Кафедре общей хирургии № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца – 120 лет

11 сентября в г. Киеве состоялась II научно-практическая конференция «Актуальные аспекты хирургической панкреатологии», посвященная 120-летию кафедры общей хирургии № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца и 70-летию профессора В.С. Земскова.
На открытии конференции прозвучали поздравления от имени премьер-министра Украины Ю.В. Тимошенко и Кабинета Министров Украины, от Киевской городской государственной администрации и Министерства здравоохранения Украины. Лично поздравить юбиляров приехали главный хирург МЗ Украины П.Д. Фомин, заведующий сектором здравоохранения секретариата Кабинета Министров Украины В.Я. Шпак, декан медицинского факультета № 2 НМУ им. А.А. Богомольца профессор В.З. Нетяженко и многие другие.

В течение 120 лет кафедрой заведовали такие известные ученые, как А.Д. Павловский, М.М. Дитерихс, М.Н. Москалев, И.А. Завьялов, А.Т. Лидский, Л.А. Корейша, Б.М. Городинский, И.Н. Ищенко, М.И. Коломийченко, Ю.Н. Мохнюк, В.С. Земсков, Я.М. Сусак и А.И. Дронов. Сотрудники кафедры занимались проблемами трансплантологии, сердечно-сосудистой хирургии, гнойной хирургии, торакальной и абдоминальной хирургии. Именно на этой кафедре впервые была проведена трансплантация почки, операции на открытом сердце.

Много теплых слов прозвучало в адрес покойного профессора Владимира Сергеевича Земскова, который на протяжении 21 года возглавлял коллектив кафедры. Под его началом значительно расширился спектр научной деятельности. Разработаны методики лечения и профилактики заболеваний печени, желчнокаменной болезни, заболеваний поджелудочной железы (ПЖ), пластической и реконструктивной хирургии, методы сорбционной детоксикации в хирургии и др. Благодаря своим достижениям на поприще борьбы с онкозаболеваниями профессор В.С. Земсков стал лауреатом многочисленных международных премий, членом международных хирургических обществ. Его разработки были признаны во многих странах.

На сегодняшний день основными направлениями в научно-практической деятельности кафедры являются хирургия печени, желчных протоков, ПЖ, хирургическая онкология, криохирургия, реконструктивно-пластическая хирургия. Разрабатываются новые подходы к лечению опухолей ПЖ, профилактике развития осложнений при проведении лапароскопических и открытых операций, новые методы диагностики различных заболеваний органов гепатобилиопанкреатической зоны.

Научная программа конференции была посвящена актуальным вопросам панкреатологии – новым стратегиям диагностики и хирургического лечения пациентов с опухолями ПЖ, новым методам лечения острого панкреатита, кист ПЖ.

Заведующий отделом хирургии печени и ПЖ Национального института хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова АМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Владимир Михайлович Копчак представил современный алгоритм диагностики и лечения кистозных новообразований ПЖ.

– Понятие кистозные поражения ПЖ включает большую группу заболеваний с различным этиопатогенезом, клинической картиной, прогнозом, общим признаком для которой является наличие кисты (кист).

Частота выявления кистозной патологии ПЖ значительно выросла в связи с развитием диагностических возможностей. Морфологически кистозная патология ПЖ – разнородная группа заболеваний, что часто приводит к ошибкам в диагностике. По данным литературы, приблизительно 30% пациентов с псевдокистами ПЖ устанавливается диагноз кистозной опухоли.

Для диагностики кистозных опухолей ПЖ был разработан следующий алгоритм:

– клинико-лабораторные исследования;
– УЗИ;
– мультиспиральная компьютерная томография;
– дуоденоскопия;
– магнитно-резонансная томография с программой холангиопанкреатографии, которая необходима для проведения дифференциальной диагностики между муцинозными кистозными опухолями и внутрипротоковой папиллярно-муцинозной опухолью (ВПМО);
– эндосонография;
– пункция кисты с гистологическим исследованием.

