

В.Н. Оболенский, Д.В. Яншин, Г.А. Исмаев, А.А. Плотников

## Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей — диагностика и тактика лечения

Продолжение. Начало на стр. 42.

простациклинов. Это открытие шведских ученых удостоено Нобелевской премии в 1977 г.

Современные методы насыщения крови кислородом весьма разнообразны. Предложен широкий спектр оксигенаторов разных конструкций, в том числе насыщение как самой крови кислородом через мембрану, так и введение насыщенного кислородом раствора в кровь. Последние два метода успешно применяются в НИИСП им. Н.В. Склифосовского на протяжении более 10 лет. На способы оксигенации получены патенты и рационализаторские свидетельства.

Методика внутрисосудистой оксигенации заключается во внутривенном введении насыщенного кислородом раствора с его активацией модифицированным ультрафиолетовым облучением. Раствор, попадая в кровь, активирует ее, обогащает кислородом и активными лекарственными препаратами.

Кровь приобретает особые свойства. Она обладает бактерицидными, противовоспалительными и антистатическими свойствами, реологически активна. Под воздействием ультрафиолета и кислорода в клетках ретикулоэндотелиальной системы, которые находятся на бифуркациях артерий, вырабатываются простаглицлины. Попадая в дистальное русло, простаглицлины преобразуются в простаглицлины, которые, в свою очередь, снижают периферическое сопротивление сосудов, раскрывают коллатеральную сеть, улучшают микроциркуляцию.

В результате даже однократного воздействия на длительный срок улучшается кровоснабжение органов и тканей. Попадая в жизненно важные органы, активная кровь стимулирует их деятельность. Так, повышаются детоксикационная и синтетическая функции печени, выделительная функция почек, улучшается кровообращение миокарда, ликвидируется легочная гипертония.

По месту введения и поставленным целям внутрисосудистая оксигенация подразделяется на внутривенную, внутриартериальную и ретроградную внутривенную. Внутриартериальная оксигенация проводится аналогично внутривенной. Для проведения метода не нужен инфузомат, так как давление в оксигенаторе превышает артериальное. Скорость введения оксигенированного раствора одновременно является показателем состояния периферического сопротивления сосудов. В процессе проведения внутриартериальной оксигенации за счет активного кислорода снижается периферический спазм и раскрываются

коллатерали. Показателем уменьшения периферического вазоспазма является увеличение скорости перфузии при том же режиме давления в оксигенаторе. Методика может проводиться ежедневно, а в промежутках возможно поддерживающее лекарственное лечение с помощью инфузомата.

Особое место в списке внутрисосудистых оксигенаций занимает разработанная в НИИСП им. Н.В. Склифосовского ретроградная внутривенная оксигенированная перфузия (РВОП). Она сочетает в себе моделирование ретроградной внутривенной анестезии, разгрузочное артерио-венозное шунтирование и локальное введение реологически активных препаратов в конечность (рис. 2).



Рис. 2. Стопа после реконструкции НПА (а, б); стопа через 2 ч после РВОП (в, г)

Методика заключается в пункции вены голени или стопы в ретроградном направлении под дозированной компрессией вены выше места пункции. Внутривенно через оксигенатор-перфузатор для стерильных растворов в режиме умеренной гипербарии вводится раствор спазмолитиков и антибиотиков с гепарином в объеме 400–600 мл. Контроль осуществляется пульсоксиметрией. Эффект определяется стойким повышением насыщения крови в капиллярах кислородом, появлением коллатерального или центрального кровотока, клиническим эффектом.

Ретроградная оксигенированная перфузия успешно применяется не только в раннем послеоперационном периоде, но и вместо оперативного лечения, когда реконструкция сосудов невозможна в связи с распространенностью процесса или отсутствием дистального русла.

