

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 гипертензия.

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/м² и выше либо с ИМТ 35 кг/м² 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/м² независимо от того, есть ли у пациента сопутствующие заболевания, либо при ИМТ от 30 до 35 кг/м² 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.

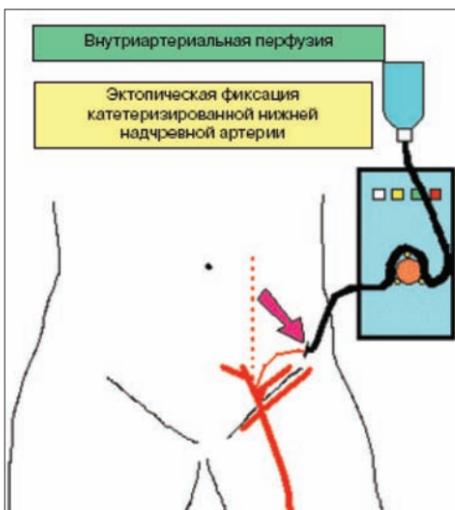


Рис. 1. Схема операции катетеризации нижней надчревной артерии

В області хірургії підводимо ітоги 2010 року

— **Розкажіть о результатах клінічних досліджень в області хірургії, котрі були представлені в 2010 році.**

— В минулому році були опубліковані або представлені на медичних форумах результати десятків, якщо не сотень, досліджень різного масштабу, а також метааналізів і систематичних оглядів в області хірургії. Розглянемо деякі з них.

Американські вчені (A.M. Ingraham et al., 2010) провели ретроспективний аналіз майже 33 тис. історій хвороби пацієнтів, перенеслих апендєктомію, і показали, що затримка з проведенням цього хірургічного втручання навіть на 12 і більше годин у пацієнтів без виражених перитонеальних ознак не асоціюється з погіршенням результатів апендєктомії в короткочасній перспективі. Так, частота серйозних ускладнень складала приблизно 3% у всіх підгрупах пацієнтів — з проведенням апендєктомії в перші 6 годин після прийому (75,2% пацієнтів), від 6 до 12 годин (15,1%) і більше 12 годин (9,8%). Загальна частота ускладнень коливалася в межах 5,5-6% і також не залежала від часу проведення операції. Різниця між групами в тривалості перебування пацієнта в стаціонарі була клінічно несуттєвою, хоча і статистично значимою. Авторами підкреслюється, що отримані ними дані можуть допомогти більш раціонально використовувати ресурси охорони здоров'я, проводячи апендєктомію як екстрену операцію (наприклад, чекаючи ранку після прийому пацієнта вночі). Особливо це актуально з урахуванням великої кількості доказів на користь ефективності консервативної (антибіотичної) терапії апендєктитис у частини пацієнтів.

Що стосується України, то при недостатньому забезпеченні лікувальних закладів відповідним обладнанням і відносно високим показателям пізньої звертатимості хворих з апендєктитом за медичною допомогою згадані вище тактика ведення пацієнтів з апендєктитом на сьогоднішній день не може бути рекомендована. Однак ця інформація може бути цікавою нашим хірургам для розширення професійних знань і, можливо, по мірі удосконалення системи надання хірургічної допомоги буде застосована в найближчому майбутньому.

Застосування сучасних діагностичних методів також дозволяє знизити кількість діагностичних помилок при підозрі на апендєктит. Так, команда американських вчених із Медичного центру університету Дюка (C. Coursey et al., 2010) в ретроспективному дослідженні показала, що передопераційна комп'ютерна томографія (КТ) допомагає в сумнівних випадках знизити частоту зайвих апендєктомій (тобто видалення інтактного апендикса) у жінок до 45 років (фертильного віку). В цілому за 10 років частота «негативних» апендєктомій в університетському медичному центрі надійсно зменшилася з 16,7 до 8,7% ($p < 0,0001$), по всій видимості, завдяки широкому впровадженню КТ. Однак

