

XXIII З'ЇЗД ХІРУРГІВ УКРАЇНИ (Київ, 21-23 жовтня 2015 р.)

У роботі з'їзду взяли участь понад 3700 лікарів хірургічного профілю (дитячі хірурги, комбустіологи та пластичні хірурги, фахівці з ендокринної хірургії та трансплантологи, військові медики) з усіх регіонів України.

Програма з'їзду передбачала доповіді за всіма напрямками надання хірургічної допомоги від проблем ургентної хірургії до аспектів реконструктивно-відновних втручань та трансплантології.

Уперше на науковому форумі такого рівня було проведено пленарне засідання з проблем та питань військової медицини, з особливостей та етапності надання медичної допомоги при мінно-вибухових та вогнепальних пораненнях у хірургічних відділеннях лікувальних закладів різних рівнів акредитації.

На секційних засіданнях обговорені актуальні питання дитячої, ендокринної, серцево-судинної, бариатричної мініінвазивної та ургентної хірургії, комбустіології і трансплантології.

Загальний стан хірургічної служби України: проблеми та шляхи їх вирішення

Існуючий організаційно-методичний стан хірургічної служби не повною мірою відповідає вимогам та реаліям часу — існує низка проблемних питань, що гальмують розвиток служби та негативно впливають на якість надання хірургічної допомоги, а саме:

- відсутність офіційно визначеного центрального організаційно-методичного та науково-координаційного центру з проблем хірургії;
- відсутність чіткої управлінської вертикалі та горизонталі хірургічної служби;
- застарілі нормативно-правові документи (клінічні протоколи, стандарти надання медичної допомоги тощо) та неадекватна реаліям і вимогам часу статистична звітність;
- поглиблення кадрового дефіциту та гальмування зміни хірургічних поколінь, що найбільш виражено на рівні районних та поліклінічних закладів охорони здоров'я;
- морально та фізично застаріле діагностично-лікувальне обладнання та загально-хірургічна матеріально-технічна база;
- неадекватне фінансове заохочення та відсутній правовий захист лікарів-хірургів.

Шляхи вирішення наведених вище проблем

Законодавче закріплення права Асоціації на прийняття відповідних рішень щодо управління хірургічною службою, а саме: безпосередня участь у

розробці нормативно-правових та законодавчих актів; передача функцій атестації кадрів від структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій до регіональних осередків Асоціації хірургів України; забезпечення юридичного та фахового захисту членів Асоціації.

Офіційне визначення на рівні нормативно-правових актів головних організаційно-методичних центрів за лікарськими спеціальностями з наданням їм права моніторингу та методичного керівництва відповідної галузі.

Переформатування інституту головних позаштатних спеціалістів на основі діяльності регіональних осередків профільних асоціацій з наданням їм права формувати відповідні організаційно-методичні вертикалі.

Переформатування системи фахової підготовки лікарів хірургічного профілю (з введенням ординатури та реформування інтернатури) у відповідності до державного або місцевого замовлення з обов'язковим відпрацюванням фахівця на відповідному до факту замовлення робочому місці не менше п'яти років.

Введення та надання відповідного правового статусу республіканським проблемним комісіям для розгляду та затвердження матеріалів наукових досліджень та їх впровадження в практичну діяльність закладів охорони здоров'я.

Розробка, затвердження та неухильне виконання державних та місцевих цільових програм з матеріально-технічного переоснащення хірургічних стаціонарів та діагностичних комплексів.

Перегляд на державному рівні оплати роботи фахівців хірургічного профілю та формування нового підходу до правового захисту лікарів-хірургів на базі профільних асоціацій.

Розробка та впровадження сучасної нормативно-правової бази через інститут профільних асоціацій з широким залученням усіх членів асоціацій.

Нижче наводяться рішення, що були прийняті на секціях з'їзду.

Резолюція секції “Вогнепальні ушкодження, пов'язані з воєнними діями”

Сприяти прийняттю військово-медичної доктрини, що передбачає створення системи лікувально-евакуаційного забезпечення збройних сил України відповідно до політичного, економічного, військового та військово-медичного потенціалу держави.

Створити єдиний медичний простір (територіальні госпітальні бази МОЗ України) з визначеним

бюджетним фінансуванням і системою матеріально-технічного забезпечення на особливий період.