При неэффективности консервативной терапии, отсутствии противопоказаний, наличии анатомических возможностей, ишемии ПБ-IV ст. применяются сосудистые реконструктивные операции, направленные на реваскуляризацию сосудов пораженной конечности, такие как эндартерэктомия, шунтирование и протезирование, установка стентов, баллонная ангиопластика, артериализация венозного русла по методике А.А. Покровского и соавт. (2001). Также используется реваскуляризирующая роторная остеотрепанация, предложенная Ф.Н. Зусмановичем в 1996 г., и ее модификации.

Таким образом, в клинической практике по эффективности, доказанной многочисленными клиническими исследованиями, переносимости, универсальности действия, экономической доступности, соотношению эффективности и стоимости, эффективности и частоты побочных эффектов преимущество имеет Трентал.

Список литературы находится в редакции. «Русский медицинский журнал», т. 18, № 17, 2010 г.

## События и достижения в мире и в Украине:

Несмотря на продолжавшийся мировой финансовый кризис, минувший год был очень насыщен событиями, результатами новых исследований, внедрением новых клинических руководств для всех отраслей медицины. Не стала исключением и хирургия. Подвести итоги прошедшего года мы попросили главного хирурга МЗ Украины, члена-корреспондента НАМН Украины, доктора медицинских наук, профессора Петра Дмитриевича Фомина.

— Какими значимыми международными мероприятиями запомнился хирургам 2010 год?

— Сразу хочу подчеркнуть, что в настоящее время хирургия представляет собой очень большую и разноплановую отрасль медицинской науки и системы здравоохранения. В связи с чрезвычайно интенсивными темпами развития медицинских технологий, созданием нового оборудования и внедрением их в практическую медицину произошло разделение общего хирургического блока на множество узких специальностей. Рассмотреть в рамках одного интервью события и достижения по всем направлениям хирургии не представляется возможным, поэтому сконцентрируем внимание прежде всего на общей хирургии. В настоящее время в большинстве стран мира общая хирургия включает абдоминальную хирургию (часто и бариатрическую), а также хирургию кожных покровов, слюнных желез, некоторых артерий и вен.

В 2010 году состоялось немало международных форумов в области хирургии, отмечу лишь наиболее масштабные и значимые из них. В апреле в Ливерпуле проходил международный хирургический конгресс, организованный Ассоциацией хирургов Великобритании и Ирландии (Association of Surgeons of Great Britain and Ireland, ASGBI). Он был посвящен 90-летию со дня создания этой организации. В этом же месяце в Вашингтоне (США) состоялся 12-й Всемирный конгресс по эндоскопической хирургии, который проводили Общество американских гастроинтестинальных и эндоскопических хирургов (Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons, SAGES) и Канадская ассоциация общих хирургов (Canadian Association of General Surgeons, CAGS). 16–19 июня Женева (Швейцария) принимала делегатов ежегодного 18-го конгресса Европейской ассоциации эндоскопической хирургии (European Association for Endoscopic Surgery, EAES). С 16 по 19 сентября в Амстердаме (Нидерланды) проходила ежегодная встреча Европейского общества сосудистой хирургии (European Society for Vascular Surgery, ESVS). 3–7 октября в Вашингтоне 96-й ежегодный конгресс проводила Американская коллегия хирургов (American College of Surgeons, ACS). Юбилейный 20-й Всемирный конгресс Международной ассоциации хирургов, гастроэнтерологов и онкологов (International Association of Surgeons, Gastroenterologists and Oncologists, IASGO) состоялся 20–23 октября в Каире (Египет), а в конце ноября хирурги собирались в Турине (Италия) на 14-й конференции Европейского общества хирургии (European Society of Surgery, ESS) и Европейского и Итальянского филиалов ACS.

— Появились ли в минувшем году новые международные практические рекомендации в области хирургии или, может быть,

были обновлены уже существующие руководства?

— В прошлом году были представлены новые рекомендации в области бариатрической хирургии. В ноябре было опубликовано новое руководство по послеоперационному ведению пациентов, перенесших бариатрическое вмешательство. Его задачей является снижение частоты осложнений бариатрических операций, предупреждение повторного увеличения массы тела у пациентов и прогрессирования заболеваний, ассоциирующихся с ожирением, в частности сахарного диабета (СД). Основной акцент в руководстве сделан на принципах питания, нутритивной поддержке, эндокринологическом мониторинге и лечении.

