ОФІЦІЙНИЙ РОЗДІЛ

XXIV З'ЇЗД ХІРУРГІВ УКРАЇНИ
(Київ, 26-28 вересня 2018 р.)

У роботі XXIV з'їзду хірургів України, присвяченого 100-річчю з дня народження академіка О. О. Шалімова, взяли участь понад 2000 фахівців з усіх регіонів України, а також науковці з Словаччини, Казахстану, Узбекистану та Білорусі.

Основні програмні питання з'їзду:

- Хірургічне лікування бойових ушкоджень, їх ускладнень та наслідків.
- Проблеми абдомінальної, торакальної та судинної хірургії.
- Проблеми ургентної хірургії.
- Ускладнення в хірургії.
- Перитоніт, сепсис та інфекції, пов'язані з наданням медичної допомоги.
- Хірургія ендокринних органів.
- Хірургія серця.
- Дитяча хірургія.
- Трансплантація органів.
- Мікросудинна та пластична хірургія.
- Експериментальна хірургія.

Протягом трьох днів відбувалися пленарні засідання, присвячені лікуванню вогнепальних ушкоджень, пов'язаних із воєнними діями, сучасним технологіям хірургічної корекції патології органів травлення, аналізу сучасного стану хірургічної допомоги населенню України та завдань з поліпшення її організації та розгляду організаційних питань. Були проведені секційні засідання, присвячені раннім післяопераційним ускладненням, сучасному стану та проблемам серцево-судинної, дитячої, ендокринної, баріатрічної, пластичної хірургії та комбустіології і трансплантології. Також був заслуханий звіт Президії правління Асоціації хірургів України та відбулося обрання її нового складу.

З 26 по 28 вересня з'їзд працював у штатному режимі пленарних та секційних засідань, сателітних симпозіумів та круглого столу. Насичена програма форуму стосувалася військової, серцево-судинної, дитячої хірургії, кардіохірургії, комбустіології та пластичної хірургії, хірургічної ендокринології, проблем ургентної хірургії та післяопераційних ускладнень, баріатричної хірургії та трансплантології.

За результатами доповідей і обговорення визначено та прийняті проекти відповідних резолюції за напрямами:

Загальний стан хірургічної служби України: проблеми та шляхи їх вирішення

Існуючий організаційно-методичний стан хірургічної служби не в повній мірі відповідає вимогам та реаліям часу, існує низка проблемних питань, що гальмують розвиток служби та негативним чином впливають на якість надання хірургічної допомоги, а саме:

- поглиблення кадрового дефіциту та гальмування зміни хірургічних поколінь, що найбільш виражено на рівні районних та поліклінічних закладів охорони здоров'я;
- відсутність офіційно визначеного центрального організаційно-методичного та науково-координаційного центру з проблем хірургії;
- відсутність чіткої управлінської вертикалі та горизонталі хірургічної служби та медичної галузі загалом;
- морально та фізично застаріле діагностично-лікувальне обладнання та загально-хірургічна матеріально-технічна база;
- неадекватне фінансове заохочення та відсутній правовий захист лікарів-хірургів;
- відсутність системи медичної стандартизації та маршрутизації та неадекватна реаліям та вимогам часу статистична звітність.

Шляхи вирішення наведених вище проблем за результатами дискусії визначені такі:

- створення єдиного медичного простору та впровадження системи управління медичною галуззю;
- офіційне визначення на рівні нормативно-правових актів головних організаційно-методичних центрів за лікарськими спеціальностями з наданням їм права моніторингу та методичного керівництва у відповідній галузі;
- 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 та після-

дипломної освіти та кваліфікації лікарів-хірургів на базі профільних асоціацій;
- розробка та впровадження сучасної національної медичної стандартизації та маршрутизації через інститут профільних асоціацій на базі доказової медицини та світового досвіду.

За напрямами секційних засідань:

Актуальні питання воєнно-польової хірургії та медицини катастроф

Сприяти виконанню військово-медичної доктрини, що передбачає створення системи лікувально-евакуаційного забезпечення сил оборони України.

Сприяти створенню єдиного медичного простору (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 хірургічної допомоги, лікування і реабілітації при бойовій хірургічній травмі.