Розробити і впровадити в повсякденну діяльність єдині стандарти надання спеціалізованої хірургічної допомоги, лікування і реабілітації при бойовій хірургічній травмі.

Забезпечити методичний супровід (підручники, постанови, методичні рекомендації) єдиної системи надання хірургічної допомоги в державі.

Відновити систему підготовки офіцерів медичної служби запасу у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації, військових фельдшерів на базі медичних училищ, систему допідготовки мобілізованих лікарів в Українській військово-медичній академії.

Включити до програм додипломної, післядипломної підготовки та удосконалення лікарів хірургічного профілю розділи щодо особливостей надання медичної допомоги при бойовій хірургічній травмі.

Резолюція секції “Комбустіологія та пластична хірургія”

Вдосконалити систему надання допомоги постраждалим з термічною травмою та комбінованою травмою мінно-вибухового характеру при масових ураженнях, а також військовослужбовцям при проведенні військових дій, яка має містити у собі науково обґрунтовані організаційні засади та міжнародні стандарти надання комбустіологічної допомоги з відповідним матеріально-технічним забезпеченням та професійною підготовкою медичного персоналу.

Сприяти створенню реєстру всіх потерпілих з термічними ураженнями (у т.ч. із зони АТО) з метою їх подальшого супроводу та визначення потреб в реабілітації.

Сприяти створенню мультифункціональних комплексів медичної реабілітації з використанням природних лікувальних ресурсів і рекреаційних можливостей санаторно-курортних закладів усіх форм власності.

Впровадити іноваційні технології хірургічного лікування хворих з опіками та їх наслідками з використанням біологічних, синтетичних покриттів та клітинних технологій.

Сприяти реорганізації структури опікових відділень з метою збільшення відсотка хворих з неопіковою патологією, що потребують технологій лікування, які застосовуються у комбустіології (до 20-25 % загальної кількості пролікованих хворих), зокрема відновлювальних, пластичних та естетичних оперативних втручань.

Внести до переліку лікарських спеціальностей нової спеціальності “Пластична та реконструктивно-відновна хірургія” з подальшим формуванням навчально-методичних програм та атестаційних циклів.

Прийняти розроблений Всеукраїнською асоціацією пластичних, реконструктивних та естетичних хірургів проекту наказу МОЗ України “Про удосконалення медичної допомоги з пластичної хірургії населенню України”.

Резолюція секції “Ендокринна хірургія”

Впровадити у клінічну практику діагностичні протоколи, стандарти лікування, засновані на принципах доказової медицини.

Сприяти впровадженню та розробці мініінвазивних методів радикальної хірургії онкологічної патології залоз внутрішньої секреції.

Ширше впроваджувати у клінічну практику передові високотехнологічні фармацевтичні препарати (аналоги соматостатину, антагоністи рецепторів гормону росту і дофамінових рецепторів, інгібітори тирозинкінази) для лікування аденом гіпофіза, нейроендокринних пухлин, низькодиференційованих тиреоїдних карцином, феохромобластом, адренокортикального раку

Резолюція секції “Дитяча хірургія”

Вважати, що у хірургії дитячого віку немає вікових обмежень щодо проведення реконструктивних операцій як у грудній клітці, так і у черевній порожнині.

Сприяти у співпраці з акушер-гінекологами розвитку хірургії плода з урахуванням передового досвіду спеціалістів Західної Європи.

Продовжити накопичення досвіду по мініінвазивній хірургії з використанням відеоскопічних технологій у дітей.

Розвивати хірургію новонароджених, пропонуючи оригінальні методики, та дотримуватись протоколів лікування, що прийняті у провідних клініках світу, верифікувати їх в публікаціях у світових журналах, матеріалах міжнародних конгресів і конференцій.

Виходячи з патогенетичних механізмів розвитку респіраторних запальних процесів, прийняти як таку, що заслуговує уваги, клініко-рентгенологічну та ендоскопічну класифікацію компресійного стенозу повітроносних шляхів у дітей з доброякісними утвореннями межистіння в залежності від ступеня компресії, що сприятиме значному покращенню своєчасної діагностики та наданню адекватної допомоги дітям з цією патологією.

