Общероссийская общественная организация
**РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ХИРУРГОВ**

# РЕЗОЛЮЦИЯ XVII Съезда хирургов России Общероссийской общественной организации «Российское общество хирургов»

12-14 октября 2026г. г.Москва

С 12 по 14 октября в Москве прошел XVII Съезд хирургов России, совместно с XI Конгрессом московских хирургов. Съезд объединил более 4000 специалистов со всей страны, ведущих российских и зарубежных экспертов, представителей медицинской науки и руководителей отрасли. Главный профессиональный форум отечественной хирургии прошел под девизом «Хирургия - это космос», символизирующим практически безграничные возможности современной медицины, ее технологический прогресс и стремление к новым достижениям.

Значимость события подчеркнуло обращение Президента Российской Федерации Владимира Путина, которое на торжественном открытии зачитал Министр здравоохранения России Михаил Альбертович Мурашко. В церемонии также приняли участие Министр промышленности и торговли Российской Федерации Антон Андреевич Алиханов, статс-секретарь - заместитель Министра обороны Российской Федерации Анна Евгеньевна Цивилева, Министр Правительства Москвы, руководитель Департамента здравоохранения города Москвы Хрипун Алексей Иванович, представители Российской академии наук и ведущих медицинских организаций

14.10.26 на закрытии Съезда была принята практикоориентированная резолюция XVII Съезда хирургов России, которая будет важным инструментом в последующей работе хирургов нашей страны.

Одним из знаковых событий стала презентация первой российской хирургической роботической системы с участием Министров Здравоохранения и Минпромторга России, а также президента Российского общества хирургов, академика РАН Алексея Васильевича Шабунина.

Важное место в программе заняло международное сотрудничество. Руководители ассоциаций и хирургических центров из стран Европы, Азии, Северной Америки и СНГ представили свой опыт, обсудили актуальные направления развития хирургии и перспективы совместной научной работы.

Еще одним важным событием стало подписание трехстороннего соглашения о сотрудничестве и запуске Всероссийского конкурса «#ХирургиВДеле» Федеральным агентством по делам молодёжи, Российским обществом хирургов и Всероссийским общественным движением «Волонтёры-медики». Свои подписи под документом

поставили руководитель Федерального агентства по делам молодежи Григорий Александрович Гуров, президент Российского общества хирургов, академик РАН Алексей Васильевич Шабунин и председатель Всероссийского общественного движения «Волонтеры-медики» Анна Витальевна Бабкина. Соглашение направлено на поддержку молодых специалистов и создание новых возможностей для их профессионального становления и развития.

В ходе съезда состоялась отчетно-перевыборная конференция Российского общества хирургов. Академик РАН Алексей Васильевич Шабунин был единогласно переизбран президентом Общества на следующие четыре года. Это решение стало признанием его профессионального авторитета и вклада в развитие отечественной хирургии. XVII Съезд хирургов России еще раз продемонстрировал высокий научный и практический потенциал российской хирургической школы, её открытость международному сотрудничеству и готовность отвечать на самые сложные вызовы современной медицины.

За три дня съезд стал масштабной площадкой для обмена опытом, профессионального диалога и знакомства с передовыми достижениями хирургии. Программа включала 55 научных секций, 12 мастер-классов, 8 прекурсов и 6 операций в формате «живой» хирургии. Особое внимание было уделено развитию высокотехнологичной медицинской помощи, роботизированной хирургии, внедрению инновационных решений и совершенствованию хирургических методик.

## АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ

Признать пилотный проект по оказанию стационарозамещающей хирургической помощи в Стационарах кратковременного пребывания успешным. Рекомендовать этот опыт для регионов Российской Федерации.

Целесообразно создать в России единую структуру для оказания стационарозамещающей хирургической помощи – Стационар кратковременного пребывания.

Необходимо в рабочие группы по разработке новых клинических рекомендаций обязательно включать специалистов амбулаторного звена.

Рекомендовать в медицинских вузах при хирургических кафедрах открытие курсов амбулаторно-поликлинической помощи с разработкой программ обучения как студентов, ординаторов, так и врачей по программам последипломного обучения.

## ГИБРИДНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

К гибридным операциям следует относить вмешательства, отвечающие следующим критериям: выполнены в пределах одной операционной в течение одного анестезиологического пособия, были использованы хотя бы два хирургических доступа из трех (чрезкожный, эндоваскулярный или внутрипросветный). Гибридные оперативные вмешательства могут быть как первичными, так и выполненными после любого другого вида оперативного вмешательства, в случаях, когда предшествующие оказались неэффективны. Использование гибридных минимально инвазивных вмешательств приводит к уменьшению операционной травмы и объема кровопотери, исключают необходимость выполнения этапных операций по поводу одного и того же заболевания/травмы, ускоряют социально-трудовую реабилитацию пациентов. Следует разработать стандартизированные протоколы использования гибридных операций при различных патологиях.

## ЭНДОКРИННАЯ ХИРУРГИЯ

У больных локализованным, односторонним спорадическим медуллярным раком щитовидной железы диаметром менее 2 см (T1a-T1b), без признаков местной инвазии, при отсутствии соматической мутации в гене RET и поражения регионарных лимфатических узлов (N0) обосновано выполнение гемитиреоидэктомии с ипсилатеральной центральной лимфаденэктомией (ЦЛАЭ). Данный объем операции не ухудшает прогноз и обеспечивает низкий риск рецидива заболевания, позволяет избежать дополнительных осложнений, связанных с выполнением тиреоидэктомии.

Дооперационная диагностика папиллярной карциномы щитовидной железы до операции диаметром менее 1 см обуславливает онкологическую целесообразность выполнения гемитиреоидэктомии с ЦЛАЭ для определения подтипа морфологического строения опухоли и адекватного стадирования. Выбор наблюдательной тактики при папиллярной карциноме диаметром менее 1 см возможен у коморбидных пациентов при отсутствии признаков регионарного/отдаленного метастазирования опухоли и тесного ее контакта с органами шеи.

Альтернативой традиционному хирургическому лечению больных папиллярной карциномы щитовидной железы диаметром менее 1 см и активному наблюдению может рассматриваться микроволновая абляция под контролем УЗИ, как минимально инвазивное вмешательство для локального разрушения опухоли путем воздействия микроволн высокой частоты. Существующие результаты исследований показывают высокую эффективность метода с сохранением большей части функционирующей ткани доли щитовидной железы.

Способы термической абляции аденом околощитовидных желез (лазерная, микроволновая и радиочастотная) относятся к минимально инвазивным способам, которые выполняются под контролем УЗИ и позволяют в один или несколько этапов устранить проявления гиперпаратиреоза. Необходимость применения данных методов лечения обоснована у коморбидных пациентов с противопоказанием к общей анестезии, а также при рецидиве/персистенции гиперпаратиреоза или рубцовых изменениях в области шеи после перенесенных хирургических вмешательств.

## ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

### Опухоли средостения

Видеоторакоскопия и робот-ассистенция безопасны и радикальны при инкапсулированных тимомах I–II стадии по Masaoka–Koga до 5 см без инвазии в окружающие структуры. Противопоказаниями являются прорастание в крупные сосуды, перикард, диафрагмальный нерв. Роботические технологии предпочтительнее при сложной топографии; субксифоидальный доступ – для двусторонних и эпикардиальных локализаций. Объем операции: тимэктомия с удалением клетчатки переднего средостения.

Лимфодиссекция рутинно не выполняется. Селективный подход: при тимомах I–II стадии достаточно семплинга; при III стадии – систематическая лимфодиссекция переднего средостения; при раке тимуса (тип С) – обязательна с включением надключичных и нижних шейных лимфоузлов.

Миниинвазивный доступ снижает частоту осложнений с 22 до 6%. Основные риски хирургического лечения при опухолях вилочковой железы – миастенический криз, нагноение, пневмоторакс, кровотечение. У пациентов с миастенией ключевая профилактика – плазмаферез и коррекция антихолинэстеразных препаратов до

операции; при тяжелой форме – иммуноглобулины. Лечение криза – ИВЛ, плазмаферез, медикаментозная коррекция. Остальные осложнения купируются преимущественно консервативно.

