**РЕЗОЛЮЦІЯ XXIII З’ЇЗДУ ХІРУРГІВ УКРАЇНИ**

*Київ 21-23 жовтня 2015 року*

Під патронатом Міністерства охорони здоров’я України, Національної академії медичних наук України, ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова» НАМН України та Асоціації хірургів України 21-23 жовтня у м. Києві проведено XXIII з’їзд хірургів України.

У роботі з’їзду прийняли участь більш 3700 лікарів хірургічного профілю (дитячі хірурги, комбустіологи та пластичні хірурги, фахівці з ендокринної хірургії та трансплантологи, військові медики) з усіх регіонів України.

Програма з’їзду передбачала доповіді за всіма напрямками надання хірургічної допомоги від проблем ургентної хірургії до аспектів реконструктивно-відновних втручань та трансплантології.

Вперше на науковому форумі такого рівня було проведено пленарне засідання, з проблем та питань військової медицини, особливостям та етапності надання медичної допомоги пораненим з мінно-вибуховими та вогнепальними пораненнями у хірургічних відділеннях різних рівнів акредитації.

На секційних засіданнях обговорені актуальні питання дитячої, ендокринної, серцево-судинної, баріатричної мініінвазивної та ургентної хірургії, комбустіології і трансплантології.

В рамках з’їзду проведена нарада обласних головних позаштатних спеціалістів за спеціальністю «Хірургія» та збори Асоціації хірургів України.

Обрано голову Асоціації хірургів України (Усенко Олександра Юрійовича - директора ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім.О.О. Шалімова» НАМН України, головного позаштатного спеціаліста МОЗ України зі спеціальності «Хірургія», доктора медичних наук, професора), правління та президію Асоціації.

За результатами доповідей і обговорення визначено та прийняті відповідні резолюції за напрямками:

**Загальний стан хірургічної служби України: проблеми та шляхи їх вирішення.**

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

Відсутність офіційно визначеного центрального організаційно-методичного та науково-координаційного центру з проблем хірургії;

Відсутність чіткої управлінської вертикалі та горизонталі хірургічної служби;

Застарілі нормативно-правові документи (клінічні протоколи, стандарти надання медичної допомоги тощо) та неадекватна реаліям та вимогам часу статистична звітність;

Поглиблення кадрового дефіциту та гальмування зміни хірургічних поколінь, що найбільш виражено на рівні районних та поліклінічних закладів охорони здоров’я;

Морально та фізично застаріле діагностична-лікувальне обладнання та загально-хірургічна матеріально-технічна база;

Неадекватне фінансове заохочення та відсутній правовий захист лікарів-хірургів.

*Шляхи вирішення вище наведених проблем за результатами дискусії визначені наступні:*

Законодавче закріплення права Асоціації на прийняття відповідних рішень щодо управління хірургічною службою, а саме: безпосередня участь в розробці нормативно-правових та законодавчих актів; передача функцій атестації кадрів з структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій до регіональних осередків Асоціації хірургів України; забезпечення юридичного та фахового захисту членів Асоціації.

Офіційне визначення на рівні нормативно-правових актів головних організаційно – методичних центрів за лікарськими спеціальностями з наданням їм права моніторингу та методичного керівництва у відповідній галузі.

Переформатування інституту головних позаштатних спеціалістів на основі діяльності регіональних осередків профільних асоціацій з наданням їм права формувати відповідні організаційно-методичні вертикалі;

Переформатування системи фахової підготовки лікарів хірургічного профілю (з введенням ординатури та реформування інтернатури) у відповідності до державного або місцевого замовлення з обов’язковим відпрацюванням фахівця на відповідному до факту замовлення робочому місці не менше п’яти років.

Введення та надання відповідного правового статусу республіканським проблемним комісіям, для розгляду та затвердження матеріалів наукових досліджень та їх впровадження в практичну діяльність закладів охорони здоров’я.

Розробка, затвердження та неухильне виконання державних та місцевих цільових програм з матеріально-технічного переоснащення хірургічних стаціонарів та діагностичних комплексів.

Перегляд на державному рівні оплати роботи фахівців хірургічного профілю та формування нового підходу до правового захисту лікарів хірургів на базі профільних асоціацій

Розробка та впровадження сучасної нормативно-правової бази через інститут профільних асоціацій з широким залученням всіх членів асоціацій.