Неинвазивные методы диагностики позволяют установить точный диагноз при некоторых кистозных образованиях, таких как микрокистозная серозная цистаденома, некоторые формы ВПМО и муцинозная цистаденома. В остальных случаях следует использовать данные анамнеза, учитывать пол и возраст пациента и использовать инвазивные методы диагностики.

Ряд авторов считают, что резекция ПЖ показана при кистозном поражении хвоста и тела ПЖ у женщин среднего возраста; типичной серозной цистаденоме более 4 см в диаметре; муцинозной кистозной опухоли; ВПМО боковых ветвей более 3 см в диаметре.

У больных с серозными кистозными опухолями в связи с низким риском малигнизации показано динамическое наблюдение (1 раз в 6 месяцев – контрольное обследование). Операция показана при наличии симптоматики, при размерах опухоли более 4 см в диаметре. Вмешательства проводятся с максимальным сохранением паренхимы железы (энуклеация кисты, локальная резекция, центральная резекция).

У больных с муцинозными кистозными опухолями в связи с высоким риском малигнизации (15-36%) показано оперативное лечение вне зависимости от размера опухоли. Учитывая преимущественное расположение опухолей в теле и хвосте ПЖ, наиболее часто выполняется дистальная резекция ПЖ.

Согласно международному консенсусу по лечению муцинозных кистозных опухолей и ВПМО операция не показана при ВПМО боковых ветвей менее 3 см в диаметре без наличия симптомов, пристеночных узлов или инфильтрата. Однако, по нашим данным, размер опухоли у больных с ВПМО не коррелирует с ее злокачественностью. У больных с ВПМО главного протока и ВПМО смешанного типа в связи с высоким уровнем малигнизации (до 92%) показано оперативное лечение – резекция железы. Учитывая невозможность исключения злокачественного процесса, мы считаем, что наличие ВПМО боковых ветвей любого размера является показанием для проведения оперативного вмешательства. У пациентов с ВПМО боковых ветвей хирургическая тактика должна быть индивидуализирована с учетом определения уровня операционного риска и объема резекции железы.

У больных с кистозными опухолями наиболее предпочтительной методикой выполнения панкреатодуоденальной резекции (ПДР) является пилоросохраняющая модификация. Этапом проведения этой операции является перевязка и пересечение гастродуоденальной артерии. У пожилых пациентов это может приводить к ишемизации привратника, а также к несостоятельности дуоденоеюноанастомоза. Во избежание некроза двенадцатиперстной кишки выполняют селективную перевязку передней и задней верхних панкреатодуоденальных артерий и оставляют основной ствол гастродуоденальной артерии. Одним из ключевых вопросов является объем лимфодиссекции. При проведении некоторых исследований было доказано, что применение расширенной ретроперитонеальной лимфодиссекции по Нимура не приводит к улучшению отдаленных результатов и является причиной развития таких осложнений, как задержка эвакуации из желудка и секреторной диареи. В последние годы для повышения радикальности операции без увеличения уровня послеоперационных осложнений применяется модифицированная расширенная лимфодиссекция с сохранением нервных сплетений по ходу левой полуокружности верхней брыжеечной артерии.

Исследованиями Hirota было доказано, что пальпация периампулярной опухоли с целью ревизии, мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру и осуществление тракции за головку ПЖ по ходу мобилизации панкреатодуоденального комплекса повышает частоту метастазов в печени. В своей практике мы используем тактику no-touch (бесконтактной) ПДР в модификации (метод Jichi). Основным отличием этого метода от операции Hirota является завершение операции не стандартной мобилизацией двенадцатиперстной кишки по Кохеру, а так называемой резекционной катетеризацией (мобилизация комплекса слева направо). Перед удалением комплекса перебрасываются все питающие сосуды (артерии, вены, лимфатические сосуды). Реконструктивный этап проводится путем формирования всех анастомозов на одной петле. В тех случаях, когда операция выполняется по поводу ВПМО, рассекается проток ПЖ продольно с целью его ревизии. Реконструктивный этап ПДР завершается наложением дуоденоеюноаностомоза.