Кроме того, в декабре Управление по контролю пищевых продуктов и лекарственных средств (FDA, США) утвердило новые рекомендации по применению системы для лапароскопического бандажирования желудка, изменив критерии отбора пациентов для установления регулируемого бандажа. До настоящего времени такое оперативное вмешательство было рекомендовано пациентам с индексом массы тела (ИМТ) 40 кг/м<sup>2</sup> и выше либо с ИМТ 35 кг/м<sup>2</sup> и наличием как минимум одного серьезного нарушения здоровья (СД, артериальная гипертензия и др.). Согласно новым рекомендациям лапароскопическое бандажирование считается приемлемым при ИМТ от 35 кг/м<sup>2</sup> независимо от того, есть ли у пациента сопутствующие заболевания, либо при ИМТ от 30 до 35 кг/м<sup>2</sup> и наличии серьезной хронической патологии, ассоциированной с ожирением.

В августе прошлого года были опубликованы новые рекомендации для амбулаторных хирургических центров, подготовленные Американской ассоциацией по злокачественной гипертермии (Malignant Hyperthermia Association of the United States, MHAUS) совместно с Фондом амбулаторной хирургии (Ambulatory Surgery Foundation, ASF), по переводу пациентов со злокачественной гипертермией в стационар, где им будет оказана неотложная помощь (когда, как и куда переводить пациентов, какую помощь оказывать во время перевода).

В 2010 году SAGES обновило практические рекомендации по хирургическому лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и по лапароскопической хирургии желчевыводящих путей, а в начале этого года — рекомендации по диагностике, лечению и применению лапароскопии при хирургической патологии у беременных женщин.

В начале 2010 года были обновлены и совместные рекомендации Общества хирургических инфекций (Surgical Infection Society, SIS) и Американского общества инфекционных болезней (Infectious Diseases Society of America, IDSA) по диагностике и лечению осложненных интраабдоминальных инфекций у взрослых и детей.

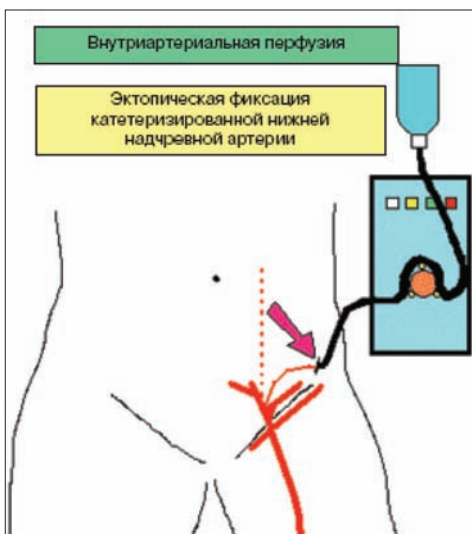


Рис. 1. Схема операции катетеризации нижней надчревной артерии

# В області хірургії підводимо ітоги 2010 року

— **Расскажите о результатах клинических исследований в области хирургии, которые были представлены в 2010 году.**

— В прошлом году были опубликованы или представлены на медицинских форумах результаты десятков, если не сотен, исследований различного масштаба, а также метаанализов и систематических обзоров в области хирургии. Рассмотрим некоторые из них.

Американские ученые (A.M. Ingraham et al., 2010) провели ретроспективный анализ почти 33 тыс. историй болезни пациентов, перенесших аппендэктомию, и показали, что задержка с проведением этого хирургического вмешательства даже на 12 и более часов у пациентов без выраженных перитонеальных признаков не ассоциируется с ухудшением исходов аппендэктомии в краткосрочной перспективе. Так, частота серьезных осложнений составляла приблизительно 3% во всех подгруппах пациентов — с проведением аппендэктомии в первые 6 ч после поступления (75,2% пациентов), от 6 до 12 ч (15,1%) и более 12 ч (9,8%). Общая частота осложнений варьировала в пределах 5,5-6% и также не зависела от времени проведения операции. Различия между группами в продолжительности операции и длительности пребывания пациента в стационаре были клинически незначительными, хотя и статистически значимыми. Авторы подчеркивают, что полученные ими данные могут помочь более рационально использовать ресурсы здравоохранения, проводя аппендэктомию как срочную, но не как экстренную операцию (например, дожидаясь утра при поступлении пациента ночью). Особенно это актуально с учетом все большего количества доказательств в пользу эффективности консервативной (антибактериальной) терапии аппендицита у части пациентов.