Створити єдину базу даних поранених і постраждалих під час бойових дій на сході України з метою всебічного вивчення характеру і структури бойової хірургічної травми.

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

Сприяти відновленню системи підготовки офіцерів медичної служби запасу у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації. Включити до програм до дипломної, післядипломної підготовки та удосконалення лікарів хірургічного профілю розділи щодо особливостей надання медичної допомоги при бойовій хірургічній травмі.

Проблеми стравоходу та шлунку

На сьогоднішній день, хірургічне лікування захворювань стравоходу та шлунку в Україні знаходиться на належному рівні. Створені передумови для виконання високотехнологічних мініінвазивних методів оперативних втручань.

Вважаємо за необхідне дотримання світових стандартів при лікуванні злоякісних захворювань стравоходу з використанням неоад'ювантної терапії, післяопераційним студіюванням та реабілітацією пацієнтів.

Оперативні втручання повинні бути первинно відновлюваними тоді, як багатоетапні мають на сьогоднішній день тільки історичне значення.

За статистичними даними хворі на рак стравоходу лише у 20 % охоплені комбінованим, або оперативним лікуванням, в зв'язку з чим потрібно частіше висвітлювати проблему в інформаційному просторі та проводити освітні заходи з діагностики раку стравоходу з лікарями первинної ланки медичної допомоги.

Вважаємо за доцільне виконання високотехнологічних втручань на стравоході лише в багатопрофільних хірургічних центрах з наявністю досвіду в лікуванні хворих такого профілю.

При виникненні ранніх післяопераційних ускладнень першочергову перевагу потрібно надавати мініінвазивним методам їх корекції.

Під час виконання оперативних втручань з приводу гриж стравохідного отвору діафрагми вважаємо недоцільним та небезпечним використання синтетичних поліпропіленових сіток.

При спонтанних розривах стравоходу потрібно віддавати перевагу мініінвазивним методам їх лікування.

Проблеми хірургії жовчовивідних шляхів

Висока гепатикоєюностомія є пріоритетним оперативним втручанням при рубцевих стриктурах жовчовивідних проток.

При комбінованих васкулобіліарних пошкодженнях необхідно виконувати резекцію ураженої паренхіми печінки.

Показами до резекції печінки при травмі жовчних шляхів є ізольоване пошкодження протоків правої передньої чи задньої секції, а також комбіноване васкулобіліарне пошкодження, що супроводжується некрозом чи гнійно-некротичними змінами ураженої паренхіми печінки.

Резекція печінки у хворих з комбінованими пошкодженнями жовчних шляхів повинна виконуватись до розвитку у пацієнта сепсису чи вторинного біліарного цирозу.

Двоетапна тактика з застосуванням на першому етапі ендоскопічної транспапілярної санації жовчних шляхів є пріоритетним методом лікування жовчокам'яної хвороби ускладненої холедохолітіазом.

Проблеми судинної хірургії

На засіданні "Хірургія аорти, брахіоцефальних та периферичних артерій" було розглянуто актуальні питання та невирішені проблеми хірургічної тактики у хворих на мультифокальні оклюзійно-стенотичні ураження артерій різних басейнів. Сформульовано алгоритм сучасних підходів в визначенні показів до виконання багаторівневих реконструктивних втручань при етапних та одномоментних операціях на каротидному басейні, коронарних артеріях та артеріях нижніх кінцівок. Крім того, проведено аналіз результатів хірургічного лікування

аневризм грудної та черевної аорти в аспекті вдосконалення хірургічної тактики, порівнюючи клінічні підходи на протязі 20-річного досвіду.

Приведено сучасні клінічні підходи щодо виконання ендоваскулярного протезування аневризм черевної аорти та артерій миски. Розглянуто та проаналізовано досвід 120 операцій з цього приводу. Мала місце цікава дискусія з приводу показів до відкритих та ендоваскулярних втручань при аневризматичних ураженнях черевної аорти. Визначені чіткі тактичні підходи щодо виконання і ендоваскулярних, і відкритих протезувань черевної аорти при її аневризматичному ураженні.

На засіданні розглянуто основні позиції сучасного гайдлайну при оклюзійно-стенотичних ураженнях каротидних артерій. Проведено порівняльний аналіз існуючих та сучасних підходів щодо виконання стентування та каротидної ендартеректомії у хворих з атеросклеротичними ураженнями брахіоцефальних артерій.