Резолюція секції “Судинна хірургія”

У хворих з мультифокальними ураженнями різних артеріальних сегментів (брахіоцефальних, коронарних, аорти та нижніх кінцівок) найбільш доцільним є мультидисциплінарний підхід із застосуванням гібридних втручань.

Розробити нормативну базу функціонування системи екстреної та невідкладної кардіохірургічної допомоги (стандарти, клінічні протоколи, таблиця оснащення, кваліфікаційні вимоги) та сприяти її впровадженню в клінічну практику.

Сприяти організації системи надання допомоги вагітним з кардіальною патологією (акушерська кардіологія та кардіохірургія).

Сприяти розробці реєстру жінок фертильного віку з кардіальною патологією та реєстр пацієнтів, що мають високий рівень ризику виникнення невідкладних кардіохірургічних станів (у тому числі з генетичною та спадковою патологією).

Сприяти розробці та впровадженню в клінічну практику методів клітинної трансплантації як самостійного напрямку, так і в комплексі з реконструктивними операціями на магістральних судинах.

Лікування ВСМ має виконуватися в мультидисциплінарних хірургічних центрах (відділення хірургії судин закладів охорони здоров'я та наукових установ).

У зв'язку з великою кількістю рецидивів після "класичного" хірургічного лікування ХВН обов'язковим є включення в алгоритм обстеження УЗДС вен.

При наявності показів та матеріально-технічної бази пріоритетними методами лікування хронічної венозної недостатності є технології ендовазальної хірургії (ендовазальна лазерна коагуляція, радіочастотна абляція);

У пацієнтів з тромбозом глибоких вен і тромбоемболією легеневої артерії (ТЕЛА) переваги має застосування АКТ, а також тромболітична терапія.

Відкриті оперативні втручання застосовуються при наявності абсолютних показань і обов'язково в спеціалізованих центрах. Тромболітична терапія має проводитись у відділеннях інтенсивної терапії або спеціалізованих судинних відділеннях.

Кава-фільтри встановлюються при наявності абсолютних показань — неможливості проведення АКТ, при прогресуючих проксимальних тромбозах і рецидивуючих ТЕЛА.

Ендоваскулярні технології є пріоритетними методами лікування хворих з анеризмою черевної чи грудної частини аорти, особливо пацієнтів похилого віку і з наявною супутньою поліморбідністю. Доцільним є цільове забезпечення спеціалізованих судинних хірургічних центрів, що дасть змогу значно покращити якість надання спеціалізованої медичної допомоги.

Резолюція секції

"Трансплантаційна хірургія"

Внести діагностику смерті мозку в Українську редакцію Міжнародного класифікатора хвороб та

до стандартів діагностики і лікування пацієнтів з тяжкими ураженнями головного мозку.

Сприяти розробці нової та удосконаленню існуючої нормативно-правової бази з питань трансплантації.

Сприяти створенню Національного агентства з трансплантації та донорства шляхом реформування Координаційного центру трансплантації органів, тканин і клітин МОЗ України з визначенням його функції як органу виконавчої влади, завданням якого буде формування напрямів розвитку всіх сфер діяльності трансплантаційної служби (у т. ч. служби трансплант-координаторів) та забезпечення її функціонування.

Сприяти створенню державних трансплантаційних центрів на базі ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України" та у м. Запоріжжя.

Сприяти розробці державної програми з розвитку трансплантації та донорства, передбачивши в її структурі окреме фінансування кожного факту органної та клітинної трансплантації як за рахунок державного бюджету, так і за рахунок благодійних надходжень та фондів з урахуванням компенсаційних виплат базам вилучення органів та лікарям трансплант-координаторам.

Сприяти активній соціально спрямованій кампанії з роз'яснення необхідності існування та розвитку трансплантації та суспільної користі померлого донорства.

Резолюція секції

"Гепатопанкреатобіліарна хірургія"

Пріоритетними методами хірургічного лікування органів гепатобіліарної зони є мінімально інвазивні оперативні втручання (відеоендоскопічні, лапароскопічні, пункційні під ультразвуковою навігацією).

Резекційні оперативні втручання на органах гепатопанкреатодуоденальної зони та оперативні втручання у випадках ятрогенних пошкоджень та рубцевих стриктур жовчовивідних проток слід виконувати лише у спеціалізованих центрах на основі мультидисциплінарного підходу.

