

РЕЗОЛЮЦИЯ

XV СЪЕЗДА ХИРУРГОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ И РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ» (16-17 ОКТЯБРЯ 2014, БРЕСТ)

16-17 октября 2014 г. в г. Бресте проходил XV Съезд хирургов Республики Беларусь. В работе Съезда приняло участие 300 делегатов со всех регионов Республики Беларусь и гости из ближнего и дальнего зарубежья.

Работало 9 секции по следующим направлениям:

- Проблемы и достижения гепатопанкреатобилиарной хирургии.
- Достижения и нестандартные ситуации в неотложной хирургии органов брюшной полости.
- Достижения, нестандартные ситуации и новые технологии в кардиоторакальной хирургии.
- Трансплантология и клеточные технологии: достижения и перспективы.
- Нестандартные ситуации, новые технологии в диагностике и лечении заболеваний артерий и вен.
- Эндоскопическая, бариатрическая и пластическая хирургия: достижения и перспективы.
- Проблемы и достижения колопроктологии.
- Инновационные лечебно-диагностические технологии в хирургии

Всего было заслушано и обсуждено 114 докладов. Кроме того, делегаты ознакомились с 47 стендовыми докладами на различные актуальные хирургические темы.

Положительные тенденции в экономическом развитии государства, укрепление материальной базы учреждений здравоохранения Республики Беларусь, оснащение их новым современным оборудованием и лекарственными средствами, а также совершенствование организации работы хирургической службы в целом позволило значительно улучшить качество оказания помощи пациентам с хирургической патологией.

Делегаты и участники XV съезда хирургов Республики Беларусь по результатам состоявшегося обмена опытом и дискуссий по актуальным вопросам хирургии отмечают, что многие методы диагностики и лечения хирургических заболеваний, которые обсуждались и были рекомендованы к практическому использованию на предыдущих съездах и пленумах, подтвердили свою эффективность, и сегодня широко приме-

няются в учреждениях здравоохранения республики. Это касается, в первую очередь, широкого внедрения малоинвазивных технологий, использование которых, как показал практический опыт общих хирургов страны, позволило получить выраженный клинический эффект, привело к уменьшению показателей летальности, сокращению средней длительности пребывания пациентов в стационаре и обеспечило значимый экономический эффект. Особого одобрения заслуживает внедрение в практику диагностической и оперативной эндовидеолапароскопии, эндоваскулярной хирургии и операций под контролем ультразвуковой навигации.

Официальные статистические показатели летальности при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости в Республике Беларусь остаются на протяжении последних 5 лет на низком уровне. Вместе с тем, с учетом социальной значимости и распространенности, проблема заболеваемости и смертности от острой хирургической патологии по-прежнему требует особого внимания. Острые хирургические заболевания и травмы органов брюшной полости продолжают занимать доминирующее место в практике хирургов общего профиля. Из всех операций на органах брюшной полости, которые были выполнены в Республике Беларусь в 2006-2013 годах, экстренные оперативные вмешательства составили от 33,2% до 36,9%.

За последние годы достигнуты определенные успехи в диагностике и лечении острого некротизирующего панкреатита. Совершенствование методов лечения, внедрение в хирургическую практику ультразвуковой навигации, компьютерной томографии, МРТ, эндовидеолапароскопии, малоинвазивных технологий сыграли существенную роль в улучшении качества оказания хирургической помощи при данной патологии. Накоплен опыт и проведен глубокий анализ результатов лечения острого некротизирующего панкреатита, что позволяет в ближайшее время унифицировать хирургическую тактику при данном заболевании, усовершенствовать существующие и активно внедрять в практику учреждений здравоохранения новые клинические протоколы, основанные на современных технологиях.

Это предстоит осуществить и при других острых хирургических заболеваниях или травмах органов брюшной полости, которые нередко представляют непосредственную угрозу для жизни человека.

В настоящее время во всех областных центрах, за исключением Минской области, функционируют торакальные хирургические стационары. Отделения торакальной хирургии имеются в ряде онкологических и противотуберкулезных диспансеров, РНПЦ онкологии и медицинской радиологии, РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии. Они позволяют сегодня в полном объеме оказывать специализированную помощь пациентам торакального хирургического профиля, отказаться от их направления для лечения в зарубежные клиники и оказывать профильную помощь иностранным пациентам.

