операційну травму, сприяє активній реабілітації хворих. Окрім того, впроваджуються методи гібридних торако-абдомінальних втручань, особливо при поєднаному ураженні нижньої або середньої третини стравоходу та шлунка.

Кількість хворих зі злякисними новоутвореннями підшлункової залози щороку зростає. За розповсюдженістю **пухлини підшлункової залози** займають шосте місце серед онкопатології дорослого населення. Інститут розробив значну кількість інноваційних методик лікування пацієнтів з новоутвореннями підшлункової залози, активно запроваджує методи панкреатодуоденальних та сегментарних мінімально інвазивних резекцій, а також підходи до застосування fast track методів у хірургії підшлункової залози. Завдяки використанню сучасних методик та їх комбінації, а також алгоритмізації дій післяопераційна летальність при резекціях пухлин підшлункової залози та позапечіночкових жовчних протоків за останні 5 років знизилася у 4 рази.

Інститут є лідером в Україні за напрямком **хірургії пухлин печінки**. Щороку виконується близько 500 резекцій печінки при злякисних та доброякісних новоутвореннях. Більшість із цих оперативних втручань належать до 5-ї категорії складності та супроводжуються реконструкціями судинного русла (ворітної вени, печінкової артерії) та жовчних протоків. Основне завдання науково-практичних розробок хірургії печінки полягає у збільшенні тривалості та поліпшенні якості життя, відтермінуванні показань до органічної трансплантації.

У світі активно запроваджуються методи **мінімально інвазивної амбулаторної хірургії** новоутворень шлунково-кишкового тракту. Дійсно, це є надзвичайно перспективним методом лікування, особливо у разі запровадження системи онкоскринінгу населення та наявній кількості відповідного оснащення і підготовлених фахівців. Співробітниками інституту в межах науково-практичних тем розробляються нові та удосконалюються існуючі методи мінімально інвазивної хірургії новоутворень та передракових станів. Видалення новоутворень стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки та нижніх відділів товстої кишки стали рутинною амбулаторною процедурою, чого поки що не можна сказати про **ентероскопічні оперативні втручання** — ентероскопічну дисекцію та видалення новоутворень тонкої кишки. Останнє не пов'язано з відсутністю кваліфікованих спеціалістів, а є проблемою лише матеріально-технічного забезпечення. Однак з минулого року ентероскопічні операції в інституті «стають на потік» та набувають системності.

Перспективним напрямком розвитку мінімально інвазивної хірургії є методики радіочастотної та мікрохвильової абляції первинних та метастатичних уражень печінки. Там, де раніше питання вирішувалося через оперативне втручання (резекцію печінки), сучасні технології дозволяють це робити поза стінами звичайних операційних блоків. Технологія доволі безпечна, значно знижує ризики та ускладнення післяопераційного періоду, сприяє якісному життю пацієнта та є економічно вигіднішим, ніж традиційна резекція.

Сьогодні в Україні лише поодинокі клініки займаються лікуванням хворих із **позаорганними заочеревинними пухлинами**, а системно — лише НІХТ імені О.О. Шалімова НАМН України: тутешні фахівці мають значний досвід лікування складної категорії хворих (більшість із яких в інших клініках країни та ближнього зарубіжжя було відмовлено в лікуванні), ними було розроблено алгоритм лікування цих хворих, що включає діагностичний етап, етап рентгенангіографічної емболізації судин, що кровопостачають

пухлину, і сам хірургічний етап. Застосування розробленого алгоритму дало змогу покращити якість лікування, знизити ризик крововтрати та інших інтраопераційних ускладнень, скоротити термін медичної реабілітації.