Что касается Украины, то при недостаточном обеспечении лечебных учреждений соответствующим оборудованием и относительно высоких показателях поздней обращаемости больных с аппендицитом за медицинской помощью упомянутая выше тактика ведения пациентов с аппендицитом на сегодняшний день не может быть рекомендована. Однако эта информация может быть интересна нашим хирургам для расширения профессиональных знаний и, возможно, по мере совершенствования системы оказания хирургической помощи будет применена в ближайшем будущем.

Применение современных диагностических методов также позволяет снизить количество диагностических ошибок при подозрении на аппендицит. Так, команда американских ученых из Медицинского центра университета Дюка (C. Coursey et al., 2010) в ретроспективном исследовании показала, что предоперационная компьютерная томография (КТ) помогает в сомнительных случаях снизить частоту ненужных аппендэктомий (то есть удаления интактного аппендикса) у женщин до 45 лет (фертильного возраста). В целом за 10 лет частота «негативных» аппендэктомий в университетском медицинском центре достоверно уменьшилась с 16,7 до 8,7% ( $p < 0,0001$ ), по всей видимости, благодаря широкому внедрению КТ. Однако

снижение произошло в основном за счет женщин репродуктивного возраста, у которых частота «негативных» аппендэктомий снизилась с 42,9 до 7,1% ( $p = 0,0001$ ). Отсутствие достоверных изменений у мужчин и женщин более старшего возраста авторы объясняют исходно низкой частотой «негативных» аппендэктомий в этих подгруппах. Следует также отметить, что частота ложноотрицательных КТ в течение 10 лет постепенно снижалась с 20% практически до нуля, как и ложноположительных, что связано с развитием КТ-технологий. К сожалению, украинские хирурги пока еще не могут позволить себе использовать КТ в качестве рутинного метода обследования больных острым аппендицитом. Сегодня мы применяем этот метод диагностики в сложных с точки зрения дифференциальной диагностики случаях.

Много исследований было посвящено изучению возможностей бариатрической хирургии. В частности M.A. Makary et al. (2010) показали, что приблизительно три четверти пациентов с морбидным ожирением уже через 6 мес после проведения бариатрического вмешательства не нуждались в приеме сахароснижающих препаратов в связи с нормализацией углеводного обмена, в то время как до операции почти 86% из них получали такую терапию в связи с наличием СД 2 типа. Спустя два года после вмешательства доля пациентов, не нуждавшихся в сахароснижающем лечении, увеличилась до 85%. Авторы исследования подчеркивают, что бариатрическая хирургия у больных с морбидным ожирением и СД 2 типа является не только эффективной в отношении улучшения состояния их здоровья, но и экономически выгодной как для пациентов, так и для системы здравоохранения (через три года после операции расходы на лечение сократились на 70%).

Ряд исследований был посвящен вопросам тромбопрофилактики в хирургии и лечения тромбоемболических осложнений. Например, в работе H.R. Buller et al. (2010) было продемонстрировано, что пероральный ингибитор фактора Ха ривароксабан превосходит по эффективности комбинацию эноксапарина и антагониста витамина К (варфарина и др.) в лечении тромбоза глубоких вен (ТГВ) в амбулаторных условиях. Ривароксабан снижает частоту рецидивов ТГВ (2,1 vs 3%), не повышая при этом риск кровотечений.