**Рак пищевода и пищеводно-желудочного перехода**

Выбор хирургического доступа при операциях по поводу рака пищевода и пищеводно-желудочного перехода определяется локализацией опухоли и статусом пациента. Основные варианты доступов: операция Льюиса (средне- и нижнегрудной отдел), McKeown (верхние отделы, шейный анастомоз), трансхиатальный доступ (Siewert II–III, высокий операционный риск), Осава–Гэрлок (нижнегрудной отдел с вовлечением кардии). Эти доступы выполнимы в традиционном и миниинвазивном вариантах. Предпочтительно использовать лапароторакоскопические модификации доступов.

Обязательна двухзональная лимфодиссекция (D2 + билатеральная медиастинальная, 20–50 лимфатических узлов).

Доказано, что миниинвазивная эзофагэктомия не уступает «открытым» операциям по онкологической радикальности: 1. объем резекции не менее 6–8 см выше края опухоли; 2. адекватная лимфодиссекция; 3. показатели выживаемости аналогичны, а у коморбидных пациентов выше. Преимущества операции – меньшая травматичность и быстрая реабилитация, недостатки – длительность операции, техническая сложность, риск конверсии (5–13 %).

Частота несостоятельности пищеводного анастомоза при хирургическом лечении рака пищевода и пищеводно-желудочного перехода – 5–25 % (внутригрудные) и 13–15 % (шейные). Летальность при данном осложнении – до 60 %. Профилактика: двухрядный анастомоз, интраоперационный контроль герметичности, декомпрессия, сохранение кровоснабжения трансплантата, раннее сиппинговое питание. Лечение: консервативные методы, эндоскопические (стентирование, вакуум-аспирационная терапия, клиппирование), при неэффективности – хирургическое вмешательство.

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ГЕПАТОЛОГИЯ

**Доброкачественные стриктуры желчевыводящих протоков**

Наиболее частыми причинами возникновения доброкачественных стриктур желчевыводящих протоков являются непреднамеренные повреждения при холецистэктомии, эндоскопических вмешательствах на желчевыводящих протоках, а также формировании билиарных или билиодигестивных анастомозов при трансплантации печени. Выбор оптимальных методов лечения доброкачественных стриктур желчевыводящих протоков зависит от характера и локализации патологического процесса, от методов и способов предшествовавшего хирургического лечения, а также оснащенности клиники и опыта специалистов. При коррекции билиарных стриктур необходимо отдавать предпочтение малоинвазивным методикам, а именно – ретроградному стентированию, баллонной дилатации, чрескожным чреспеченочным вмешательствам (дренированию, установке стентов). Однако в некоторых случаях, при их безуспешности, может потребоваться выполнение реконструктивных хирургических вмешательств. Малоинвазивные методы имеют ряд преимуществ: они менее травматичны, сокращают сроки госпитализации, снижают частоту послеоперационных осложнений и способствуют более быстрому восстановлению качества жизни пациентов. При проксимальных поражениях билиарного тракта предпочтителен выбор антеградных методик (чрескожных,

чреспеченочных), при дистальных поражениях билиарного тракта необходимо применение ретроградных методик (эндоскопических). При дистальных поражениях, при сложных анатомических условиях, неэффективности малоинвазивных методов коррекции должны применяться реконструктивные вмешательства (формирование билиодигестивных анастомозов).

