

## **ХРОНИКА, ИНФОРМАЦИЯ**

© ВИННИК Ю.С., КОЧЕТОВА Л.В., НАЗАРЬЯНЦ Ю.А., КОЛЕСНИЦКИЙ О.А.

### **О РАБОТЕ ВСЕРОССИЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ОБЩИХ ХИРУРГОВ, ОБЪЕДИНЕННОЙ С VI УСПЕНСКИМИ ЧТЕНИЯМИ, ПОСВЯЩЕННОЙ 200-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ РУССКОГО ХИРУРГА Н.И. ПИРОГОВА**

Ю.С. Винник, Л.В. Кочетова, Ю.А. Назарьянц,

О.А. Колесницкий

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П.Артюхов; кафедра общей хирургии, зав. – д.м.н., проф. Ю.С.Винник.

23-24 сентября 2010 года в городе Тверь состоялась VI Всероссийская конференция общих хирургов, объединенная с VI Успенскими чтениями, посвященная 200-летию со дня рождения великого русского хирурга Николая Ивановича Пирогова (рис. 1). Конференция проводилась Ассоциацией общих хирургов Российской Федерации (РФ). В работе конференции приняли участие Президент ассоциации общих хирургов РФ, академик РАМН В.К. Гостищев (Москва), член-корр. РАМН В.А. Кубышкин (Москва), вице-президент Ассоциации общих хирургов, заслуженный деятель науки РФ, профессор В.Н. Чернов (Ростов-на-Дону), ведущие хирурги регионов России, Белоруссии и Украины (фото 1).

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого представляли сотрудники кафедры общей хирургии: зав. каф., проф. Ю.С. Винник, проф. Л.В. Кочетова, клинический ординатор Ю.А. Назарьянц и О.А. Колесницкий. В работе конференции приняли участие более 300 делегатов.

На церемонии открытия Ассоциации общих хирургов с приветствием словом выступил Заслуженный деятель науки РФ, проф. В.Н.Чернов, который познакомил присутствующих с историей создания Ассоциации общих хирургов РФ (фото 2).

На конференции, которую по сути своей можно назвать съездом общих хирургов, были заслушаны 65 докладов и 24 выступления в прениях.

На секции «Соединение тканей в хирургии» было представлено 22 доклада.

В докладе академика В.К. Гостищева (Москва) были рассмотрены новые возможности профилактики имплантационного инфицирования в абдоминальной хирургии. Еще Николай Иванович Пирогов говорил, что «...тот материал для шва самый лучший, который: а) причиняет наименьшее раздражение в прокольном канале, б) имеет гладкую поверхность, в) не впитывает в себя жидкости из раны, не разбухает, не переходит в брожение, не делается источником заражения, г) при достаточной плотности и тягучести тонок, не объемист и не склеивается со стенками прокола. Вот идеал шва». В настоящее время при контаминированных вмешательствах в абдоминальной хирургии использование шовного материала с антисептиком как на основном этапе, так и на этапе ушивания раны приводит к достоверному снижению числа интраабдоминальных и раневых инфекционных осложнений. До сих пор концепция 5 А сохраняет свою актуальность, шовный материал должен быть: абсорбируемым, атравматичным, ареактивным, афитильным (монофиламентным), антисептическим. В докладе профессора В.Н. Бенсмана (Краснодар) были определены принципы и способы соединения тканей в гнойной хирургии. С помощью вторичной хирургической обработки превратить инфицированную рану в контаминированную, или приблизить её к таковой, значительно снизив уровень её микробной колонизации (<10 в 5 степени). Швы должны быть либо дренирующими, либо первично-отсроченными, с неприсасывающимся активным дренированием. При дефиците тканей на фоне не нарушенной микроциркуляции, или при компенсированной ишемии ( $T_{cp}O_2 > 32$  мм рт ст), показано дозированное

тканевое растяжение, а также любой вид кожной пластики. При снижении микроциркуляции до верхнего диапазона субкомпенсированной («допустимой») ишемии ( $T_{cp}O_2$  от 32 до 29 мм рт. ст.), следует применять только малоишемизирующие швы с неприсасывающимся активным дренированием. При снижении микроциркуляции до нижнего диапазона субкомпенсированной ишемии ( $T_{cp}O_2$  от 28 до 26 мм рт. ст.), любые швы считаются противопоказанными и следует применять только свободную кожную пластику.