Для послеоперационного обезболивания в мире все чаще прибегают к применению нестероидных противовоспалительных препаратов, так как некоторые из них обладают достаточно выраженным анальгезирующим эффектом. В прошедшем году было представлено интересное сообщение относительно применения парацетамола с целью послеоперационного обезболивания, несмотря на неоднозначное отношение к этому препарату в разных странах мира.

Осенью прошлого года FDA одобрило внутривенную лекарственную форму ацетаминофена (парацетамола) для купирования послеоперационной боли и лихорадки. Основанием для этого стали результаты нескольких исследований, доказавших эффективность такого пути введения парацетамола в хирургической

практике. Авторы одного из этих исследований отмечают, что внутривенное применение парацетамола у пациентов, которые не могут глотать, позволит сократить дозу и длительность использования наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде.

Рандомизированное многоцентровое исследование PANTER, проведенное в Нидерландах (H. Gooszen et al., 2010), продемонстрировало, что поэтапный подход в лечении инфицированного панкреонекроза (чрескожное дренирование с последующей, в случае необходимости, малоинвазивной ретроперитонеальной некрэктомией) обеспечивает лучший исход, чем открытая некрэктомия. Серьезные осложнения или смерть (комбинированная первичная конечная точка) были зарегистрированы в 40 и 69% случаев соответственно (относительный риск 0,57; 95% доверительный интервал 0,38-0,87;  $p = 0,006$ ). Приблизительно в 35% случаев в группе более консервативного подхода не потребовалось хирургическое лечение. Значительно реже в этой группе по сравнению с группой открытой некрэктомии развивалась полиорганная недостаточность (12 vs 42%,  $p = 0,001$ ), а через 6 мес зафиксирована меньшая частота послеоперационных грыж (7 vs 24%), новых случаев СД (16 vs 38%) и была меньше потребность в применении ферментных препаратов (7 vs 33%). Кроме того, такой подход был менее затратным.

Одним из самых современных направлений в хирургии является применение роботизированной хирургической системы Да Винчи. Все больше исследований показывают, что этот подход более эффективен и даже экономически выгоден по сравнению с традиционной открытой и лапароскопической хирургией. Сравнению традиционной лапароскопической и роботизированной панкреатэктомии было посвящено исследование корейских ученых (S.M. Kang et al., 2010), результаты которого были представлены в декабре прошлого года. Было показано, что, несмотря на более высокую стоимость и длительность операции, роботизированная панкреатэктомия имеет преимущества, так как позволяет у достоверно большего количества пациентов сохранить селезенку.

Одним из методов борьбы с хирургической инфекцией является использование шовного материала и аллопластического материала, содержащих антибактериальные препараты. Однако в исследовании E. Bennett-Guetero et al. (2010) по изучению эффективности коллагеновой губки, пропитанной раствором гентамицина сульфата, в профилактике раневой инфекции в колоректальной хирургии были получены несколько неожиданные результаты. Исследователи показали, что использование данной губки в дополнение к системным антибиотикам не только не снижает, но и, что парадоксально, повышает частоту раневой инфекции (30 vs 20,9%;  $p = 0,01$ ) и обращений за медицинской помощью в послеоперационном периоде. Возможной причиной таких результатов авторы считают наличие в губке коллагена, который может способствовать проникновению в послеоперационную рану микроорганизмов и их размножению. Определенную роль в различиях между результатами этого и предыдущих клинических испытаний по изучению эффективности коллагеновой губки, пропитанной раствором гентамицина сульфата, мог сыграть и более длительный период наблюдения в текущем исследовании, так как негативное



П.Д. Фомин

влияние губки на частоту раневой инфекции проявилось только спустя 3 недели после операции.

Хирурги уделяют много внимания профилактике гнойно-септических осложнений со стороны послеоперационной раны. В двух проспективных исследованиях было показано, что применение хлоргексидина эффективно предупреждает хирургические раневые инфекции. Ученые из США установили, что обработка операционного поля хлоргексидином и спиртом снижает на 41% (9,5 vs 16,1%) частоту раневой инфекции по сравнению с повидон-йодом (R. Daouiche et al., 2010).