Член-корреспондент АМН Украины, заведующий кафедрой факультетской хирургии № 1 НМУ им. А.А. Богомольца, профессор Михаил Петрович Захараш предложил для улучшения результатов диагностики и лечения больных с раком большого сосочка двенадцатиперстной кишки использовать метод фотодинамической диагностики (ФДД).

– ФДД – современный метод, основанный на обнаружении различной аутофлюоресценции тканей. Изменение цвета патологических участков слизистой оболочки происходит в монохроматическом лазерном излучении с последующей обработкой в цифровой форме при помощи специального оборудования.

Данная методика позволяет определить существование и размер эпителиальной патологии, которая могла бы быть частично или полностью невидима в белом свете (предраковые повреждения, злокачественные опухоли, воспалительные процессы). Чувствительность данного метода составляет 96%, специфичность метода – 97%.

ФДД является высокоинформативным безопасным методом диагностики рака большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Его применение позволяет верифицировать диагноз на ранних стадиях заболевания у 36,8-40,0% пациентов.

Выполнение ФДД не требует специфических навыков и может использоваться при скрининговом обследовании больных с подозрением на рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки на самых ранних этапах развития опухолевого процесса.

Продолжение на стр. 36.

Кафедре общей хирургии № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца – 120 лет

Продолжение. Начало на стр. 35.

Доктор медицинский наук, действительный член ассоциации хирургов-гепатологов, профессор Василий Алексеевич Сипливый ознакомил присутствующих с методами оценки интраоперационной кровопотери в хирургии очаговых поражений печени.

– Резекция печени на сегодняшний день является единственным радикальным методом лечения очаговых поражений печени как доброкачественной, так и злокачественной природы. Вмешательства на паренхиматозных органах сопряжены с массивными интраоперационными кровопотерями (по данным литературы, до 2000 мл). Для их оценки используются следующие методы: визуальная оценка хирургом во время операции; оценка гемодинамических показателей (частота сердечных сокращений, артериальное давление, центральное венозное давление); оценка изменения гемоконцентрационных показателей с использованием специальных формул; метод разведения – измерение концентрации веществ, введенных в кровеносное русло (красители, радиоактивные изотопы); метод интраоперационной вискозиметрии крови с расчетом по специальным формулам; гравиметрический – взвешивание интраоперационного материала (салфетки, тупферы), из массы которых вычитают вес сухого материала и пустых емкостей, определение объема жидкости в резервуаре электроотсоса; волюмометрический – измерение объема ретрансфузированной крови.

В нашем исследовании были определены недостатки существующих методов оценки интраоперационной кровопотери. Так, мы обратили внимание, что в расчетных формулах отсутствуют исходные значения исследуемых показателей, которые принимаются за нормальные, что дает искаженную картину при изучении изменения этих показателей, также известные способы оценки интраоперационной кровопотери не учитывают объем интраоперационной гемотрансфузии, что снижает их точность, особенно при массивных гемотрансфузиях, в расчетных формулах не рассматривается интраоперационная гемодилюция, при использовании гравиметрического метода не учитывается концентрация форменных элементов в излившейся крови, что снижает точность расчета тяжести кровопотери, определения показаний к гемотрансфузии и их объема. Вследствие этого значения дефицита циркулирующей крови и объема кровопотери становятся различными.

В ходе нашего исследования определялись следующие показатели: объем циркулирующей крови и исходная концентрация эритроцитов, гемоглобина, гематокрита до операции, послеоперационные значения концентрации эритроцитов, гемоглобина, гематокрита; объем интраоперационной гемотрансфузии; дефицит циркулирующей крови; объем интраоперационной кровопотери.