Проктологическая помощь в Республике оказывается в проктологических отделениях г. Минска, областных и городских больниц. Всего в стационарах республики развернуто достаточно проктологических коек (0,42 на 10000 населения), во всех областях организованы амбулаторно-консультативные приемы врача-проктолога. На базе УЗ «Минской областной клинической больницы» работает республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии и колопроктологии, а на базе УЗ «11-я городская клиническая больница» г. Минска городской центр амбулаторной хирургии, где в лечении патологии анального канала внедрены лазерные технологии и трансплантация стволовых клеток. В 2011 году на функциональной основе создан Витебский областной научно-практический центр хирургии тазового дна. С 2010 года проктологическая служба поэтапно оснащена жесткими ректороманоскопами, колоноскопами, стойками с видеосигмоскопами, оснащением для малоинвазивной хирургии анального канала (доплер-контролируемое лигирование геморроидальных артерий при геморроидальной болезни), линейными и циркулярными сшивающими аппаратами. Все это позволило существенно улучшить диагностику во всех проктологических отделениях и увеличить количество оперативных вмешательств. В Беларуси, как и во всех европейских странах, регистрируется значительный рост заболеваемости тяжелыми формами болезни Крона в молодом возрасте, что нередко требует расширенных операций (их рост за последние три года в 4,1 раза). Серьезной хирургической проблемой стала осложненная дивертикулярная болезнь ободочной кишки.

Во многих клиниках Республики Беларусь

накоплен большой опыт оказания помощи пациентам с заболеваниями вен нижних конечностей, внедряются и продолжают разрабатываться новые методы диагностики и лечения. В то же время приходится констатировать, что некоторые современные технологии до настоящего времени не получили широкого распространения в практическом здравоохранении. Остаются актуальными вопросы разработки и использования в практической деятельности единых классификаций заболеваний вен, разработки современных стандартов диагностики и лечения патологии венозной системы. Недостаточно широко внедрены малоинвазивные технологии оперативного лечения, методы эндоваскулярной профилактики тромбоэмболии легочной артерии, реконструктивные и эндоваскулярные вмешательства при посттромбофлебитической болезни. Требуется более широко внедрять в клиническую практику стационарзамещающие технологии, необходимо улучшить диспансеризацию пациентов с хроническими заболеваниями вен, разработать и внедрить в практическое здравоохранение более современную систему реабилитации.

Обсуждены проблемы по использованию инновационных технологий в лечении длительно незаживающих ран и трофических язв, оказании помощи пострадавшим с политравмой, вопросы амбулаторной помощи, тактики при желудочно-кишечных кровотечениях, разработки и эффективности применения новых шовных материалов и сеток для имплантации, а также вопросы хирургической инфекции, гемотрансфузий и др.

Отмечено, что увеличилось число лиц пожилого и старческого возраста, нуждающихся в оперативном вмешательстве, и это выдвигает перед хирургией ряд новых проблем. Наметилась тенденция к росту пациентов с нагноительными процессами в послеоперационном периоде и другими осложнениями (пневмонии, нагноительные заболевания легких и тромбоэмболии). Выросло количество пациентов с осложненными формами облитерирующих заболеваний нижних конечностей и сахарным диабетом (флегмона, гангрена). Процент летальности при данном виде осложнений высок. Для выделения возбудителей требуется специальное оборудование, которое во многих лечебных учреждениях отсутствует.

В здравоохранении страны все шире используются трансплантации печени, сердца, почки, что является единственным радикальным методом лечения терминальных стадий острых и хронических диффузных заболеваний, врожденных аномалий, а также некото-

рых злокачественных новообразований этих органов. Использование современных технологий при выполнении этих оперативных вмешательств позволило добиться хороших непосредственных результатов (годовая выживаемость превышает 90%), высокой 5-ти летней выживаемости пациентов (более 70%) и обеспечить им возврат к социально-активной жизни.

В работе хирургических стационаров республики в последние годы стали обычными такие лапароскопические оперативные вмешательства, как аппендэктомия, холецистэктомия, герниопластика, фундопликация. С каждым годом все больше хирургов овладевает этой технологией, производятся все более сложные операции.

Для успешного дальнейшего развития хирургической науки и практики в стране Съезд рекомендует следующее.

1. В организационном плане Правлению Белорусской ассоциации хирургов следует более активно содействовать постоянному росту профессионального уровня хирургов на основе их участия в работе международных и республиканских научно-практических конференций, посвященных актуальным вопросам хирургии, в проведении областных тематических конференций с участием ведущих специалистов, в стажировках хирургов в ведущих республиканских и зарубежных клиниках, учебе молодых специалистов в клинической ординатуре.