### Компьютерное моделирование, виртуальная реальность и ИИ в хирургической гепатологии

Современные компьютерные технологии в последнее время стали занимать особую нишу в хирургической гепатологии от диагностики патологического процесса до планирования оперативного вмешательства и проведения хирургического лечения. Компьютерные технологии позволяют автоматизировать анализ медицинских изображений (КТ, МРТ, УЗИ), с высокой точностью (до 92-94%) выполнять сегментацию, выделять опухолевые очаги в печени, сосуды и желчные протоки, что повышает объективность и снижает вариабельность между экспертами, сокращает время интерпретации. 3D-модели печени пациентов, построенные на основе обработанных данных позволяют наглядно увидеть пространственные взаимоотношения опухоли с критически важными структурами (сосудами, желчными протоками), в результате чего, хирурги могут моделировать разные варианты резекции печени, просчитать необходимые объемы опухоли, остаточной паренхимы печени, функционально значимого остаточного объема печени, оценить риски и выбрать оптимальную тактику хирургического лечения, а в послеоперационном периоде объективно оценить адекватность выполненного объема хирургического вмешательства. Цифровые модели дополненной реальности, внедренные в операционные, помогают точнее соблюдать запланированные границы резекции печени во время хирургического вмешательства. Внедрение компьютерных технологий и ИИ в хирургическую гепатологию позволяет снизить вероятность ошибки, возможной при субъективной интерпретации данных предоперационной диагностики, уменьшает потребность в дополнительных, порой инвазивных, исследованиях, помогает хирургу избежать повреждения важных структур в ходе операции, повышает безопасность и эффективность хирургического вмешательства, сокращает длительность операции, снижает объем интраоперационной кровопотери, уменьшает частоту и объем гемотрансфузии, снижает риск послеоперационных осложнений, увеличивает частоту R0-резекций в результате более точного соблюдения границ резекции. Интеграция ИИ и 3D-моделирования в хирургическую гепатологию – перспективное направление, которое позволяет сделать вмешательства более безопасными и персонализированными.

## ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Клинически значимая портальная гипертензия является одним из ключевых факторов прогрессирования цирроза печени и развития его декомпенсации.

Вторичная профилактика кровотечений из гастроэзофагеальных вариксов у пациентов, ожидающих трансплантацию печени должна осуществляться посредством минимально-инвазивных эндоскопических/рентгенэндоваскулярных вмешательств, при этом полостные (открытые/лапароскопически-ассистированные) хирургические вмешательства азигопортального разобщения к выполнению не рекомендуются.

С целью вторичной профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен желудка (GOV2, IGV) при наличии технической возможности и отсутствии у пациента

асцита, окклюзирующего тромбоза воротной вены показано выполнение баллон-ассистированной ретроградной/антеградной трансвенозной облитерации.

С целью вторичной профилактики кровотечений из гастроэзофагеальных вариксов при наличии у пациента асцита и/или тромбоза воротной вены приоритет в выборе метода хирургической коррекции портальной гипертензии необходимо отдавать операции TIPS (трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование).

Редукция селезеночного кровотока посредством стволовой/парциальной эмболизации артерий селезенки показана при выявлении стойкой тромбоцитопении менее $30x10^9$/л пациентам с циррозом печени, находящимся в листе ожидания трансплантации печени.

Увеличение количества больных получивших помощь эндоскопическими и эндоваскулярными методами лечения ведет не только к увеличению продолжительности жизни этих больных, но и обуславливает тенденцию к увеличению количества трансплантации печени.

При выполнении трансплантации печени пациенту с циррозом печени необходимо учитывать анатомические особенности, развившиеся в организме в результате длительно существующей клинически значимой портальной гипертензии. Так, при наличии крупных портосистемных коллатералей (более 1 см) показано их интраоперационное лигирование с целью профилактики депортализации трансплантата.

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАНКРЕАТОЛОГИЯ

Лечение пациентов с заболеваниями и опухолями поджелудочной железы, несмотря на стремительный процесс внедрения минимально инвазивных технологий, включая лапароскопические и роботические методики, остается одним из самых сложных и опасных разделов хирургии. В ряде клиник, накопивших большой многолетний опыт, достигнуто значимое снижение числа послеоперационных осложнений и летальности, что может создавать иллюзию получения аналогичных результатов в общехирургических отделениях. Необходимо понимать, что хирургическая панкреатология может и должна развиваться, раздвигая границы возможного, только в специализированных высокопотоковых мультидисциплинарных центрах, обладающих необходимым оснащением и кадровым потенциалом.

## ГРЫЖИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Основные инновационные методики современной герниологии широко и успешно внедряются в регионах. Широкий круг хирургов овладел малоинвазивными методиками ненатяжной герниопластики. В диагностике и определении оперативной тактики все шире используется КТ. При подготовке пациентов к операции предварительно хорошие результаты дает применение ботулотаксина. Целесообразно осмысление показаний и противопоказаний к использованию различных методик герниопластик, а также разработка алгоритмов их применения в различных клинических ситуациях.

## ОСТРАЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНАЯ ИШЕМИЯ

Диагноз острой мезентериальной ишемии должен основываться на клинико-инструментальных признаках, которые позволяют определит тактику лечения на основании ее этиологии (артериальная эмболия, артериальный тромбоз, венозный

тромбоз, неоклюзионная ишемия) и стадии (стадия ишемии кишечника, стадия инфаркта кишечника и перитонита).

В определении тактики лечения больного принимает решение мультидисциплинарная бригада (хирург, сосудистый хирург, рентгенэндоваскулярный хирург и рентгенолог) после оценки клинического состояния больного и тщательного изучения данных КТ-ангиографии. При отсутствии клиники перитонита необходимо оценить возможность проведения рентгенэндоваскулярных методов лечения (стентирование, баллонная ангиопластика, тромбэктомия). При наличии перитонита показана лапаротомия.

При обнаружении инфаркта кишечника должна быть выполнена резекция нежизнеспособных участков с программной релапаротомией через 24-48 часов и наложением «отсроченного анастомоза».

При выявлении во время лапаротомии тромбоза брыжеечной артерии и при отсутствии перитонита необходимо оценить возможность выполнения эндоваскулярной, гибридной или «открытой» реваскуляризации.

При выявлении во время лапаротомии эмболии брыжеечной артерии при отсутствии перитонита, целесообразна «открытая» реваскуляризация.

При выявлении острого венозного мезентериального тромбоза по данным КТ-ангиографии и отсутствии клинико-инструментальных признаков перитонита показана консервативная антикоагулянтная терапия нефракционированным гепарином под динамическим клинико-лабораторным и инструментальным контролем (УЗИ, МС КТ с контрастированием).

## НЕОТЛОЖНАЯ ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ

### Острая кишечная непроходимость

Несмотря на относительную редкость острой тонкокишечной непроходимости, она представляет собой сложную клиническую задачу. В большинстве случаев опухоли тонкой кишки выявляются интраоперационно лишь на этапе развития осложнений, что значительно ухудшает прогноз лечения.

С целью улучшения дооперационной диагностики патологии тонкой кишки необходимо широко внедрять методы визуализации, такие как КТ-энтерография, интестиноскопия и видеокапсульная эндоскопия для пациентов с неясными абдоминальными болями, признаками скрытого желудочно-кишечного кровотечения или анемией неясного генеза.

Методом выбора при тонкокишечной непроходимости является резекция тонкой кишки с соблюдением принципов R0.

Для определения оптимальной лечебной тактики необходим мультидисциплинарный подход с обязательным участием хирурга и онколога.

Наиболее эффективным и безопасным вариантом лечения пациентов с обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза является этапное выполнение вмешательств. На первом этапе предполагается временное разрешение явлений кишечной непроходимости (приоритет – стентирование, возможно колостомия), вторым этапом после подготовки и дообследования проводится хирургическое лечение в соответствии с решением онкологического консилиума.

### Механическая желтуха опухолевого генеза

Скрининговым инструментальным методом диагностики причины возникновения желтухи является чрескожное УЗИ. Для уточнения уровня и характера

опухолевого поражения следует применять МРХПГ, которая позволяет более точно определить уровень блока. При наличии у пациента проксимального блока – необходимо оценить возможную степень разобщения долевых/сегментарных желчных протоков, которая определяет дальнейшую лечебную тактику. МСКТ брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием является обязательным методом диагностики, который позволяет определить причину возникновения механической желтухи, а при выявлении опухолевого генеза желтухи оценить степень распространенности онкопроцесса.