Для оценки дефицита циркулирующей крови было предложено использование следующих формул:

ДЦК = $M \times K\ (1 - Q_1/Q_0)$;

$V_k = M \times K\ (Q_0^2 - Q_1^2) / 2 \times Q_0 \times Q_1 + V_{эр}\ (1 + Q_0/Q_1)$, где

– ДЦК – дефицит циркулирующей крови;

– V_k – интраоперационная кровопотеря;

– M – масса тела, кг;

– K – коэффициент соотношения ОЦК (мл) и массы тела (в среднем 70 для мужчин, 65 для женщин, 75 для беременных);

– Q_0 – количество эритроцитов крови больного до операции;

– Q_1 – количество эритроцитов крови больного в 1-е сутки послеоперационного периода.

$V_{эр}$ – объем интраоперационной трансфузии эритроцитарной массы, мл.

После проведения данного исследования мы пришли к выводу о том, что при расчете объема интраоперационной кровопотери необходимо учитывать исходные показатели конкретного пациента, а не условно нормальные значения, необходимо дифференцировать понятия «интраоперационная кровопотеря» и «дефицит циркулирующей крови», учитывая явления интраоперационной гемодилюции, использование разработанных формул расчета дефицита циркулирующей крови и объема интраоперационной кровопотери на основании массы тела пациента, количества эритроцитов крови до и после операции, с учетом интраоперационной гемодилюции и гемотрансфузии позволяет достаточно точно определять степень тяжести кровопотери, показания для гемотрансфузии и их объем, оценить эффективность применения кровесохраняющих технологий.

Заведующий кафедрой общей хирургии № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, доктор медицинских наук, профессор Алексей Иванович Дронов проанализировал результаты комплексного лечения больных с раком ПЖ в Киевском центре хирургии заболеваний печени, желчных протоков и ПЖ с 2003 по 2008 год.

– Всего за указанный период оперативные вмешательства были проведены 261 пациенту. Для выбора тактики лечения всем пациентам были проведены инструментальные методы диагностики. Золотым стандартом диагностики считается проведение мультидетекторной спиральной компьютерной томографии органов брюшной полости с болюсным контрастным усилением и эндоскопического ультразвукового исследования. Дополнительно возможно проведение магнитно-резонансной томографии, магнитно-резонансной томографии с программой холангиопанкреатографии, позитронно-эмиссионной томографии и компьютерной томографии.

68 пациентам была проведена резекция ПЖ (проксимальная, дистальная или тотальная), 138 – дренирующие операции, 44 – криодеструкция + радиохимиотерапия, 11 – эксплоративная лапаротомия.

В зависимости от наличия инвазии опухолью сосудистых структур оперативное вмешательство включало криоабляцию, резекцию и протезирование сосудов (воротной вены).

При резекции ПЖ с криоабляцией резидуальной опухоли, локализированной на сосудах, медиана выживаемости пациентов составила 15 месяцев. При проведении паллиативной панкреатодуоденэктомии медиана выживаемости составила 10 месяцев. При проведении ПДР с криоабляцией культи ПЖ медиана выживаемости составила 20 месяцев.

На основании полученных данных можно сделать следующие выводы:

• использование дифференцированного мультимодального лечения (применение криоабляции, радиохимиотерапии), зависящего от распространенности опухолевого процесса и биологических характеристик опухоли, позволяет улучшить качество жизни и увеличить выживаемость больных с раком ПЖ;

• паллиативные резекции ПЖ приводят к увеличению медианы выживаемости, позволяют улучшить качество жизни пациентов, ликвидировать хирургические осложнения и расширяют возможности для применения химиотерапии;

• разработка оптимальных режимов комбинации химиотерапии и криовоздействия, определение показаний к выполнению повторных криодеструкций/резекций ПЖ позволит существенно улучшить результаты комплексного лечения больных с неоперабельным раком ПЖ.

Заведующий кафедрой хирургии № 2 Винницкого национального медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Олег Евгеньевич Каниковский представил методики коррекции дуоденостаза при лечении холангита.