2. Оказывать помощь в решении задач по совершенствованию работы Республиканских научно-практических центров хирургического профиля, функционирующих на базах различных лечебных учреждений страны, с целью концентрации на республиканском уровне сложных медицинских технологий, требующих больших финансовых затрат, привлечения высококвалифицированных медицинских кадров, оказания специализированной медицинской помощи пациентам со сложной хирургической патологией. Деятельность должна быть также направлена на снижение потребности направления пациентов на лечение и консультации за рубеж, на проведение научных исследований, повышение квалификации медицинских кадров, организационно-методическое руководство специалистами, оказывающими медицинскую помощь пациентам с хирургической патологией в республике. Для решения этих задач необходимо дооснастить центры современным высокотехнологичным оборудованием, инструментарием и другими материалами и средствами специального хирургического назначения.

3. Специализированные хирургические отделения областных больниц должны функционировать, как областные центры хирургии, оказывающие консультативную, лечебную, диагностическую помощь пациентам хирургического профиля регионов в плановом и ургентном порядке и методическую помощь врачам-хирургам общего профиля.

4. Отсутствие профильной кафедры торакальной хирургии в ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» затрудняет совершенствование организации подготовки врачей по специальности. В связи с этим необходимо обязательное включение в план повышения квалификации и переподготовки тематических циклов для торакальных хирургов на кафедрах онкологии, хирургии, неотложной и сердечнососудистой хирургии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» и кафедре хирургии ФПК и ПК УО «Витебский государственный медицинский университет» с участием в процессе обучения курсантов ведущих специалистов по торакальной хирургии. Необходимо открытие отделения торакальной хирургии в УЗ «Минская областная клиническая больница», т.к. Минская область сегодня является единственной в Республике, не имеющей в структуре своего здравоохранения полноценной торакальной хирургической службы.

5. Для улучшения результатов лечения острой абдоминальной хирургической патологии, включая различные формы острого панкреатита, следует с учетом новых возможностей усовершенствовать существующие клинические протоколы оказания хирургической помощи и внедрить их в лечебные учреждения. При этом предусмотреть целесообразность более широкого использования минимально инвазивных хирургических вмешательств и других прогрессивных лечебно-диагностических технологий.

6. Основным показанием к хирургическому лечению при остром некротизирующем панкреатите следует считать инфицированный панкреонекроз. Оперативное лечение инфицированного панкреонекроза должно включать в себя выполнение некрэктомии, дренирования зон поражения с последующим их промыванием. Хирургическое лечение в сроки ранее 14 суток от начала заболевания нецелесообразно при некротизирующем панкреатите, кроме специфических показаний, диктуемых конкретной клинической ситуацией. Применение малоинвазивных методов лечения должно определяться конкретной клинической ситуацией.

ацией и являться обоснованным в лечебных учреждениях, специалисты которых обладают опытом использования данных методик.

7. При хроническом панкреатите лекарственное консервативное лечение является основным, оно должно заключаться в облегчении боли и компенсации экзокринной и эндокринной недостаточности. Показаниями для хирургического лечения хронического панкреатита следует считать стойкий болевой синдром, подозрение на малигнизацию, панкреатическую и билиарную гипертензию, наличие конкрементов в протоковой системе, хроническую дуоденальную непроходимость, ложные панкреатические и парапанкреатические кисты больших размеров, панкреатические свищи, кровотечения, подпеченочную форму портальной гипертензии. Выбор метода операции зависит от особенностей клинических проявлений данного заболевания у каждого конкретного пациента. Весь спектр хирургических вмешательств включает в себя эндоскопические, «малоинвазивные» под контролем ультразвука, лапароскопические и оперативные вмешательства из лапаротомного доступа. Резекционные, резекционно-дренирующие и повторные вмешательства при хроническом панкреатите должны проводиться в специализированных хирургических стационарах, обладающих необходимым оснащением и опытом всех видов вмешательств на поджелудочной железе и других органах гепатопанкреатобилиарной зон.

8. Содействовать постепенному переходу всех проктологических отделений на гибкую сигмоскопию, что позволит улучшить диагностику и увеличить выявляемость дистальных форм рака толстой кишки.

9. Оказывать содействие в мероприятиях по дооснащению проктологических отделений и за счет малоинвазивных технологий в общей проктологии переходу к принципам хирургии краткосрочного пребывания. Развивать абдоминальную колоректальную хирургию в регионах и активно внедрять лапароскопические технологии.

10. В 2015 году совместно с РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.Александрова и РНПЦ трансплантологии создать национальный протокол «хирургии быстрого выздоровления». Совместно сотрудникам проктологических и эндоскопических отделений соответствующих стационаров определить клиническую и экономическую целесообразность внедрения видеокапсульной эндоскопии.