Голландские исследователи доказали, что активное выявление носителей *S. aureus* с применением методов, направленных на эрадикацию этого возбудителя (назальная мазь с мупироцином и содержащее хлоргексидин мыло), снижает риск инфекционных осложнений на 58% по сравнению с группой плацебо (L. Vode et al., 2010).

Однако есть и другие данные, указывающие на то, что обработка операционного поля хлоргексидином, уменьшающая микробное обсеменение кожи, не приводит к достоверному снижению частоты раневой инфекции. По-видимому, в развитии раневой инфекции большое значение имеет не только микробный фактор, но и иммунологический статус пациента.

Хотелось бы обратить внимание на такой интересный факт — бритье операционного поля в день операции, а не накануне, позволяет снизить частоту раневой инфекции в 2-3 раза. В то же время в наших лечебных учреждениях, как правило, эту процедуру принято делать вечером, накануне оперативного вмешательства.

— **Какие хирургические форумы были проведены в 2010 году в Украине?**

— Самым масштабным мероприятием 2010 года стали V Международные Пироговские чтения, посвященные 200-летию со дня рождения великого хирурга, и состоявшийся в их рамках XXII съезд хирургов Украины. Съезд хирургов традиционно проводится один раз в несколько лет, поэтому неудивительно, что он собрал сотни врачей со всех регионов Украины и много иностранных гостей. В рамках съезда рассматривались и активно обсуждались такие вопросы, как состояние и перспективы хирургической помощи населению Украины, антибактериальная профилактика и антибиотикотерапия в хирургии, инновационные технологии в хирургии (хирургии детского возраста, сердечно-сосудистой хирургии, комбустиологии и пластической хирургии, хирургической эндокринологии, эндоскопической и лапароскопической хирургии).

Продолжение на стр. 46.

# События и достижения в области хирургии в мире и в Украине: подводим итоги 2010 года

Продолжение. Начало на стр. 44.

С 6 по 8 октября 2010 года в г. Донецке на базе ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины» проходил III съезд Ассоциации сосудистых хирургов и ангиологов Украины. Съезд посетили более 500 делегатов со всей Украины, а также зарубежные гости.

Помимо этих двух съездов, было проведено большое количество всеукраинских и региональных научно-практических конференций, симпозиумов, школ для врачей.

**— Появились ли в Украине новые практические рекомендации по лечению хирургической патологии?**

— В 2010 году приказом МЗ Украины № 297 от 02.04.2010 г. были утверждены Национальные стандарты и клинические протоколы по оказанию неотложной хирургической помощи. В этих стандартах представлены алгоритмы диагностики и лечения наиболее распространенных неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости — осложненных грыж брюшной стенки, острых желудочно-кишечных кровотечений, острой непроходимости кишечника, острого перитонита, перфорации полого органа, острого аппендицита, острого холецистита, острого панкреатита. Приятно отметить, что новые практические рекомендации максимально приближены к европейским стандартам, но при этом учитывают и национальные особенности организации оказания хирургической помощи населению.

Кроме того, в прошлом году были утверждены Национальные междисциплинарные рекомендации «Тромбозы глубоких вен нижних конечностей и таза. Диагностика, лечение и профилактика». Они создавались Ассоциацией ангиологов и сосудистых хирургов Украины, Ассоциацией хирургов Украины, Ассоциацией эндоваскулярных хирургов Украины и Ассоциацией анестезиологов Украины.

**— Какие еще события, достижения, положительные изменения в отечественной хирургии за минувший год вы бы хотели отметить?**

— Одним из важнейших событий и достижений прошлого года — не только для хирургии, но и для всей отечественной медицины — стало появление первого в Украине позитронно-эмиссионного томографа (ПЭТ) в Киевской городской онкологической больнице, а также линейного ускорителя в ГУ «Институт нейрохирургии им. А.П. Ромоданова НАМН Украины». Следует отметить, что такой современный линейный ускоритель, предназначенный для лечения опухолей головного и спинного мозга, — единственный в Восточной Европе. С конца октября на нем уже проводят операции. Что касается ПЭТ, то раньше больных для проведения этого исследования необходимо было отправлять за границу, а сейчас наши соотечественники могут проходить обследование в Украине.