зниження відбулося в основному за рахунок жінок репродуктивного віку, у яких частота «негативних» апендєктомій знизилася з 42,9 до 7,1% ($p = 0,0001$). Відсутність достовірних змін у чоловіків і жінок старшого віку автори пояснюють існуючою низкою частотою «негативних» апендєктомій в цих підгрупах. Слід також відзначити, що частота ложнонегативних КТ за 10 років поступово знизилася з 20% практично до нуля, як і ложнопозитивних, що пов'язано з розвитком КТ-технологій. К сожалению, українські хірурги поки ще не можуть дозволити собі використовувати КТ як рутинний метод обстеження хворих гострим апендєктитом. Сьогодні ми застосовуємо цей метод діагностики в складних з точки зору диференціальної діагностики випадках.

Багато досліджень було присвячено вивченню можливостей бариатричної хірургії. В частині M.A. Makary et al. (2010) показали, що приблизно третина пацієнтів з морбидним ожирінням уже через 6 місяців після проведення бариатричного втручання не потребує прийому сахароснижуючих препаратів в зв'язі з нормалізацією вуглеводного обміну, в той час як до операції майже 86% з них отримували таку терапію в зв'язі з наявністю СД 2 типу. Через два роки після втручання частота пацієнтів, не потребує лікування, зросла до 85%. Авторами дослідження підкреслюється, що бариатрична хірургія у хворих з морбидним ожирінням і СД 2 типу є не тільки ефективною в відношенні покращення стану здоров'я, але й економічно вигідною як для пацієнтів, так і для системи охорони здоров'я (через три роки після операції витрати на лікування скоротилися на 70%).

Ряд досліджень був присвячений питанням тромбопрофілактики в хірургії і лікування тромбоемболічних ускладнень. Наприклад, в роботі H.R. Buller et al. (2010) було продемонстровано, що пероральний інгібітор фактора Ха ривароксабан переважає по ефективності комбінацію еноксапарина і антагоніста вітаміну К (варфарина і др.) в лікуванні тромбоза глибоких вен (ТГВ) в амбулаторних умовах. Ривароксабан знизив частоту рецидивів ТГВ (2,1 vs 3%), не підвищив при цьому ризик кровотечень.

Для післяопераційного знеболювання в світі все частіше вдаються до застосування нестероїдних протизапальних препаратів, так як деякі з них мають достатньо виражений анальгезуючий ефект. В минулому році було представлено цікаве повідомлення стосовно застосування парацетамолу з метою післяопераційного знеболювання, незважаючи на неоднозначне ставлення до цього препарату в різних країнах світу.

Осінню минулого року FDA схвалило внутрішньовенну лікарську форму ацетамінофену (парацетамолу) для купірування післяопераційної болю і лихоманки. Основною причиною цього стали результати кількох досліджень, що довели ефективність такого способу введення парацетамолу в хірургічній

практиці. Авторами одного з цих досліджень відзначається, що внутрішньовенне застосування парацетамолу у пацієнтів, котрі не можуть ковтати, дозволить скоротити дозу і тривалість застосування наркотичних анальгетиків в післяопераційному періоді.

Рандомізоване багаторівневе дослідження PANTER, проведене в Нідерландах (H. Gooszen et al., 2010), продемонструвало, що поетапний підхід в лікуванні інфікованого панкреонекрозу (черезкожне дренирування з наступною, в разі потреби, малоінвазивною ретроперитонеальною некрэктомією) забезпечує кращий результат, ніж відкрита некрэктомія. Серйозні ускладнення або смерть (комбінована первинна кінцева точка) були зареєстровані в 40 і 69% випадків відповідно (відносний ризик 0,57; 95% довірливий інтервал 0,38-0,87; $p = 0,006$). Приблизно в 35% випадків в групі більш консервативного підходу не потребувалося хірургічне лікування. Значно рідше в цій групі порівняно з групою відкритої некрэктомії розвивалася поліорганна недостатність (12 vs 42%, $p = 0,001$), а через 6 місяців зафіксована менша частота післяопераційних грыж (7 vs 24%), нових випадків СД (16 vs 38%) і менша потреба в застосуванні ферментних препаратів (7 vs 33%). Крім того, такий підхід був менш затратним.