– Холангит – это воспалительный процесс внутрипеченочных и внепеченочных протоков, который диагностируют у 37-68% больных с патологией гепатопанкреатодуоденальной зоны. Чаще всего он возникает как осложнение холецистита, при желчнокаменной болезни и при постхолецистэктомическом синдроме (30-87% случаев). Возникновению холангита способствует застой желчи, повреждение слизистой оболочки камнем, рубцовые сужения желчных путей. В условиях застоя желчи и при повреждении слизистой оболочки желчных путей присоединяется микробная флора. Дуоденостаз значительно повышает риск инфицирования билиарного тракта.

Заданием хирургического лечения больных с холангитом является ликвидация билиарной гипертензии и возобновление удовлетворительного пассажа желчи.

В исследовании, которое проводилось с 2001 по 2009 год на базе нашей кафедры, приняли участие 118 больных, проходивших лечение по поводу патологии гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненной холангитом, из них 46 мужчин (39%) и 72 женщины (61%). Средний возраст больных составил 49,2±11,7 (20-83 года). Больные были обследованы согласно принятым стандартам.

I этап оперативного лечения включал эндоскопические транспапиллярные вмешательства:

– эндоскопическая папиллосфинктеротомия была проведена 70 пациентам (59,3%);

– литоэкстракция конкрементов корзиной Дормиа – 61 (51,7%);

– назобилиарное дренирование – 42 (35,6%).

II этап – открытые операции:

– формирование супра-, ретродуоденального антирефлюксного холедоходуоденоанастомоза в сочетании с внешним дренированием холедоха 83,9% (99) и гепатикоеюноанастомозом на выключенной по Ру петле 16,1% (19).

Коррекцию дуоденостаза проводили с помощью дуоденолиза, мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру и низведением ее по Стронгу.

В раннем послеоперационном периоде больным проводились ультрасонография, чрездренажная контрастная холангиография, бактериологический мониторинг желчи, дуоденоманометрия до пяти послеоперационных суток.

В позднем послеоперационном периоде (6 месяцев – 2 года) больным были проведены ультрасонография и фиброэзофагогастродуоденоскопия с дуоденоманометрией.

Основываясь на полученных данных, мы пришли к выводу, что залогом успешного лечения холангита является патогенетически обусловленная коррекция всех патологических звеньев билиарной гипертензии и холестаза, основным этапом хирургического лечения больных с билиарной патологией является ликвидация причин холестаза и восстановление полноценной эвакуации желчи.

Заведующая кафедрой хирургии и проктологии ХМАПО, доктор медицинских наук, профессор Тамара Ивановна Тамм напомнила критерии диагностики ложных кист ПЖ.

– Ложные кисты ПЖ развиваются у 15% больных спустя 1-4 недели после начала острого панкреатита и представляют собой скопления жидкости, содержащей тканевой детрит, ферменты ПЖ, кровь. В отличие от истинных кист ПЖ ложные кисты не имеют эпителиальной выстилки, стенки их состоят из некротической, грануляционной и соединительной тканей.

Причинами увеличения частоты развития ложных кист ПЖ являются рост заболеваемости острым деструктивным панкреатитом; улучшение результатов лечения больных с тяжелыми формами деструктивного панкреатита; улучшение качества диагностики ложных кист.

Длительное время ложная киста ПЖ может никак не проявляться и манифестировать такими осложнениями, как нагноение, перфорация кисты, кровотечение, озлокачествление кисты.

Согласно данным литературы существует три степени зрелости ложных кист. Она устанавливается по данным гистограммы, цитограммы и биохимического исследования содержимого кисты. Благодаря этим показателям была создана ультразвуковая классификация зрелости ложных кист ПЖ.