Також на засіданні обговорено проблеми хірургічного лікування атеросклеротичного враження брахіоцефальних артерій, враховуючи дані міжнародних досліджень, прийнято рішення про загальні стратегії діагностики, оцінювання структури атерогенності бляшки в передопераційному періоді, та подальшого рішення щодо хірургічного чи консервативного лікування. Обговорено застосування сонографічного інтраопераційного моніторингу при каротидній ендартеректомії.

Проведено дискусію, щодо актуального питання хірургічної тактики при травматичних пошкодженнях магістральних судин.

Критична ішемія нижніх кінцівок розглядалася з позиції ендоваскулярного та відкритого хірургічного лікування. Обговорення можливість застосування нових технологій. Актуальне питання гібридних операційних обговорилося з точки зору як ефективності лікувального процесу, так і економічних складових. Розглядалися загальні тенденції консервативного лікування з урахуванням доказової медицини, та враховуючи український досвід

В ході засідання "Проблеми хірургічного лікування діабетичної стопи" розглядались проблеми комплексного лікування обширних дефектів у хворих з діабетичною стопою та було узгоджена необхідність мультидисциплінарного підходу до вирішення даної проблеми.

Важливим та перспективним напрямом у лікуванні хворих з синдромом діабетичної стопи (СДС) є не лише реваскуляризація гомілки, а й реваскуляризація стопи з урахуванням ангіосом.

Всесторонньо висвітлена та розкрита необхідність остеокоригувальної хірургії у хворих синдромом діабетичної стопи в умовах сучасних реалій.

Метод використання субатмосферного тиску при лікуванні остеомієліту у пацієнтів з СДС заслуговує на подальше вивчення та аналіз.

Обговорено корекцію деформацій при нейропатичній формі ускладненого синдрому діабетичної стопи підкреслили необхідність тензіотомії для покращення результатів лікування.

Проаналізовані причини летальності хворих за ускладненого СДС з проявами сепсису показали високий процент летальності більш глибокого вивчення проблеми.

На секційному засіданні "Вроджені судинні мальформації. Венозний тромбоемболізм" про обговоренні сучасних стратегій в діагностиці і лікуванні автори довели, що клінічний перебіг всіх форм ВСМ — це прогресуючий процес компенсації і декомпенсації порушень судинної гемодинаміки, які формуються до моменту народження. Метод кольорового дуплексного сканування дозволяє достовірно встановити форму і локалізацію судинної мальформації, визначити кількісні показники реґіонарної гемодинаміки, оцінити ступінь порушення артеріального і венозного кровотоку і є початковим методом для визначення клініко-анатомічних форм ВСМ, дозволяючи розширити алгоритм обстеження або визначити вид операції. Результати імуногістохімічного дослідження тканин і судин судинних мальформацій підтверджують проліферативну активність в клітинах мальформації і оточуючих тканинах. Джерелом прогресування артеріо-венозних форм вроджених судинних мальформацій є капіляри, що формуються спочатку як відповідь тканин на гіпоксію, а потім, в умовах своєрідної гемодинаміки, трансформуються в судини інших типів.

Визначено тактичний підхід до лікування тромбозу глибоких вен (ТГВ) нижніх кінцівок. Автори притримуються активної хірургічної тактики лікування цієї категорії хворих.

При обговоренні модифікації ендовазальних термічних методик в лікуванні варикозної хвороби нижніх кінцівок показали, що застосування нових поколінь термічних методик здатне знизити ризик рецидиву та ускладнень, порівняно з попередніми поколіннями. Вибір найбільш підходящої методики має бути зроблений індивідуально щодо кожного пацієнта. Основні чинники вибору термічної методики визначаються УЗ ангіоархітектонікою, фінансовими можливостями пацієнта та технічними можливостями клініки. Використання алгоритму вибору найбільш адекватної клінічної ситуації методики дозволяє отримати низьку частоту рецидивів (3,29 %) при мінімумі ускладнень. Незважаючи на певну недосконалість сучасних нетермічних ендовазальних методик, вони є вкрай перспективними на майбутнє.