В конце октября прошлого года во Львове на базе областной детской клинической больницы «ОХМАТДЕТ» был открыт первый в Украине областной центр детской эндоскопической хирургии и хирургии новорожденных, а в начале этого года на базе кафедры хирургии Днепропетровской государственной медицинской академии открыт первый в стране учебный центр эндоскопической хирургии.

Приятно отметить, что украинские хирурги с каждым годом все шире используют современные медицинские технологии. Так, отечественные специалисты стали чаще проводить малоинвазивные, в частности лапароскопические, операции, что позволяет существенно снизить количество послеоперационных осложнений и ускорить реабилитацию больных. В настоящее время в Украине малоинвазивные операции выполняют не только на желчевыводящих путях, но и на кишечнике, например, проводят лапароскопическую гастрэктомию, резекцию толстой кишки и другие сложные вмешательства.

У неоперабельных больных со стенозирующими злокачественными опухолями желудка и кишечника все шире применяют эндоскопическое стентирование. Создание гастро- или энтеростомы у ослабленных больных или колостомы для ликвидации кишечной непроходимости сопряжено с высоким риском осложнений вне зависимости от способа их наложения. Поэтому в настоящее время эндопротезирование саморасправляющимися металлическими стентами рассматривают как наиболее безопасный, малоинвазивный и эффективный способ лечения указанной категории больных.

Широкое распространение получила лапароскопическая бариатрическая хирургия, в частности лапароскопическое бандажирование желудка. Если раньше такие операции в Украине проводили исключительно в Национальном институте хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова НАМН Украины, то сегодня их выполняют во многих городах страны.

Совершенствуется и сама техника лапароскопических вмешательств за счет уменьшения количества используемых троакаров, а также смены доступа. Если раньше лапароскопические операции выполняли через 4-5 троакарных отверстий (портов), то в настоящее время все чаще прибегают к однопортовым лапароскопическим вмешательствам. Кроме того, малоинвазивные вмешательства при наличии показаний и возможностей стараются проводить через естественные отверстия (трансумбиликальный и трансвагинальный доступ). Например, у женщин через трансвагинальный доступ (задний свод влагалища) выполняют холецистэктомию и аппендэктомию.

Малоинвазивные вмешательства стали чаще проводить при остром панкреатите, в том числе при его деструктивных формах. Под контролем УЗИ производят пункцию полостей, не прибегая к большим открытым вмешательствам. Эндоскопическим путем проводят

дренирование кист поджелудочной железы через стенку желудка.

В сосудистой хирургии очень широко применяют стентирование сосудов, в том числе при аневризмах, включая расслаивающую аневризму.

В хирургии, особенно в онкохирургии, становится все более востребованным аппарат для электросварки живых тканей отечественного производства, который позволяет проводить практически бескровные оперативные вмешательства без наложения швов и лигирования сосудов. В Донецке, например, уже выполнено более 6 тыс. таких операций.

Украинские хирурги успешно проводят очень сложные операции на печени. Частичную резекцию печени при метастатических опухолях, первичных опухолях печени выполняют не только в Национальном институте хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова НАМН Украины, но и в Запорожье, Донецке, других центрах г. Киева (КГКБ № 10). Успехи отечественных специалистов в хирургии печени признаны во всем мире. Ведущий специалист Украины в этой области, профессор О.Г. Котенко принимает участие в разработке методических рекомендаций для стран СНГ.