На эхограммах кисты I степени зрелости не имеют капсулы, они неправильной формы, контуры их размыты. Кисты II степени зрелости имеют округлую форму и толщину капсулы 1-3 мм. Кисты III степени зрелости, а также цистаденома, имеют капсулу толщиной 4 мм и более, форма их округлая.

Для лечения неосложненных кист I степени зрелости проводится пункция и дренирование под контролем УЗИ или наружное дренирование открытым способом. Нагноение кисты I степени зрелости требует проведения секвестрэктомии и дренирования гнойной полости. Наличие кровотечения при кисте I степени зрелости является показанием для проведения гемостаза и наружного дренирования. При диагностировании

неосложненной кисты II степени зрелости проводится операция по созданию цистоеюноанастомоза. В случая развития такого осложнения как нагноение кисты II степени зрелости – проводится наружное дренирование. При лечении неосложненных кист III степени зрелости проводится энуклеация кисты или резекция с хвостом ПЖ (в зависимости от локализации).

Заведующий отделом лапароскопической хирургии и холелитиаза Национального института хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова АМН Украины доктор медицинских наук, профессор Михаил Ефимович Ничитайло коснулся проблемы инфицированного панкреонекроза.

– Абдоминальные инфекции обычно вызваны полимикробной флорой толстого кишечника. Чаще всего из очага воспаления выделяют грамотрицательные энтеробактерии и анаэробы. В случае послеоперационного развития инфекции высока вероятность резистентности микроорганизмов к антибактериальным препаратам.

В ходе многих исследований были определены факторы, которые делают антибиотикотерапию неэффективной. К ним относятся наличие хронических заболеваний, факторы, влияющие на фармакокинетические и фармакодинамические свойства антибиотиков (ожирение, шок, травма, заболевания печени, почек), факторы, снижающие защитные свойства организма, резистентность эндогенной кишечной флоры.

Неадекватная антибиотикотерапия приводит к росту уровня смертности, резистентности микроорганизмов, увеличению длительности госпитализации и стоимости лечения.

При абдоминальных инфекциях следует учитывать, что главным резервуаром возбудителей является толстый кишечник (особенно энтеробактерий, которые продуцируют бета-лактамазы расширенного спектра). К сожалению, эти микроорганизмы резистентны к пенициллинам, цефалоспоринам, аминогликозидам, фторхинолонам, поэтому препаратами выбора при лечении абдоминальных инфекций являются карбапенемы.

Если рассматривать проблему инфицированного панкреонекроза, то наиболее часто патогенные микроорганизмы проникают в ПЖ гемато- и лимфогенным путем: в результате рефлюкса содержимого из двенадцатиперстной кишки и билиарного тракта; через дренажи, введенные в «зону ПЖ» при оперативных вмешательствах по поводу острого панкреатита.

При остром панкреатите антибиотики назначают в случае клинически-прогрессирующего ухудшения с или без признаков бактериальной инфекции, при наличии экстрапанкреатической инфекции, при некротическом панкреатите с некрозом (поражением) более 50% железы, после оперативных вмешательств по поводу некротического панкреатита, при развитии синдрома системного воспалительного ответа, при прогрессирующей органной недостаточности.

«Идеальный» антибиотик для лечения острого панкреатита должен обладать такими свойствами, как: активность против основных возбудителей инфекции в ПЖ, способность накапливаться в ткани ПЖ, секрете и прилегающих тканях в достаточной концентрации, способность проникать в ткани при воспалении и некрозе железы, когда местные нарушения микроциркуляции снижают биодоступность препаратов. Всем этим требованиям отвечают карбапенемы.

Доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии № 1 НМУ им. А.А. Богомольца Инна Александровна Ковальская ознакомила присутствующих с особенностями развития функциональной недостаточности ПЖ после некротического панкреатита.

Хронический постнекротический панкреатит – это состояние, развивающееся после перенесенного острого некротического панкреатита, которое проявляется морфологически фиброзно-склеротическими изменениями, сопровождается различной степени выраженности внешне- и внутрисекреторной недостаточностью ПЖ.