Розкрито основні переваги хірургічних методик лікування трансфасціального тромбозу — тромбектомія з пригирловим ушиванням та одночасною венектомією, тромбектомія з перев'язкою гомілкових та суральних вен, тромбектомія з екстирпацією пронизної вени.

Визначено оптимальні параметри великої підшкірної вени в хірургічному лікуванні вертикальних рефлюксів із застосуванням радіарного світловоду. За даними логістичного регресійного аналізу граничний (найбільший) діаметр сафенофеморального співустя (СФС) для результативної абляції при синдромі Вольфа–Паркінсона–Вайта (ВПВ) із застосуванням діодного лазера з довжиною хвилі 1470 нм і радіального світловоду становить 23 мм.

Продемонстровано результати комплексного комбінованого лікування трофічних виразок нижніх кінцівок.

Показано, що застосування місцевої вакуумтерапії та клітин аутоліпоаспірату в комплексному лікуванні трофічних виразок нижніх кінцівок венозної етіології є доступними, сучасними та ефективними методами.

Обговорено переваги електрозварювального методу перед ендовенозною лазерною коагуляцією варикозно-розширених вен (ЕВЛК) — відносна дешевизна, можливість багаторазового використання електрода, немає опіку оточуючих тканин за рахунок низької температури (до 100 °С), безпека для хірурга та персоналу (відсутність лазерних променів).

Проблеми хірургії пухлин підшлункової залози

Хірургічне лікування раку підшлункової залози є основним методом лікування. При місцеворозповсюджених пухлинах підшлункової залози має бути застосована максимально агресивна хірургічна тактика спрямована на виконання розширених резекцій підшлункової залози.

Лікування раку підшлункової залози має бути комплексним: ад'ювантна та неоад'ювантна хіміотерапія, оперативне лікування з адекватним об'ємом лімфодисекції та післяопераційна реабілітація.

Мультимодальна програма прискореного відновлення (*FAST tract*) при панкреатодуоденальних резекціях (ПДР) потребує подальшого вивчення, розвитку та повсякчасного впровадження.

Основним методом лікування нефункціонуючих нейроендокринних пухлин є хірургічний, органозберігаючі операції є методом вибору при локальних формах без ознак злоякісності.

Хірургічне лікування розповсюджених форм нейроендокринних пухлин, метастазів дозволяє покращити віддалені результати лікування при комплексному підході.

Лапароскопічні дистальні резекції підшлункової залози є адекватним лікувальним засобом для лікування пухлин лівого анатомічного сегмента підшлункової залози, особливо мають застосовуватися при кістозних пухлинах ПЗ, нейроендокринних пухлинах, доброякісній патології.

Лапароскопічні ПДР потребують подальшого вивчення, розробки та вирішення питання про широке впровадження.

Проблеми хірургічного лікування панкреатиту та його ускладнень

Проблема хірургічного лікування гострого та хронічного панкреатитів надзвичайно актуальна в сучасній панкреатології.

Гострий некротичний панкреатит є одним з найбільш тяжких та небезпечних захворювань органів черевної порожнини. Незважаючи на досягнуті успіхи в лікуванні гострого панкреатиту проблема далека від вирішення. Кількість хворих гострим панкреатитом постійно збільшується у всьому світі: в Україні останніми роками захворюваність гострим панкреатитом становить 70-80 на 100 000 населення.

Летальність при тяжких формах гострого некротичного панкреатиту, як в Україні, так і за кордоном, і в теперішній час становить 15-30 %, а при інфікованих формах підвищується до 80-85 %. Пацієнти, що залишилися в живих, нерідко мають ускладнення, які призводять до втрати працездатності, що загалом негативно позначається на медико-демографічній ситуації. Зазвичай гострий панкреатит виникає у пацієнтів працездатного віку (30-50 років), що зумовлює соціально-економічне значення проблеми.

Для покращення результатів хірургічного лікування хворих на гострий некротичний панкреатит у теперішній час основна увага приділяється впровадженню індивідуалізованої покрокової хірургічної тактики, яка враховує варіанти перебігу та стадії захворювання, порушення бар'єрної функції кишечнику та інфікування патологічних вогнищ і базується на застосуванні транскутанних та відеоендоскопічних втручань в якості першого кроку хірургічного лікування, а за їх недостатньої ефективності та після відмежування патологічних вогнищ виконуються відтерміновані широкі лапаротомні оперативні втручання.