**— Произошли ли какие-нибудь изменения в системе организации оказания хирургической помощи населению Украины?**

— Как уже неоднократно говорилось, в связи с раздельным финансированием лечебных учреждений района, города, области возникают существенные затруднения с оказанием своевременной и качественной хирургической помощи населению нашей страны. Очень сложно, а иногда и невозможно госпитализировать пациента из области в городскую больницу, и наоборот — городского жителя в областную больницу. При этом оснащение и штатный состав хирургических отделений на уровне города и области могут существенно отличаться, но пациент вынужден получать помощь не в том отделении, где имеются соответствующие возможности, а в зависимости от места жительства. Существует и ряд других организационных проблем, вследствие которых нерационально распределяются и используются имеющиеся ресурсы. Сложившуюся ситуацию необходимо менять.

Поэтому в прошлом году в трех областях Украины стартовал пилотный проект с новыми принципами оказания медицинской помощи (в том числе хирургической) на уровне районных, городских и областных больниц. Этот проект позволит в ближайшее время определить, какой объем помощи можно и необходимо оказывать на каждом из перечисленных уровней. Кроме того, проект предполагает единое финансирование всех лечебных учреждений в пределах области, что также поможет решить указанные выше проблемы.

Для полноценной реализации этого проекта предстоит провести основательную подготовительную работу — осуществить анализ лечебных и диагностических возможностей таких «госпитальных округов», подготовить соответствующую законодательную базу (проект должен быть утвержден Верховной Радой Украины, должны быть приняты соответствующие постановления Кабинета Министров и приказы МЗ Украины).

**— Какие еще проблемы предстоит решать в ближайшее время?**

— В целом успешная работа хирургической службы базируется на трех основных китах: обезболивании, борьбе с хирургическими инфекциями, обновлении и усовершенствовании материально-технической базы.

При этом вопросы борьбы с хирургическими инфекциями являются чрезвычайно важной проблемой, что обусловлено неуклонным ростом антибиотикорезистентности микроорганизмов. Следует заметить, что данная проблема актуальна не только для нашей страны — она волнует медицинскую общественность всего мира. Так, по решению ВОЗ теме устойчивости к антимикробным и антибактериальным средствам будет посвящен Всемирный день здоровья, который пройдет 7 апреля 2011 года.

Что касается Украины, то сегодня мы наблюдаем нерациональное и практически бесконтрольное использование антибактериальных препаратов в хирургии, что чревато быстрым ростом устойчивости госпитальных штаммов возбудителей. Во многих лечебных учреждениях не проводят мониторинг этиологической структуры госпитальных инфекций и антибиотикорезистентности госпитальной микрофлоры. Вместе с тем появление принципиально новых антибактериальных препаратов в ближайшее время не предвидится, что требует рационального подхода к выбору антибиотиков в различных клинических ситуациях, а также контроля их назначения. После проведения нескольких круглых столов целесообразно внести предложение о необходимости создания государственной программы по профилактике и лечению госпитальных инфекций. В дальнейшем предстоит определить, какое учреждение могло бы стать ведущим разработчиком данной программы. На мой взгляд, борьба с госпитальными инфекциями является одним из важных разделов хирургии, и эта проблема должна решаться на государственном уровне.

Очень остро стоит вопрос оснащения хирургических клиник современным оборудованием. Отечественные врачи готовы внедрять новые техники оперативных вмешательств, но процесс тормозит серьезная нехватка аппаратуры, в частности эндоскопической.

Не может не беспокоить состояние последипломного образования отечественных хирургов, так как у многих молодых специалистов нет реальной возможности приобрести необходимые практические навыки во время прохождения интернатуры. Поэтому мы планируем поднять вопрос об усилении ответственности руководителей хирургических кафедр, на базе которых проходят обучение интерны. Молодой специалист за время прохождения интернатуры должен обязательно выполнить необходимое количество различных оперативных вмешательств, и проведение этих операций должно быть заверено руководителем кафедры.

Еще много проблем предстоит решать, но у нас есть основания с оптимизмом смотреть в будущее. Взвешенная политика МЗ Украины, ответственность руководителей на местах и стремление украинских хирургов к самосовершенствованию и покорению новых вершин позволят нам в обозримом будущем вывести систему оказания хирургической помощи населению Украины на качественно новый уровень.

Подготовил Вячеслав Килимчук