«Сучасна онкологія є комбінацією методів лікування та технологій. Оперативне лікування та хіміотерапія є класичним онкологічним дуетом. Однак сучасну онкохірургію важко уявити без новітніх методів діагностики та лікування, таких як позитронно-емісійна томографія (ПЕТ-КТ) або радіотерапія за допомогою технології лінійного прискорювача. Тому інститут приділяє значну увагу розвитку та впровадженню саме сучасних технологій. Заплановано будівництво приміщення для розташування ПЕТ-КТ та додаткових служб, а також на підґрунті державно-приватного партнерства планується встановлення лінійного прискорювача. Отже, докладаються усі можливі зусилля, щоб інститут мав повний цикл лікування онкологічних хворих», — стверджує його директор і наполягає, що мінімально інвазивні методики є пріоритетом не лише в онкології. Проблема лікування пацієнтів із псевдокістами підшлункової залози є актуальною та пов'язаною насамперед зі значною кількістю хворих на гострий панкреатит та, відповідно, його ускладнень. Впровадження технологій ендоскопічного та лапароскопічного стентування, дренування псевдокіст підшлункової залози і ангіографічної зупинки кровотечі в порожністий псевдокісти дозволили знизити летальність з 5,7 до 0,6%, зменшити кількість рецидивів — на 4,2%, а ускладнень — до 11%. Сьогодні вже нікого не здивує наявність в операційних ендоскопічних комплексах, які дозволяють виконувати широкий спектр мінімально інвазивних оперативних втручань, про які навіть і не мріяли піонер ендоскопічної хірургії професор Д.О. Отт (1885–1929) та професор О.М. Амінов (1904–1984), який вперше в Радянському Союзі в 1937 р. почав використовувати методи ендоскопії в хірургії черевної порожнини, виконуючи біопсію печінки, тампонаду чепцем рани печінки та розсічення спайок.

«Науково-технічний прогрес не стоїть на місці. Вже IT-технології та робототехніка стрімко впроваджуються в практичну медицину. Кількість операцій, виконаних роботами, або робото-асистованих втручань стрімко зростає — особливо це стосується онкоурології, гінекології, загальної хірургії та онкохірургії. На жаль, сьогодні жодна клініка України не може похизуватися повноцінним роботохірургічним комплексом, що не дає в повному обсязі вважати вітчизняну хірургію тотожною з сучасною світовою хірургією. Але ми сподіваємося, що перший роботохірургічний комплекс буде за правом встановлений саме в нашому інституті», — зауважив професор О. Усенко.

Один з найголовніших напрямків сучасної хірургії — **хірургія серця і магістральних судин**. Прогрес та технології зайшли достатньо далеко: вже не є унікальними операції та методи коронарного стентування чи емболізації артерій; поступово рутинною стають ендovasкулярне протезування аорти та магістральних судин (основи якого закладав професор М.Л. Володос (1934–2016)), стентування магістральних та периферичних судин тощо. Пріоритетним завданням є обладнання сучасної операційної для гібридних втручань на артеріальному руслі. Ендovasкулярна хірургія має значний потенціал розвитку, як розширюючи можливості ангіохірургії, так і доповнюючи хірургію органів черевної порожнини та заочеревинного простору. Водночас необхідно не скидати з рахунків модернізувати судинну хірургію, яка в останні роки дуже швидко модернізується та дає шанс на якісне життя десяткам тисяч хворих з атеросклеротичними та оклюзійними ураженнями судинного русла. Клініка судинної хірургії інституту має значний досвід надання високоспеціалізованої допомоги пацієнтам з тяжкими ураженнями судин.

«Щороку учнями професора І.І. Сухарева (1939–2003) в клініці виконується понад 200 операцій із протезування аорти, у тому числі при ускладненні розривом та синдромі Ляріша. У багатьох західних країнах звичайна ангіохірургія відходить на другий план, що не може не турбувати організаторів охорони здоров'я (адже за деякими прогнозами, через 4–5 років не залишиться фахівців, здатних оперувати за класичними методами, що є особливо загрозливим у разі невідкладних станів, ятрогенних ускладнень або у складних клінічних ситуаціях). Тому ми пишаємося своїми ангіохірургами та максимально сприяємо їх розвитку та технічному забезпеченню, — заявив доповідач. — Не можна обійти питання перспектив кардіохірургічного напрямку. Інститут в своїй структурі має відділення хірургії та трансплантації серця. Основним науково-практичним напрямком відділу є розробка нових та удосконалення

існуючих методів лікування ішемічної хвороби серця та клапанного апарату. Активно розробляються алгоритми та методи симультанних та комбінованих оперативних втручань. Вперше в Україні в стінах інституту виконано операцію Озаки в різних модифікаціях; започаткована клітинна терапія дилатаційної кардіоміопатії; впроваджуються нові методи операцій на клапанному апараті.