Хворі на хронічний панкреатит потребують досконалої діагностики локальних ускладнень та диференційованого підходу у виборі тактики та методів хірургічного лікування.

Хірургічне лікування панкреатиту та його ускладнень потребує мультидисциплінарного підхо-

ду та повинно відбуватись в спеціалізованих панкреатологічних центрах або в таких медичних закладах, які мають відповідне медичне устаткування та спроможні забезпечити участь в лікуванні фахових суміжних спеціалістів.

Проблеми лікування опіків та ран

З метою поліпшення медичної допомоги громадянам України при хірургічній патології секція "Актуальні питання лікування опіків та ран" пропонує: здійснювати лікування хворих з поширеними механічними дефектами м'яких тканин та гнійно-некротичними процесами покривних тканин в умовах опікових стаціонарів. Необхідно широке впровадження інноваційних методів з використанням клітинних технологій, тканинної інженерії (префабрикація, преламінація клаптів) в практику опікових центрів України.

В теперішній час єдиної уніфікованої класифікації контрактур після термічних уражень не існує. Існуючі класифікації окремих локалізацій не беруть до уваги характеру ураження тканин, що відіграє значну роль у виборі хірургічної тактики, прогнозу та результаті лікування. О. А. Жерновим та Г. П. Козинцем запропонована уніфікована класифікація післяопікових контрактур, яка поєднує морфологічні характеристики контрактури та її анатомічне положення. Після обговорення класифікацію післяопікових контрактур прийняли одноголосно і рекомендували до затвердження та внесення в медико-технічні стандарти та настанови.

Проблеми дитячої хірургії

В багатоваріантному наборі методів корекції атрезії стравоходу з великим діастазом слід надати перевагу органозберігаючому варіанту (навіть при безфістульній формі) з обмеженням застосування товстокишкової пластики. В усіх пробленних випадках доцільно накладання гастростому по Кадеру без виведення (накладання) езофагостоми. Етапна пролонгація шийного та гастрального сегментів, в тому числі із застосуванням відеоторакоскопічного мініінвазивного методу дозволяє зберегти власний стравохід.

Лапароскопічна корекція кіст селезінки у дітей набуває поширення при органозберігаючому принципу лікування даної патології необхідний індивідуальний підхід в залежності від локалізації, розмірів, співвідношення до архітектоніки магістральних судин і варіанта ураження паренхіми селезінки.

Багатоваріантність нозологічних форм судинних мальформацій та пухлин у дітей потребує збалансованого застосування терапевтичного (медикаментозного), мініінвазивного та хірургічного методів лікування з визначенням результату при динамічному спостереженні в багатомісячному діапазоні.

Генотип швидкого ацетилювання та високий ступень стигмазації неспецифічної дисплазії сполучної тканини є фактором ризику надмірного злукоутворення при лікуванні злукової непрохідності та неефективності консервативного лікування. Відповідно при хірургічному лікуванні дітей з цими ознаками настає необхідність застосування комплексних профілактичних та лікувальних заходів.

Проблеми трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів

Нагальними проблемами вітчизняної трансплантації є:

- Відсутність передбаченого прийнятим Верховною Радою України Законом України "Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині" центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією та Єдиної державної інформаційної системи трансплантації.
- Відсутність підзаконних нормативно-правових актів з питань трансплантації, що передбачені положеннями Закону України "Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині", що фактично унеможливлює виконання трансплантації з 1 січня 2019 року.
- Хронічне недофінансування медичної галузі та трансплантаційної служби загалом.
- Відсутність системи трансплант-координації, як на практичному рівні так і на рівні дипломної/післядипломної підготовки фахівців трансплант-координаторів.
- Відсутність оснащення закладів охорони здоров'я, які є базами вилучення органів відповідним оснащенням для діагностування смерті мозку та забезпечення іншої трансплант-координаційної діяльності.
- Значне переважання відсотку трансплантацій від "живого" донора над трансплантацією анатомічного матеріалу, який вилучено від посмертного донора.