11. Рекомендовать профильным науч-

но-практическим коллективам осуществить разработку и внедрение в практику единых классификаций заболеваний вен, а также протоколов по диагностике и лечению этой патологии, продолжить исследования этиологии и патогенеза острых и хронических заболеваний венозной системы; изучить эффективность применения корригирующих и реконструктивных вмешательств на магистральных венах; продолжить работу по внедрению в практическое здравоохранение малоинвазивных и стационарзамещающих технологий лечения; сконцентрировать внимание на вопросах разработки отечественных образцов приборов и инструментов, лекарственных препаратов, компрессионных изделий, применяемых для лечения данной патологии, а также рациональных, экономически обоснованных способов лечения.

12. Рекомендовать врачам-хирургам лечебных учреждений шире осваивать современные методы диагностики и малоинвазивные способы лечения патологии вен и внедрять их в свою практическую деятельность. Вместе с тем, считать недопустимой практику применения склерозирующего лечения вен врачами, не прошедшими усовершенствования по данной методике. С целью более широкого знакомства врачей с современными методами диагностики и лечения венозной патологии активизировать работу и содействовать территориальным органам здравоохранения в проведении регионарных конференций, семинаров, мастер-классов.

13. Каждый хирург, выполняющий оперативное лечение венозной патологии, должен владеть методикой ультразвуковой диагностики заболеваний вен. Для этого существует целесообразность введения дополнительных часов при обучении на соответствующих курсах повышения квалификации.

14. Продолжить активное внедрение в практику отделений торакальной хирургии малоинвазивных диагностических и лечебных эндохирургических вмешательств при: осложненной закрытой и открытой травме груди, торакоабдоминальных ранениях и их осложнениях; буллезной и диффузной эмфиземе легких; плевритах различной этиологии, острой и хронической эмпиеме плевры, грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, грыжах Морганьи и Бохдалека, опухолях, дивертикулах, ахалазии, стриктурах и разрывах пищевода; опухолях и кистах средостения.

15. В связи с увеличением числа пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, продолжить разработку и внедрение в практи-

ку новых высокоэффективных антирефлюксных вмешательств на пищеводно-желудочном переходе, методик пластики пищеводного отверстия диафрагмы с использованием различных протезов при гигантских грыжах.

16. Разработать и внедрить в Республике Беларусь протокол ранней диагностики, эффективной предоперационной подготовки и одноэтапного радикального хирургического лечения постстернотомического остеомиелита грудины и стерномедиастенита, частота которых при операциях на сердце составляет сегодня 4-6% и не имеет тенденции к снижению.

17. Продолжить совершенствовать мероприятия по профилактике развития и ранней диагностике постинтубационных и посттрахеостомических рубцовых стенозов трахеи и трахеопищеводных свищей в отделениях реанимации республики. Опыт показал целесообразность концентрации пациентов с этой тяжелой патологией в Республиканском центре торакальной хирургии, который имеет подготовленные высококвалифицированные кадры хирургов, эндоскопистов и анестезиологов, а также оснащен современным видеотрахеобронхоскопическим оборудованием, лазерными и аргон-плазменными силовыми установками, стентами различной конструкции. Это позволяет расширить возможности проведения высокотехнологических реконструктивных и восстановительных эндоскопических и вмешательств на трахее и крупных бронхах пациентам нашей страны и оказывать экспорт услуг иностранным гражданам.

18. Продолжить исследования, направленные на совершенствование методов лечения пациентов с бактериальной деструкцией легких и эмпиемой плевры. По показаниям своевременно использовать торакоабсцессостомию или торакостомию, а при острой эмпиеме плевры — лечебную видеоторакоскопию.

19. Актуальность проблемы лечения острой кишечной непроходимости у пациентов старше 60 лет обусловлена наличием у таких пациентов тяжелых сопутствующих заболеваний и высокой летальностью, связанной с поздней обращаемостью. Частое несвоевременное обращение их за медицинской помощью диктует необходимость осуществления системы мер по устранению данной ситуации. У пациентов с острой кишечной непроходимостью в возрасте старше 60 лет при соответствующей клинической картине для исключения опухолевой толстокишечной непроходимости при отсутствии противопоказаний следует выполнять экстренную колоноскопию. Операции у людей пожилого и старческого возраста долж-

ны выполняться наиболее высококвалифицированными специалистами.