Новим хірургічним трендом є **метаболічна та ендокринна хірургія**. Якщо ендокринна хірургія доволі відома, то новий напрям — метаболічна хірургія — недостатньо знайомий хірургічній спільноті.

У зв'язку з неправильним харчуванням, стилем життя та гормональними порушеннями значно збільшується кількість осіб з метаболічними розладами та, як наслідок, надлишковою масою тіла. Ожиріння визнано ВООЗ новою хронічною неінфекційною епідемією: у світі налічується більше 250 млн осіб з ожирінням, що становить 7% дорослого населення планети. Вже зараз пацієнти з ожирінням становлять 45–60% дорослого населення США, 48% — Німеччини, 30–40% — Австралії та Великобританії, понад 20% — Бразилії. Експерти ВООЗ прогнозують двократне збільшення кількості осіб з ожирінням до 2025 р. порівняно з 2000 р. Все це вимагає рішучих дій як в науковому, так і практичному напрямках.

«Саме в стінах нашого інституту народжувалася метаболічна хірургія України, саме в наших операційних вперше виконувалися відповідні оперативні втручання, розроблялися нові та модифікувалися існуючі хірургічні методи корекції метаболічних розладів. Запроваджені лапароскопічні оперативні втручання, які дозволяють значно знизити ризик інтра- та післяопераційних ускладнень, забезпечити вкрай необхідну післяопераційну мобілізацію пацієнта. Великою перевагою НІХТ імені О.О. Шалімова НАМН України є його мультихірургічна направленість та можливість надання повного спектра хірургічної допомоги, у тому числі й етапної, — зауважив вчений. — Якщо повернутися до **метаболічної хірургії**, то одним з її наслідків є стрімка втрата маси тіла, яка супроводжується формуванням надлишкових шкірних мішків і, відповідно, потребує хірургічної реконструктивно-відновної та пластичної корекції, що виконується також в нашому інституті».

Загалом **реконструктивно-відновна та пластична хірургія** сьогодні є доволі затребуваною: професор О. Усенко пов'язує це перш за все з реаліями часу — необхідністю закриття дефектів покривних тканин, зумовлених наслідками хірургічних втручань або травм, корекції вроджених та набутих вад, а сьогодні це і необхідність закриття дефектів, як наслідку бойової травми. Арсенал реконструктивних хірургів є значним. При оперативних втручаннях використовуються різного роду імплантати та біоімплантати, широко застосовуються методи клітинно-тканинної трансплантації, мікрохірургії та трансплантації складних комплексів тканин. Рутинною стає використання персоналізованих імплантатів, створених методом 3D-друку (у тому числі таких, які колонізовані модифікованими стовбуровими клітинами), а також операції з трансплантації обличчя, кінцівок.

«Сучасна військово-політична ситуація в країні, зношеність виробничої інфраструктури вимагають від медичної галузі інших підходів до забезпечення медичною допомогою постраждалих унаслідок бойових дій та надзвичайних станів і техногенних катастроф. Саме на провідні інститути НАМН України державою повинні бути покладені функції із забезпечення організації та наукового супроводу надання медичної допомоги населенню України в мирний та військовий час, обґрунтування та моніторингу створення єдиного медичного простору, інтеграції лікувальних закладів в єдине ціле, що надасть змогу сформувати етапність надання медичної допомоги та запобігти дублюванню функцій, у тому числі наукових розробок та досліджень», — переконаний науковець.

Трансплантація

Перспективним, однак проблемним в організаційному плані, доповідач назвав напрямок із трансплантації анатомічних матеріалів людині. Нагадувалося, що професор Ю.Ю. Вороний (1895–1961), працюючи в Херсоні, **вперше в світі** виконав пересадку трупної нирки людині. У повідомленні, опублікованому ним у 1934 р. в італійському медичному часописі «*Vinerva Chirurgica*», зазначалося, що трансплантована нирка включилася у кровотік та почала функціонувати (давати сечу). А нині — за поточними прогнозами футурологів та медичних експертів — до 2050 р. понад 60% оперативних втручань будуть мати трансплантаційний супровід у вигляді пересадки органів, тканин, клітин, біологічних суб-