**Резолюція секції «Вогнепальні ушкодження, пов'язані з воєнними діями».**

В підсумковій постанові секції прийняті наступні основні рішення:

Сприяти прийняттю військово – медичної доктрини, що передбачає створення системи лікувально-евакуаційного забезпечення збройних сил України відповідно до політичного, економічного, військового, військово-медичного потенціалу держави.

Створити єдиний медичний простір (територіальні госпітальні бази Міністерства охорони здоров’я України) з визначеним бюджетним фінансуванням і системою матеріально-технічного забезпечення на особливий період.

Розробити і впровадити в повсякденну діяльність єдині стандарти надання спеціалізованої хірургічної допомоги, лікування і реабілітації при бойовій хірургічній травмі.

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

Відновити систему підготовки офіцерів медичної служби запасу у вищих навчальних закладах ІV рівня акредитації, військових фельдшерів на базі медичних училищ, систему допідготовки мобілізованих лікарів в Українській військово-медичній академії.

Включити до програм до дипломної, післядипломної підготовки та удосконалення лікарів хірургічного профілю розділи щодо особливостей надання медичної допомоги при бойовій хірургічній травмі.

**Резолюція секції «Комбустіологія та пластична хірургія»**

В підсумковій постанові секції прийняті наступні основні рішення:

Невідкладним є вдосконалення системи надання допомоги постраждалим з термічною травмою та комбінованої травмою мінно-вибухового характеру при масових ураженнях, а також військовослужбовцям при проведенні військових дій, яка повинна включати в себе науково обґрунтовані організаційні засади та міжнародні стандарти надання комбустіологічної допомоги з відповідним матеріально-технічним забезпеченням та професійною підготовкою медичного персоналу;

Сприяти створенню реєстру всіх потерпілих з термічними ураженнями (в т.ч. з зони АТО) з метою їх подальшого супроводу та визначення потреб в реабілітації;

Сприяти створенню мультифункціональних комплексів медичної реабілітації з використанням природних лікувальних ресурсів і рекреаційних можливостейсанаторно-курортних закладів всіх форм власності;

Впровадження іноваційних технологій хірургічного лікування хворих з опіками та їх наслідками з використанням біологічних, синтетичних покриттів та клітинних технологій;

Сприяти реорганізації структури опікових відділень з метою збільшення відсотку хворих з неопіковою патологією, що потребують технологій лікування, які застосовуються у комбустіології (до 20-25% від загальної кількості пролікованих хворих), зокрема відновлювальних, пластичних та естетичних оперативних втручань.

Внесення в перелік лікарських спеціальностейнової спеціальності «Пластична та реконструктивно-відновна хірургія» з подальшим формуванням навчально-методичних програм та атестаційних циклів;

Прийняття розробленого Всеукраїнською асоціацією пластичних, реконструктивних та естетичних хірургів проекту наказу МОЗ України «Про удосконалення медичної допомоги з пластичної хірургії населенню України».

**Резолюція секції з ендокринної хірургії**

В підсумковій постанові секції «Ендокринна хірургія» прийняті наступні основні рішення:

Впровадження в клінічну практику діагностичних протоколів, стандартів лікування, заснованихна принципах доказової медицини;

Сприяння впровадженню та розробці мініінвазивних методів радикальної хірургії онкологічної патології залоз внутрішньої секреції;

Широке впровадження в клінічну практику лікування аденом гіпофіза, нейроендокринних пухлин, низько диференційованих тиреоїдних карцином, феохромобластом, адренокортікального раку передових високотехнологічних фармацевтичних препаратів (аналогів соматостатіну, антагоністів рецепторів гормону росту і дофамінових рецепторів, інгібіторів тирозинкіназ)

**Резолюція секції з дитячої хірургії**

В підсумковій постанові секції «Дитяча хірургія» прийняті наступні основні рішення:

В хірургії дитячого віку немає вікових обмежень щодо проведення реконструктивних операцій як в грудній клітці, так і в черевній порожнині.

У співпраці із акушер-гінекологами сприяти розвитку хірургії плода із урахуванням передового досвіду спеціалістів Західної Європи.

Продовжити накопичення досвіду по мініінвазивній хірургії із використанню відеоскопічних технологій у дітей.

Розвивати хірургію новонароджених, пропонуючи оригінальні методики та дотримуватись прийнятих в провідних клініках світу, верифікувати їх в публікаціях у світових журналах, в матеріалах міжнародних конгресів і конференцій.