При дистальном уровне поражения дополнительную диагностическую информацию позволяет получить эндоскопическое УЗИ, включая возможность выполнения прицельной тонкоигольной биопсии для морфологической верификации диагноза. Методы прямого контрастирования желчных протоков (ЭРХПГ либо ЧЧХГ), а также прямой визуальной оценки протоков (с использованием аппарата SPY GLASS) применяются только при проведении декомпрессионных вмешательств.

Решение о способе и продолжительности предварительного дренирования желчных протоков (перед радикальной операцией) зависит от характера поражения, тяжести механической желтухи, степени оснащенности и уровня технической подготовки специалистов. При этом целесообразно при проксимальном блоке применять антеградный способ декомпрессии, при дистальном – ретроградный.

**ПЕРИТОНИТ**

Несмотря на все успехи медицины сохраняется высокая актуальность проблемы перитонита и абдоминального сепсиса, что диктует необходимость дальнейшего совершенствования диагностической и лечебной тактики, а так же требует мультидисциплинарного подхода.

Применение современных цифровых технологий, включая телемедицину и ИИ, открывает новые возможности для ранней и точной диагностики перитонита и абдоминального сепсиса. Исследования, основанные на «больших числах» позволят оптимизировать лечебную тактику на самом достоверном уровне.

Оптимальным вариантом хирургического вмешательства при перитоните является технология вакуум-ассистированной лапаростомии с инстилляцией диализного раствора с установкой ВАК-системы на 48-72 часа. Перфузионные технологии являются новым и перспективным направлением в комплексном лечении распространенного перитонита, однако требуют дальнейшего изучения и стандартизации.

Рациональная антибактериальная терапия должна основываться на данных о возбудителях и их резистентности, в том числе с использованием генетических методов идентификации внутрибольничных инфекций.

Нутритивная поддержка и диетотерапия являются неотъемлемой частью интенсивной терапии перитонита и профилактики синдрома последствий интенсивной терапии, а современные возможности реабилитации позволяют нивелировать развившиеся осложнения и раньше вернуть трудоспособность пациентам.

Инфекционные осложнения в акушерстве являются самостоятельной проблемой и требуют мультидисциплинарного подхода и лечения в условиях многопрофильного стационара.

**ПРОКТОЛОГИЯ**

Наиболее распространенным методом хирургического лечения пресакральных кист до настоящего времени остается парасакральный доступ с резекцией копчика. В

связи с техническими трудностями до 30% кист удаляется фрагментарно, при этом существует риск повреждения прямой кишки с последующим формированием свища. Из-за фрагментарного удаления примерно в 14% фиксируется рецидив заболевания. В связи с этим при локализации кисты ниже 3 крестцового позвонка наиболее рационально выполнять трансанальное удаление кисты методом ТЭМ с ушиванием образовавшейся раны наглухо. При этом в большинстве случаев киста удаляется единым блоком, не возникает осложнений, которые связаны с риском необходимости формирования отключающей стомы. При локализации кисты выше – возможно гибридное вмешательство – лапароскопия в сочетании с ТЭМ.

Миниинвазивные вмешательства с использованием диссекции в подслизистом слое показаны при крупных доброкачественных новообразованиях толстой кишки, а также при наличии злокачественной трансформации с вовлечением подслизистого слоя уровня sm1. В случае невозможности удаления опухоли эндоскопически вследствие фиброза подслизистого слоя оправдана полностенная гибридная лапаро-эндоскопическая резекция стенки ободочной кишки.

Трансанальная микрохирургия показана при крупных доброкачественных новообразованиях прямой кишки, а также при начальных формах рака T1sm1. Также ТЭМ используется для выполнения мезоректумэктомии в сочетании с лапароскопической мобилизацией прямой кишки. При наличии факторов риска поражения регионарных лимфоузлов (LVI, дифференцировка опухоли, tumor budding и т.д.) рекомендовано использовать стандартные методики лечения.