По данным проведенных исследований было установлено, что ведущим звеном в патогенезе некротического панкреатита является нарушение спланхнического кровотока в целом и микроциркуляции в самой ПЖ. Поэтому до 80% всех лечебных мероприятий должны быть направлены на нормализацию этого звена.

Основными задачами интенсивной терапии в данной ситуации является этиопатогенетическая терапия (борьба с болью, гиперферментией, угнетение аутолиза в железе и т.д.), коррекция функционального состояния жизненно важных органов и систем организма, ранняя диагностика и профилактика осложнений с последующим адекватным медикаментозным, малоинвазивным (пункционно-дренирующие вмешательства под ультразвуковым контролем) и инвазивным (лапароскопические операции, открытые операции) хирургическим лечением.

Органо- и тканесохраняющие щадящие методики оперативных вмешательств с учетом репаративных возможностей ПЖ позволяют избежать развития либо уменьшить тяжесть функциональной недостаточности ПЖ.

Основными показаниями к проведению пункции при остром некротическом панкреатите являются: острое скопление жидкости в брюшной полости и забрюшинном пространстве объемом более 500 мл, неэффективность проводимой интенсивной терапии (отсутствие перистальтики, нарастание эндотоксемии при наличии свободной жидкости в брюшной полости в течение 24 часов с момента госпитализации).

Повторные пункции проводятся в случае высокой активности амилазы в пунктате или при отсутствии тенденции к уменьшению жидкости в брюшной полости.

Дренирование проводится при высоком темпе накопления жидкости в брюшной полости, острых напряженных постнекротических псевдокистах, наличии признаков инфицирования пунктата, оментобурсите, абсцессе ПЖ, абсцессе и флегмоне забрюшинной клетчатки, межпетельных абсцессах и абсцессах брюшной полости.

Для снижения частоты развития и тяжести функциональной недостаточности ПЖ необходимо своевременное проведение комплекса диагностическо-лечебных мероприятий, а также мониторинг состояния больных после выписки из стационара для своевременного выявления недостаточности ПЖ и ее адекватной коррекции.

Подготовила ***Анастасия Лазаренко***

АНОНС

Асоціація серцево-судинних хірургів України
Запорізька медична академія післядипломної освіти

XVIII щорічна конференція серцево-судинних хірургів України

з міжнародною участю

26-28 травня 2010 р., м. Запоріжжя

Програма конференції

- Ішемічна хвороба серця (хірургічні методи лікування, стентування, медикаментозний супровід).
- Ішемічна хвороба серця і патологія клапанного апарату серця.
- Хірургія постінфарктних аневризм лівого шлуночка.
- Патологія черевного відділу аорти, абдомінальний ішемічний синдром. Патологія грудної аорти й аортального клапана.
- Патологія міокарда та варіанти лікування застійної серцевої недостатності некоронарогенного походження.
- Пухлини серця.
- Тромбоемболія легеневої артерії.
- Ускладнені форми активного інфекційного ендокардиту.
- Складні уроджені вади серця.
- Електрофізіологічні дослідження та немедикаментозне лікування порушень ритму серця.
- Анестезіологічне, трансфузіологічне та перфузіологічне забезпечення кардіохірургічних операцій.
- Проблеми біомедичної інженерії та біотехнології в кардіохірургії.

Матеріали конференції будуть опубліковані в Щорічнику наукових праць Асоціації серцево-судинних хірургів України (атестованому ВАК України). Додаткова інформація на сайті http://www.amosovinstitute.org.ua

З організаційних питань звертатися до оргкомітету конференції за адресою:
69096, м. Запоріжжя, вул. Вінтера, 20, Запорізька медична академія післядипломної освіти.
Голова оргкомітету конференції – ректор ЗМАПО, член-кореспондент НАН України професор О.С. Никоненко,
тел.: 061-279-16-38, факс: 061-279-01-92, **e-mail:** cardiovas@gmail.com