Виходячи з патогенетичних механізмів розвитку респіраторних запальних процесів, прийняти, як таку, що заслуговує увагу, клініко-рентгенологічну та ендоскопічну класифікацію компресійного стенозу повітряпровідних шляхів у дітей з доброякісними утворами межистіння, в залежності від ступеня компресії, яка сприяє значному покращенню своєчасної діагностики та наданню адекватної допомоги дітям з доброякісними утворами межистіння.

**Резолюція секції з судинної хірургії**

В підсумковій постанові секції прийняті наступні основні рішення:

У хворих з мультифокальними враженнями різних артеріальних сегментів (брахіоцефальних, коронарних, аорти та нижніх кінцівок) найбільш доцільним є мультидисциплінарний підхід з застосуванням гібридних втручань.

Розробити та сприяти впровадженню в клінічну практику нормативну базу функціонування системи екстреної та невідкладної кардіохірургічної допомоги (стандарти, клінічні протоколи, табеля оснащення, кваліфікаційні вимоги).

Сприяти організації системи надання допомоги вагітним з кардіальною патологією (акушерська кардіологія та кардіохірургія).

Сприяти розробці реєстру жінок фертильного віку з кардіальною патологією та реєстр пацієнтів, що мають високий рівень ризику виникнення невідкладних кардіохірургічних станів (в тому числі з генетичною та спадковою патологією).

Сприяти розробці та впровадженню в клінічну практику методів клітинної трансплантації, як самостійного напрямку, так і в комплексі з реконструктивними операціями на магістральних судинах.

Лікування ВСМ повинно виконуватися в мультидисциплінарних хірургічних центрах (відділення хірургії судин закладів охорони здоров'я та наукових установ);

У зв’язку з великою кількістю рецидивів після «класичного» хірургічного лікування ХВН обов’язковим є включення в алгоритм обстеження УЗДС вен;

При наявності показів та матеріально-технічної бази пріоритетними методами лікування ХВН є технології ендовазальної хірургії ХВН (ендовазальна лазерна коагуляція, радіочастотна абляція);

У пацієнтів з ТГВ і ТЕЛА переваги має застосування АКТ, а також тромболітична терапія.

Відкритті оперативні втручання застосовуються при наявності абсолютних показань і обов’язково в спеціалізованих центрах. Тромболітична терапія повинна проводитись у відділеннях інтенсивної терапії чи спеціалізованих судинних відділеннях;

Кава-фільтри встановлюються при наявності абсолютних показань – неможливості проведення АКТ, при прогресуючих проксимальних тромбозах і рецидивуючих ТЕЛА.

Ендоваскулярні технології є пріоритетними методами лікування хворих з аневризмою черевної чи грудної частини аорти, особливо пацієнтів похилого віку і наявною супутньою поліморбідністю. Доцільним є цільове забезпечення спеціалізованих судинних хірургічних центрів дозволить значно покращити якість надання спеціалізованої медичної допомоги;

**Резолюція секції з трансплантації.**

В підсумковій постанові секції прийняті наступні основні рішення:

Внести діагностику смерті мозку в Українську редакцію Міжнародного класифікатора хвороб та до стандартів діагностики і лікування пацієнтів з важкими ураженнями головного мозку;

Сприяти розробці нової та удосконаленню існуючої нормативно-правової бази з питань трансплантації;

Сприяти створенню Національного агентства з трансплантації та донорства шляхом реформування Координаційного центру трансплантації органів, тканин і клітин МОЗ України з визначенням його функції як органу виконавчої влади, завданням якого буде формування напрямків розвитку всіх сфер діяльності трансплантаційної служби ( в т.ч. служби трансплант-координаторів) та забезпечення її функціонування;

Сприяти створенню державних трансплантаційних центрів на базі ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім.. О.О. Шалімова» НАМН України та у м. Запоріжжя;

Сприяти розробці державної програми з розвитку трансплантації та донорства передбачивши в її структурі окреме фінансування кожного факту органної та клітинної трансплантації, як за рахунок державного бюджету так і за рахунок благодійних надходжень та фондів. З урахуванням компенсаційних виплат базам вилучення органів та лікарям трансплант-координаторам;

Сприяти активній соціально-направленій компанії з роз’яснення необхідності існування та розвитку трансплантації та суспільної користі посмертного донорства.