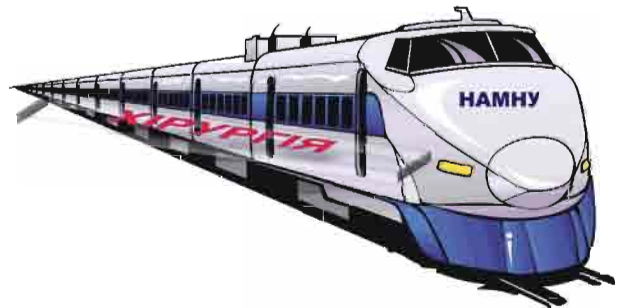
стратив чи біоімплантатів або при проведенні операції будуть використовуватися трансплантаційні методики та технології.

«На жаль, Україна, колиска клінічної трансплантології, не може похвалитися своїми досягненнями в цьому напрямку. За період 1996–2019 рр. в країні виконано 2076 трансплантацій нирки, 184 трансплантації печінки та 8 трансплантацій серця. Названа кількість трансплантацій надзвичайно мала, особливо це стосується пересадок органів від посмертного донора. Натомість, потреба в пересадці органів значно перевищує загальну кількість виконаних трансплантацій (цей показник в Україні становить лише 1,6 на 1 млн населення, тоді як в Австрії досягає 81,5, в Іспанії — 85,6, у США — 76,7 на 1 млн населення). Щорічна потреба в трансплантації органів досягає 5 тис., з яких близько 2 тис. потребують трансплантації нирки, понад 1 тис. — трансплантації печінки та серця», — оприлюднюючи ці невтішні показники, професор О. Усенко, наголосив, що не можна скласти руки і не діяти. Співробітники НІХТ імені О.О. Шалімова НАМН України активно співпрацюють із Міністерством охорони здоров'я України та Комітетом Верховної Ради України з питань охорони здоров'я щодо розробки відповідних нормативних актів з питань трансплантації, а також практикують нові методи трансплантації від живого родинного донора: АВО-несумісну трансплантацію нирки та трансплантацію легень від 2 родинних донорів (вперше виконано).

Також науковцями установи вперше розроблено методи клітинної трансплантації з використанням стовбурових клітин як аlogenного, так і аутологичного походження в комплексному лікуванні нереконструктабельного ураження периферичного артеріального русла та дилатаційної кардіоміопатії, що дає змогу запобігти інвалідизуючим втручанням (ампутації кінцівки), а у разі дилатаційної кардіоміопатії є містком до органної трансплантації.

Завдяки застосуванню трансплантаційних технологій та оперативних прийомів розширюються горизонти інших напрямків хірургії. Наприклад, технології реконструкції судинного русла, які використовуються при проведенні трансплантації печінки від живого родинного донора, сьогодні широко застосовуються в резекції печінки, особливо при інвазії пухлини в порталну систему, дозволяючи досягнути «резектабельності» пухлини і, як наслідок, зберегти життя пацієнту.

Аналогічним чином знайшли сферу застосування трансплантаційні технології в онконефрології. У відділі трансплантації нирки широко використовується методика екстракорпоральних маніпуляцій на нирці з наступною аутоотрансплантацією, що дає змогу провести точнішу, клінічно адекватнішу та органозберігаючу резекцію нирки.



«Хочу наголосити: розвиток хірургічних дисциплін є дуже стрімким — те, що ще вчора здавалося новим і публікувалося лише в спеціальних хірургічних журналах, сьогодні стає рутинною, повсякденною роботою. Хірургія вдосконалюється невпинно, і нас з Вами, безумовно, в XXI столітті очікує подальший прогрес хірургічної науки, до якого ми повинні бути обов'язково дотичні. Саме академічні установи повинні бути тим локомотивом (див. рисунок — прим. ред.), який виведе медичну допомогу на інший якісний рівень, максимально наблизивши її до стандартів Європейського Союзу», — так підсумував свою доповідь директор НІХТ імені О.О. Шалімова НАМН України, член-кореспондент НАМН України, професор О. Усенко під непересічно потужні оплески колег-академіків.

Пилип Синігров,
фото автора та надані НІХТ імені О.О. Шалімова НАМН України