Флуоресцентные исследования в колопроктологии используются для уточнения путей лимфооттока при злокачественных опухолях, а также для определения адекватности кровоснабжения анастомозируемых концов толстой кишки для снижения риска несостоятельности швов анастомоза.

## ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ

Жизнеспособным почечным трансплантатом, полученным от донора с внегоспитальной необратимой остановкой эффективного кровообращения следует считать, при соблюдении следующих критериев: возраст донора до 55 лет, длительность периода no-flow до 30 минут, длительность периода low-flow до 120 минут, использование нормотермической регионарной перфузии, отсутствие зон гипоперфузии почки при визуальной оценке.

Технологии холодовой оксигенированной и нормотермической перфузии печени позволяют безопасно и эффективно увеличить доступность трансплантации за счет использования доноров с расширенными критериями.

Выбор способа консервации трансплантата печени осуществляется на основании комплексной оценки общеклинических, лабораторных, гемодинамических показателей и характеристик донора, визуальной и морфологической оценки трансплантата с определением степени донорского риска. При использовании печени крайне высокого риска приоритет необходимо отдавать комбинированной перфузии с оценкой жизнеспособности на нормотермическом этапе.

## ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ

Анализ современных боевых действий показывает, что в связи с серьезными трудностями выноса тяжелораненых с линии боя и со все более увеличивающимся по длительности догоспитальным этапом оказания медпомощи вследствие массового применения противником ударных беспилотников возникла острая необходимость в роботизированных транспортерах переднего края. Также необходима реализация

разработок средств быстрой безопасной эвакуации раненых с передовой с применением наземной и воздушной робототехники, противодроновой защиты.

Среди важных направлений при лечении последствий и осложнений боевой травмы имеют первостепенное значение тактика «открытого живота», вопросы сохранения конечностей при острой ишемии, борьба с тяжелыми инфекционными осложнениями. Превалирование ранений сердца мелкими осколками значительно увеличило частоту встречаемости таких раненых, тактика лечения которых отличается от ранений сердца мирного времени.

Опыт СВО показывает необходимость усиления передовых медицинских групп сосудистыми хирургами и травматологами-ортопедами. В перспективе следует расширить подготовку военных хирургов войскового звена (2-й уровень) по ангиотравматологии и транспортно-лечебной иммобилизации стержневыми аппаратами.

В динамике СВО отмечается не только успешное превращение гражданских больниц прифронтовых районов в многопрофильные госпитали 3-го уровня, но и все более активное участие в лечении раненых лечебных учреждений Минздрава тыла страны. Полученный многозначительный опыт нуждается в тщательном изучении и обобщении.

В ходе СВО из воинских частей в госпитали поступают значительные потоки больных тяжелыми хроническими заболеваниями, запущенными формами рака, туберкулеза, СПИДа, что свидетельствует о поверхностных решениях военно-врачебных комиссий при призыве контрактников.

Работники военкоматов по-прежнему призывают врачей рядовыми солдатами при большом дефиците медицинских работников в военной и гражданской медицине, что давно требует исправления в работе военкоматов.

Вопрос о преподавании цикла ВПХ на последних курсах медицинских университетов не решен до сих пор. При подготовке врачей по ВПХ следует основываться на всестороннем изучении полученного хирургического опыта СВО.

**ОБРАЗОВАНИЕ**

В настоящее время при подготовке хирургов, кроме классических методик, развиваются следующие тренды.

Цифровая вертикаль и ИИ, создание сквозной цифровой системы обучения «студент – врач» с использованием ИИ для персонализации и контроля компетенций.

Наставничество и образовательный стандарт с использованием симуляционных технологий: нормативное закрепление института наставничества и обязательная отработка навыков на инновационных симуляторах как основа кадровой устойчивости и безопасности.

Новые KPI оценки, переход от оценки времени операции к метрикам предотвращения симулированных критических инцидентов и уровню развития нетехнических навыков (лидерство, коммуникация).

Межведомственная интеграция: синхронизация работы «вуз (методология) – департамент (ресурсы) – медицинские организации (заказ компетенций)» как единый драйвер внедрения образовательных стандартов.