**Резолюція секції з гепатопанкреатобіліарної хірургії**

В підсумковій постанові секції прийняті наступні основні рішення:

Пріоритетними методами хірургічного лікування органів гепатобіліарної зони є методи мінімально інвазивних оперативних втручань (відеоендоскопічних, лапароскопічних, пункційних під ультразвуковою навігацією);

Виконання резекційних оперативних втручань на органах гепатопанкреатодуоденальної зони та оперативних втручань у випадках ятрогенних пошкоджень та рубцевих стриктур жовчовивідних проток слідвиконуватилише в спеціалізованих центрах на основі мультидисциплінарного підходу;

Операцією вибору у випадках великих пошкоджень та високих рубцевих стриктур жовчних протоків є висока гепатикоєюностомія;

До моменту впровадження національних клінічних стандартів та протоколів при лікуванні органів гепатобіліарної зони доцільно керуватися європейськими стандартами та клінічними настановами;

Рекомендованими до використання в клінічній практиці міжнародних класифікацій: при виконанні лімфодиссекції- Японської класифікації лімфатичних вузлів; при виникненні ускладнень класифікація за Clavien-Dindo, а при оперативних втручаннях на підшлунковій залозі рекомендовані класифікації післяопераційних гастростазу та панкреатичної фістули за міжнародною дослідницькою групою хірургії підшлункової залози та міжнародною дослідницькою групою по панкреатичним фістулам.

Біопсія матеріалу для гістологічного дослідження при оперативних втручаннях з приводу хронічного панкреатиту є обов’язковою. Відмова від біопсії повинна бути чітко обґрунтована з відповідним записом у протоколі операції.

**Резолюція секції бариатричної та метаболічної хірургії**

В підсумковій постанові секції прийняті наступні основні рішення:

Враховуючи зростання кількості хворих на ожиріння та супутніх метаболічних захворювань, потребує подальшого розвитку та удосконалення напрямок баріатричної та метаболічної хірургії.

Доцільним є необхідність необхідність підготовки кадрів, та проведення шкіл - семінарів в різних регіонах України з проблем баріатричної та метаболічної хірургії з широкою участю спеціалістів суміжних профілів – терапевтів, кардіологів, ендокринологів, що займаються проблемою ожиріння.

Доцільним є звернення до МОЗ України з пропозицією щодо внесення до переліку оперативних втручань методів баріатричної хірургії.

Необхідним вбачається внесення тематичних питань з баріатричної та метаболічної хірургії до курсу післядипломної підготовки фахівців хірургічного, терапевтичного та ендокринологічного профілю.

**Резолюція секції хірургії шлунково-кишкового тракту.**

 В підсумковій постанові секції прийняті наступні основні рішення:

Пріоритетним напрямком розвитку хірургії шлунково-кишкового тракту є використання інноваційних технологій, в першу чергу це широке впровадження лапароскопічних оперативних втручань, як при лікуванні доброякісних так і злоякісних захворювань.

При злоякісних новоутвореннях шлунка гастректомія чи субтотальна резекція органу повинна доповнюватися лімфодисекцією в обсязі D2.

Лімфодисекцієя в обсязі D2 є пріоритетною при хірургії раку ободової кишки.

Стадія захворювання та об’єм оперативного втручання при раку прямої кишки визначається за результатами МРТ та ендоультрасонографії.

При раку прямої кишки обов’язковим етапом оперативного втручання є виконання тотальної мезоректумектомії. При виконанні низької передньої резекції прямої кишки та ризиком виникнення недостатності анастомозу доцільним є формування протекційноїілео- чи то колостоми.

При неспецифічному виразковому коліті та сімейному поліпозі товстої кишки операцією вибору є тотальна колектомія з формуванням тонко кишкового резервуарно-анального анастомозу. При хворобі Крона пріоритетним є резекція ураженої частини кишки.

Хірургія виразкової хвороби шлунку та дванадцятипалої кишки обмежується лише ускладненими її формами - кровотеча, перфорація, малігнізація, суб- та декомпенсований стеноз.

Пріоритетними методами лікування кіл черевної стінки є застосування лапароскопічних втручань та «сіток» з подвійним покриттям для інтраперитонеальної алопластики.

Важливим фактором профілактики післяопераційних рецидивів є відновлення анатомо-функціональних властивостей м'язів передньої черевної стінки.

**Резолюція секції ургентної хірургії та післяопераційних ускладнень.**

В підсумковій постанові секції прийняті наступні основні рішення.