20. Новообразования червеобразного отростка, которые обнаруживают общие хирурги при аппендэктомии по поводу острого аппендицита являются редкой патологией, однако они вызывают затруднения в выборе объема хирургического вмешательства. Специалистами-онкологами разработана оптимальная хирургическая тактика, которая заключается в целесообразности выполнения правосторонней гемиколонэктомии при раке и карциноиде червеобразного отростка.

21. Следует обеспечить обязательное направление всех пациентов, оперированных по поводу осложнений болезни Крона, после выписки из хирургического стационара на консультацию к гастроэнтерологу для проведения противорецидивного лечения.

22. Эвентрация остается одним из наиболее опасных осложнений после выполнения экстренных абдоминальных операций, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста. Для предупреждения эвентрации после экстренных операций на органах брюшной полости следует проводить профилактику развития инфекционных процессов в брюшной полости и ране. При возникновении асептической эвентрации показано экстренное повторное послойное ушивание передней брюшной стенки. Эвентрация в гнойную рану требует индивидуального подхода при выборе метода закрытия брюшной полости.

23. Целесообразно пересмотреть подходы к местному лечению трофических язв и длительно незаживающих ран, использовать инновационные методы местного лечения: лечение отрицательным давлением, очищения ран с помощью эрбиевого лазерного излучения, фотодинамической терапии, стимуляции репарации лазерным излучением, использование клеточных технологий. Для этого предварительно осуществить соответствующее дооснащение, затем разработать и утвердить в установленном порядке новые эффективные клинические протоколы лечения трофических язв и длительно незаживающих ран.

24. Оказывать всестороннее содействие в совершенствовании методов лечения с широким внедрением технологии хирургии одного дня (стационара краткосрочного пребывания) и применением современных методов лечения хирургических заболеваний в амбулаторных условиях с использованием высокоинтенсивных лазеров.

25. Необходимо оптимизировать оказание экстренной хирургической помощи с исполь-

зованием современных подходов, таких как «Damage control».

26. Применение разнообразных хирургических вмешательств с использованием клеточных технологий рекомендуется в качестве вспомогательного лечения (моста к органной трансплантации), способного уменьшить основные проявления заболевания и стабилизировать течение патологического процесса.

27. Клеточные технологии и трансплантация тканей считать показанными для восстановления обширных дефектов кожи, при лечении хронических ран различной этиологии, сахарного диабета, гипотиреоза и гипопаратиреоза, травмы периферических нервов и ЦНС, обширных дефектов брюшной стенки и тазового дна, каловой и мочевого инконтиненции.

28. Следует продолжить изучение трансплантационной иммунологии, механизмов ишемически-реперфузионного повреждения, свойств стволовых клеток и других клеточных структур различного тканевого происхождения с оценкой их терапевтического потенциала и создание на их основе новых технологий реконструктивно-восстановительного лечения хирургических пациентов.

29. Необходима разработка новых синтетических стимуляторов активации стволовых клеток и регуляторов их экспансии после пересадки, материалов для тканевой инженерии

клеточных каркасов, искусственных внеклеточных матриксов и скаффолдов для дальнейшего развития трансплантологии и регенераторной медицины в плане создания искусственных органов для трансплантации (в первую очередь, печени, сердца, легких и почек) и повышения качества лечения пациентов.

30. Несмотря на достигнутые успехи в развитии малоинвазивной хирургии в Республике Беларусь, важно продолжить внедрение этих технологий, особенно в работе районных и городских больниц. Для этого необходимо оснащение отделений современным эндоскопическим оборудованием и инструментарием, а также улучшение материальной базы учебных центров и кафедр, приобретение для них специальных тренажеров.

31. Одним из динамически развивающихся и востребованных направлений является бариатрическая хирургия, следует наладить организацию структуры оказания хирургической помощи пациентам с патологическим ожирением в системе здравоохранения нашей страны.

32. Необходимо продолжить модернизацию материально-технической базы стационаров и поликлиник с привлечением телемедицины и IT-технологий, позволяющих повысить уровень оказания хирургической помощи в отдаленных регионах.

**Председатель Белорусской ассоциации хирургов
заведующий 1-ой кафедрой хирургических
болезней БГМУ, профессор Г.Г. Кондратенко**

**Секретарь Белорусской ассоциации хирургов
доцент 1-ой кафедрой хирургических
болезней БГМУ А.И. Протасевич**

В журнале «Новости хирургии» том 22 №5 2014 г. по техническим причинам была допущена опечатка.

Название таблицы 6 «Динамика спермограммы у пациентов после грыжесечения по традиционной методике»

читать: «Динамика спермограммы у пациентов после грыжесечения по Лихтенштейн»