Операцією вибору у випадках великих пошкоджень та високих рубцевих стриктур жовчних проток є висока гепатикоеюностомія.

До впровадження національних клінічних стандартів та протоколів при лікуванні органів гепатобіліарної зони доцільно керуватися європейськими стандартами та клінічними настановами.

Рекомендованими до використання в клінічній практиці міжнародними класифікаціями є такі: при виконанні лімфодиссекції — японська класифікація лімфатичних вузлів, при виникненні ускладнень — класифікація за *Clavien-Dindo*, при

оперативних втручаннях на підшлунковій залозі — класифікація післяопераційних гастростазу та панкреатичної фістули міжнародної дослідницької групи хірургії підшлункової залози та міжнародної дослідницької групи з панкреатичних фістул.

Біопсія матеріалу для гістологічного дослідження при оперативних втручаннях з приводу хронічного панкреатиту є обов'язковою. Відмова від біопсії має бути чітко обґрунтована з відповідним записом у протоколі операції.

Резолюція секції “Бариатрична та метаболічна хірургія”

Враховуючи зростання кількості хворих з ожирінням та супутніми метаболічними захворюваннями, напрям бариатричної та метаболічної хірургії потребує подальшого розвитку та удосконалення.

Доцільним є необхідність підготовки кадрів та проведення у різних регіонах України шкіл-семінарів з проблем бариатричної та метаболічної хірургії з широкою участю спеціалістів суміжних профілів — терапевтів, кардіологів, ендокринологів, які займаються проблемою ожиріння.

Доцільним є звернення до МОЗ України з пропозицією щодо внесення до переліку оперативних втручань методів бариатричної хірургії.

Необхідним вбачається внесення тематичних питань з бариатричної та метаболічної хірургії до курсу післядипломної підготовки фахівців хірургічного, терапевтичного та ендокринологічного профілів.

Резолюція секції “Хірургія шлунково-кишкового тракту”

Пріоритетним напрямом розвитку хірургії шлунково-кишкового тракту є використання інноваційних технологій, у першу чергу це широке впровадження лапароскопічних оперативних втручань при лікуванні як доброякісних, так і злоякісних захворювань.

При злоякісних новоутвореннях шлунка гастректомія чи субтотальна резекція органу має доповнюватися лімфодисекцією в обсязі D2.

Лімфодисекція в обсязі D2 є пріоритетною при хірургії раку ободової кишки.

Стадія захворювання та обсяг оперативного втручання при раку прямої кишки визначається за результатами МРТ та ендоехосонаографії.

При раку прямої кишки обов'язковим етапом оперативного втручання є виконання тотальної мезоректумектомії. При виконанні низької передньої резекції прямої кишки та ризику виникнення недостатності анастомозу доцільним є формування протекційної ілео- або колостоми.

При неспецифічному виразковому коліті та сімейному поліпозі товстої кишки операцією вибору є

тотальна колектомія з формуванням тонкокишкового резервуарно-анального анастомозу. При хворобі Крона пріоритетним є резекція ураженої частини кишки.

Хірургія виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки обмежується лише ускладненими її формами — кровотеча, перфорація, малигізація, суб- та декомпенсований стеноз.

Пріоритетними методами лікування гриж черевної стінки є застосування лапароскопічних втручань та “сіток” з подвійним покриттям для інтраперитонеальної алопластики.

Важливим фактором профілактики післяопераційних рецидивів є відновлення анатомо-функціональних властивостей м'язів передньої черевної стінки.

Резолюція секції “Післяопераційні ускладнення”

Гострі шлунково-кишкові кровотечі. Лікування хворих з гострою шлунково-кишковою кровотечею (ШКК) має відбуватися виключно в спеціалізованих відділеннях (центрах) із залученням хірургів, лікарів-ендоскопістів, анестезіологів-реаніматологів та фахівців інтервенційної ангіографії.

Пріоритетною діагностично-лікувальною технологією при ШКК (у тому числі при рецидиві кровотечі) є ендоскопія/фіброгастроуденоскопія з використанням комбінованих методик гемостазу.

Лікувальний алгоритм при ШКК має містити у собі повноцінну медикаментозну та інфузійну терапію (при необхідності в умовах реанімаційно-анестезіологічного відділення) з обов'язковим призначенням інгібіторів протонної помпи.