*З проблеми гострих шлунково-кишкових кровотеч (ШКК):*

- лікування хворих з гострою шлунково-кишковою кровотечею **(**ШКК) має відбуватися виключно в спеціалізованих відділеннях (центрах) із залученням хірургів, лікарів-ендоскопістів, анестезіологів-реаніматологів та фахівців інтервенційної ангіографії;

- пріоритетною діагностично-лікувальною технологією при ШКК, в тому числі при рецидиві кровотечі, є ендоскопія/фіброгастродуоденоскопія з використанням комбінованих методик гемостазу;

- лікувальний алгоритм при ШКК повинен включати повноцінну медикаментозну та інфузійну терапію (при необхідності в умовах реанімаційно-анестезіологічного відділення) з обов’язковим призначенням інгібіторів протонної помпи.

- при неефективності ендоскопічного (в тому числі повторного) гемостазу та медикаментозної гемостатичної терапії у випадку кровотечі виразкового ґенезу, показане традиційне операційне втручання в органоощадному об’ємі з висіченням виразкового субстрату або виведенням його за контур травного каналу.

В окремих клінічних ситуаціях доцільно застосовувати ендоваскулярні інтервенційні технології.

*З проблеми гострої кишкової непрохідності:*

- Алгоритм клінічного обстеження повинен включати: зондування шлунку, аускультативне оцінювання перистальтики, пальцеве обстеження прямої кишки, рентгенографія органів черевної порожнини, ультрасонографія.

- оперативні втручання у хворих на гостру КН неопластичного ґенезу включають правобічну геміколектомію, резекцію сегмента товстої кишки за Гартманом, формування обхідного анастомозу при наявності віддалених метастазів. Резекція товстої кишки з первинним анастомозом припустима лише в окремих клінічних випадках.

- при гострій кишковій непрохідності на тлі спайкової хвороби операційне втручання в об’ємі вісцеролізису/адгезіолізису може бути виконане із застосуванням відеолапароскопічних технологій.

*З проблеми гострого панкреатиту:*

- гострий панкреатит (ГП) являє собою мультидисциплінарну проблему ургентної хірургії, ефективне вирішення якої має ґрунтуватися на використанні методичних підходів та даних суміжних дисциплін: мікробіології, топографо/патоморфології, ендоскопії, радіології, медикаментозної терапії, анестезіології і хірургії.

- хірургічне лікування ГП та його місцевих ускладнень слід проводити в врахуванням асептичності або інфікованості осередку запалення, характеру його за топографо-анатомічними, патоморфологічними та кількісними ознаками з пріоритетом мінімально-інвазивних операційних технологій (МІОТ) – інтервенційно-сонографічних (пункційних, пункційно-дренувальних) і відеолапароскопічних.

Вони мають як остаточний лікувальний результат, так і етапне значення перед виконанням традиційних втручань, тобто МІОТ можуть застосовуватися як в самостійному вигляді так і в поєднанні з лапаротомними втручаннями.

- традиційнаоперація має передбачати широкий лапаротомний доступ з повноцінною ревізією всіх вірогідних зон ураження залози та клітковини за- очеревинного простору, некр-секвестректомію девіталізованих тканин із санацією та повноцінним дренуванням.

За наявністю обмежених ділянок ураження можливим є використання методики закритого проточно-промивного дренування. При поширених гнійно-некротчиних процесах доцільне формування лапаро-ретроперотонеостоми з вірогідністю подальших етапних санацій шляхом програмованих релапаротомій.

*З проблеми лікування поширеного перитоніту.*

- лікування хворих на поширені форми перитоніту має ґрунтуватися на знаннях особливостей сучасного бактерійного чиннику, механізмах патогенезу, розповсюдженості та стадії патологічного процесу, наявності різноманітних системних патологічних процесів, особливостях проявів органної/поліорганної недостатності, врахуванні супутньої патології;

- хірургічне втручання при поширених формах перитоніту полягає у широкому операційному доступі, усуненні або елімінації джерела/причини перитоніту з повноцінною санацією та дренуванням черевної порожнини.

Доцільним є інтраперитонеальний лаваж розчинами антисептиків, застосування фізичних факторів (ультразвук, магнітне поле, ультрафіолетове опромінення), застосування локальних і загальних сорбційних методик, профілактика синдромів: Abdominal-compartmentSyndrom, ентеральної недостатності та надлишкової колонізації патогенною мікрофлорою проксимальних відділів тонкої кишки.

Для цього слід реалізовувати пролонговану декомпресію кишечника, використання VAC-систем, методику програмованої релапаротомії.

- комплексне лікування поширених форм перитоніту повинно передбачати повноцінну інфузійну терапію, етіотропне призначення антибактерійних засобів, методи екстракорпоральної детоксикації.