Одним із сучасних напрямків в хірургії є застосування роботизованої хірургічної системи Да Вінчі. У більшості досліджень показують, що цей підхід більш ефективний і навіть економічно вигідний порівняно з традиційною відкритою і лапароскопічною хірургією. Порівняно з традиційною лапароскопічною і роботизованою панкреатэктомією було проведено дослідження корейських вчених (S.M. Kang et al., 2010), результати якого були представлені в грудні минулого року. Було показано, що, незважаючи на більш високу ціну і тривалість операції, роботизована панкреатэктомія має переваги, так як дозволяє у більшості випадків зберегти селезінку.

Одним із методів боротьби з хірургічною інфекцією є застосування шовного матеріалу і аллопластичного матеріалу, що містить антибіотичні препарати. Однак в дослідженні E. Bennett-Guetero et al. (2010) при вивченні ефективності коллагенової губки, пропитаної розчином гентаміцину сульфату, в профілактиці раневих інфекцій в колоректальній хірургії були отримані деякі несподівані результати. Дослідники показали, що застосування даної губки в доповнення до системних антибіотиків не тільки не знизив, але й, парадоксально, підвищив частоту раневих інфекцій (30 vs 20,9%; $p = 0,01$) і звернень за медичною допомогою в післяопераційному періоді. Можливою причиною таких результатів автори вважають наявність в губці коллагену, який може сприяти проникненню в післяопераційну рану мікроорганізмів і їх розмноженню. Визначену роль в розході між результатами цього і попередніх клінічних випробувань при вивченні ефективності коллагенової губки, пропитаної розчином гентаміцину сульфату, може грати і більш тривалий період спостереження в даному дослідженні, так як негативне



П.Д. Фомин

вплив губки на частоту раневих інфекцій проявився тільки через 3 тижні після операції.

Хірурги приділяють багато уваги профілактиці гнійно-септичних ускладнень з боку післяопераційної рани. В двох проспективних дослідженнях було показано, що застосування хлоргексидину ефективно запобігає хірургічним раневим інфекціям. Вчені з США встановили, що обробка операційного поля хлоргексидином і спиртом знизив на 41% (9,5 vs 16,1%) частоту раневих інфекцій порівняно з повидон-йодом (R. Daouiche et al., 2010).

Голландські дослідники довели, що активне виявлення носіїв *S. aureus* з застосуванням методів, направлених на ерадикацію цього збудителя (назальна мазь з мупіроцином і розчином хлоргексидину мило), знизив ризик інфекційних ускладнень на 58% порівняно з групою плацебо (L. Vode et al., 2010).

Однак є і інші дані, що вказують на те, що обробка операційного поля хлоргексидином, зменшуючи мікробне обсеменення шкіри, не призводить до надійного зменшення частоти раневих інфекцій. По-видимому, в розвитку раневих інфекцій велике значення має не тільки мікробний фактор, але й імунітологічний статус пацієнта.

Хотілося б звернути увагу на такий цікавий факт — брить операційного поля в день операції, а не накануне, дозволяє знизити частоту раневих інфекцій в 2-3 рази. В той же час в наших лікувальних закладах, як правило, цю процедуру прийнято робити ввечері, накануне оперативного втручання.

— **Які хірургічні форуми були проведені в 2010 році в Україні?**

— Наймасштабнішим заходом 2010 року стали V Міжнародні Пироговські читання, присвячені 200-літтю з дня народження великого хірурга, і що відбулися в їх рамках XXII з'їзд хірургів України. З'їзд хірургів традиційно проводиться один раз в декілька років, тому не дивно, що він зібрав сотні лікарів з усіх регіонів України і багато іноземних гостей. В рамках з'їзду розглядалися і активно обговорювалися такі питання, як стан і перспективи хірургічної допомоги населенню України, антибіотична профілактика і антибіотикотерапія в хірургії, інноваційні технології в хірургії (хірургії дитячого віку, серцево-судинної хірургії, комбустиології і пластичної хірургії, хірургічній ендокринології, ендоскопічній і лапароскопічній хірургії).

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