Пропозиції щодо вирішення проблемних питань:

- Перенести вступ в дію Закону України "Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині" терміном на рік, для забезпечення створення відповідного центрального органу виконавчої влади та розробки і за-

твердження нормативно-правових актів, що регламентують трансплантацію та пов'язану з нею діяльність.

- Розробити, затвердити та забезпечити виконання і фінансування Державної програми розвитку трансплантації, передбачивши забезпечення баз вилучення анатомічного матеріалу, центрів трансплантації необхідним обладнанням та з'єднавши їх в Єдину державну інформаційну систему трансплантації.
- Розпочати підготовку фахівців трансплант-координаційного напрямку.

При виконанні органних трансплантацій перевагу віддавати пересадці анатомічного матеріалу, який вилучено у посмертного донора, що потребує активізації спільної роботи державних органів влади, громадських та релігійних організацій, ЗМІ з метою поширення культури посмертного донорства.

Проблеми лікування сепсису та інфекцій, що пов'язані з наданням медичної допомоги

В розвитку інтраабдомінальної інфекції в післяопераційному періоді на перший план виходять грам-негативна флора (56 %), грам-позитивна (34 %), гриби (10 %).

В розвитку інтраабдомінальної інфекції головним збудником виступає *Klebsiella spp.* Останні роки все більш набуває активності *A. baumanii*. Для зменшення активності цих бактерій на першій план в ескалаційній антибіотикотерапії виходять карбопінеми, котрі характеризуються підвищеною чутливістю до даних збудників. Вибір антибіотикотерапії необхідно проводити з урахуванням оперативного втручання, вогнища інфекції, результатів бактеріологічних досліджень. Перевагу необхідно віддавати деескалаційним методам антибіотикотерапії. Тривалість антибіотикотерапії залежить від стану вогнища інфекції, стану самого пацієнта і з урахуванням бактеріологічних посівів.

Обов'язковий облік випадків антибіотикорезистентності у хворих з інтраабдомінальними інфекціями. Для виключення таких випадків, необхідно в клініках хірургічного профілю, створювати комісії. Метою цієї комісії є контроль за цілеспрямованим призначенням антибактеріальних препаратів, обговорювання випадків антибіотикорезистентності.

Необхідність впровадження бактеріальних паспортів у відділеннях хірургічного профілю.

Надзвичайне значення має контроль джерела інфекції черевної порожнини. В основі якого лежить інструментальні та лабораторні методи дослідження, які дають нам змогу вибрати найбільш адекватні підходи до лікування. Крім антибіотикотерапії. важливим методом лікування абдомінальної інфекції є санація та дренування вогнищ.

Дискутабельним питанням є використання програмованого лаважу при інтраабдомінальних інфекціях.

За даними світової літератури адекватне оперативне втручання і антибіотикотерапія дає змогу зменшити летальність до 6 %, та не адекватне оперативне втручання і адекватна антибіотикатерапія приводить до летальності в 90 %. Хоча при адекватному оперативному втручанні, та наявності не адекватної атибіотикотерапії — летальність 71 %. Та у крайньому випадку при наявності неадекватного оперативного втручання та антибіотикотерапії — летальність 100 %.

Більша частина доповідачів акцентувала увагу на проблемі транслокації мікроорганізмів із кишківника, та ураження органів, а саме — печінки та легенів. Таким чином це призводить до органної та поліорганної недостатності в цілому.

Основним методом профілактики транслокації мікроорганізмів є раннє відновлення функцій кишківника. Із сучасних методів лікування інтроабдомінальних інфекцій є *VAC*-терапія. Переваги використання такого методу: зниження летальності, скорочення терміну перебування та лікування у відділенні інтенсивної терапії.

Дискутабельним питанням є видалення великого сальника при інтраабдомінальних інфекцій.

У рамках з'їзду проводилася виставка фармацевтичної продукції, медичної техніки та виробів медичного призначення.

Обрано новий склад, Правління, Президії та Ревізійної комісії ГО "Асоціація хірургів України" і переобрано на новий термін Голову Асоціації, директора ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України", доктора медичних наук, професора, член-кореспондента НАМН України, Заслуженого лікаря України, Лауреата Державної премії України, керівника відділу хірургії шлунково-кишкового тракту ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова" Олександра Юрійовича Усенка.