Проф. Ю.С. Винника, проф. С.И. Петрушко и Ю.А. Назарьянц (Красноярск) представили доклад на тему: «Применение ненатяжной герниопластики в оперативном лечении грыж передней брюшной стенки».

На секции по язвенным гастродуоденальным кровотечениям по тематике докладов стало ясно, что проблема хирургического лечения осложненной язвенной болезни, далека от своего разрешения. По данным профессора В.Н. Чернова (Ростов-на Дону), отмечается четкая тенденция к увеличению количества больных с желудочно-кишечным кровотечением язвенной этиологии на фоне снижения общей летальности с 12 до 6%. Успехи в лечении гастродуоденальных кровотечений в ведущих Российских клиниках достигнуты за счет уменьшения оперативной активности с 33% до 16% на фоне применения методов эндоскопического гемостаза и противоязвенной терапии.

Участники конференции высказались за обязательное определение степени кровопотери и необходимости прогнозирования рецидива кровотечения, чем, в основном, и определяется тактика лечения язвенных кровотечений. В прогнозировании рецидива кровотечения, по мнению академика РАМН В.К. Гостищева (Москва), имеют значение оценка объема кровопотери (как простейшими тестами – по индексу Альговера, так и лабораторными – по показателям количества эритроцитов, гемоглобина, гематокрита), объективная оценка тяжести пациента (по шкалам АРАСНЕ II – III), учет эндоскопических данных (характер, размер, локализация язвы, устойчивость гемостаза по Форресту).

По общему мнению, основным способом гемостаза должен являться эндоскопический. При этом эффективными методиками в остановке продолжающегося кровотечения признаны аргонплазменная коагуляция (академик РАМН В.К. Гостищев, Москва; проф. Ю.С. Винник, О.А. Колесницкий, Красноярск).

Остановка кровотечения должна выполняться на фоне комплексной противоязвенной терапии, включающей эрадикацию *Helicobacter pylori* и антисекреторное воздействие с сочетанным применением ингибиторов протонной помпы, H<sub>2</sub> – блокаторов и антацидов (А.В. Яковенко, Москва). Для объективной оценки остановки кровотечения рекомендована динамическая эндоскопия.

Больных с угрозой повторного кровотечения в ближайшее время рекомендовано оперировать в срочном порядке. Операция при этом должна быть минимальной: иссечение некротических тканей язвы, прошивание и перевязка кровоточащего сосуда. В последующем больные должны быть обследованы с определением : кислотопродукции, ощелачивающей функции, реакции вагуса на блокаторы, состояния моторики желудка и ДПК, состояния вегетативной нервной системы. И только по результатам обследования рационально принятия решение о дальнейшем лечении: терапевтическое или хирургическое в объеме: селективная ваготомия или один из видов резекции желудка (проф. В.Н.Чернов, Ростов-на-Дону).

Конференция завершилась обсуждением принципов преподавания хирургии. Большой интерес аудитории вызвал доклад проф. Ю.С.Винника и проф. Л.В. Кочетовой «Значение модульного принципа обучения в формировании профессиональной компетентности при изучении курса общей хирургии» (фото 3). Участники конференции были единодушны в том, что залогом качества образования, наряду с применением современной демонстрационной техники, обучающих компьютерных программ и интерактивных тренажеров, является неразрывная связь учебного процесса и клиники, а модульно-рейтинговый принцип обучения и контроля знаний позволяет целенаправленно управлять

учебным процессом.

Конференция прошла на высоком организационном и научном уровне, и, несомненно, будет способствовать дальнейшему внедрению в практику новых высоких технологий во благо реализации гуманистических принципов отечественной общей хирургии.

По решению ассоциации общих хирургов РФ и ее Президента академика РАМН В.К. Гостищева, решено провести в 2012 году VII Всероссийскую конференцию общих хирургов в Красноярском государственном медицинском университете им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого.

**ABOUT THE RUSSIAN CONFERENCE OF COMMON SURGEONS  
WITH VI USPENSKIY READING FOR 200 YEARS ANNIVERSARY OF  
RUSSIAN SURGEON N.I. PIRIGOV**

Yu.S.Vinnik, L.V. Kochetova, Yu.A. Nazaryanc, O.A. Kolesnickiy  
Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voino-Yasenetsky