При неефективності ендоскопічного (у тому числі повторного) гемостазу та медикаментозної гемостатичної терапії у випадку кровотечі виразкового генезу показане традиційне операційне втручання в органоощадному об'ємі з висіченням виразкового субстрату або виведенням його за контур травного каналу.

В окремих клінічних ситуаціях доцільно застосовувати ендovasкулярні інтервенційні технології.

Гостра кишкова непрохідність. Алгоритм клінічного обстеження має містити у собі зондування шлунка, аускультативне оцінювання перистальтики, пальцеве обстеження прямої кишки, рентгенографію органів черевної порожнини, ультрасонаографію.

Оперативні втручання у хворих із гострою кишковою непрохідністю неопластичного генезу складаються з правобічної геміколектомії, резекції сегмента товстої кишки за Гартманом та формування обхідного анастомозу при наявності віддалених метастазів; резекція товстої кишки з первинним анастомозом припустима лише в окремих клінічних випадках.

При гострій кишковій непрохідності на фоні спайкової хвороби оперативне втручання в обсязі вісцеролілізу/адгезіолілізу може бути виконане із застосуванням відеолапароскопічних технологій.

Гострий панкреатит. Гострий панкреатит (ГП) являє собою мультидисциплінарну проблему ургентної хірургії, ефективно вирішення якої має ґрунтуватися на використанні методичних підходів та даних суміжних дисциплін: мікробіології, топографо/патоморфології, ендоскопії, радіології, медикаментозної терапії, анестезіології та хірургії.

Хірургічне лікування ГП та його місцевих ускладнень слід проводити з урахуванням асептичності або інфікованості осередку запалення, характеру його за топографо-анатомічними, патоморфологічними та кількісними ознаками з пріоритетом мінімально-інвазивних операційних технологій (МІОТ) — інтервенційно-сонографічних (пункційних, пункційно-дренувальних) і відеолапароскопічних; вони мають як остаточний лікувальний результат, так і етапне значення перед виконанням традиційних втручань, тобто МІОТ можуть застосовуватися як у самостійному вигляді, так і у поєднанні з лапаротомними втручаннями.

Традиційна операція має передбачати широкий лапаротомний доступ із повноцінною ревізією всіх вірогідних зон ураження залози та клітковини заочеревинного простору, некрсеквестрехтомію девіталізованих тканин із санацією та повноцінним дрениванням.

За наявності обмежених ділянок ураження можливим є використання методики закритого проточно-промивного дренивання; при поширених гнійно-некротичних процесах доцільне формування лапаро-ретроперитонеостоми з вірогідністю подальших етапних санацій шляхом програмованих релапаротомій.

Поширений перитоніт. Лікування хворих із поширеними формами перитоніту має ґрунтува-

тися на знаннях особливостей бактерійного чинника, механізмів патогенезу, розповсюдженості та стадії патологічного процесу, наявності різноманітних системних патологічних процесів, особливостей проявів органної/поліорганної недостатності з врахуванням супутньої патології.

Хірургічне втручання при поширених формах перитоніту полягає у широкому операційному доступі, усуненні або елімінації джерела/причини перитоніту з повноцінною санацією та дрениванням черевної порожнини.

Доцільним є інтраперитонеальний лаваж розчинами антисептиків, застосування фізичних факторів (ультразвук, магнітне поле, ультрафіолетове опромінення), локальних і загальних сорбційних методик, профілактика таких синдромів, як синдром абдоминальної компресії (*abdominal-compartment syndrome*), ентєральної недостатності та надлишкової колонізації патогенною мікрофлорою проксимальних відділів тонкої кишки; для цього слід реалізовувати пролонговану декомпресію кишечника, використання VAC-систем, методу програмованої релапаротомії.

Комплексне лікування поширених форм перитоніту має передбачати повноцінну інфузійну терапію, етіотропне призначення антибактерійних засобів, методи екстракорпоральної детоксикації.

Під час з'їзду було проведено нараду обласних головних позаштатних фахівців за спеціальністю "Хірургія" та звітно-виборні збори Асоціації хірургів України, обрано правління та президію Асоціації. Головою Асоціації хірургів України обрано директора ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України", головного позаштатного фахівця МОЗ України зі спеціальності "Хірургія", доктора медичних наук, професора Олександра Юрійовича Усенка.