

**В Москве завершил работу II Всероссийский хирургический форум. Собраться вместе, более 2300 «товарищей по оружию» – именно так приветствовал участников форума президент Российского общества хирургов академик РАН Игорь Затевахин – посвятили три дня знакомству с новыми медицинскими технологиями, разбору сложных клинических случаев, повышению собственной правовой грамотности. Но главное – был проведён серьёзный анализ достижений и проблем отечественной хирургической службы.**

### Идём своим путём

Уже более четверти века вся мировая хирургия уверенно движется в сторону минимизации оперативного доступа и, как следствие, показателя осложнений и экономических затрат на лечение пациентов. За это время сформировалась иерархия эндовидеохирургических технологий и операций, выстроена оптимальная логика обучения специалистов и произошла глубокая интеграция информационных технологий в хирургический процесс.

Как же во всех этих разделах на общепланетарном фоне выглядит Россия? Свою оценку дал президент Общества эндоскопических хирургов России, доктор медицинских наук, профессор Сергей Емельянов.

Некогда многообещающая методика эндоскопической транслюминальной хирургии в настоящее время мало где в мире применяется по двум причинам. Первая – нет



С. Емельянов

необходимого инструментария. Вторая – её развитие в большинстве стран Европы и в США сдерживают нормативные акты, которые ограничивают хирургический доступ в организм через естественные отверстия. Понятно, что в нашей стране эта технология тоже не попала в число популярных.

Затем в качестве решения проблемы минимизации хирургической травмы в Европе была анонсирована технология единого лапароскопического доступа. Пять-шесть лет назад в России данное направление активно внедрялось, появились оборудование и инструменты, но постепенно от этой методики отошли. Зато наши специалисты охотно практикуют минилапароскопию или многопортовый доступ при уменьшенном диаметре инструмента – 2,8 и 3,5 мм.

В регионах, особенно в отдалённых, до сих пор широко используется методика минилапаротомии по Прудкову в связи с простотой её тиражирования, доступной стоимостью оборудования и инструментария.

Что же касается роботхирургии, надежды не оправдались. Дороговизна эксплуатации роботической платформы и отсутствие в связи с этим явных преимуществ при её использовании приводит к тому, что ожидаемого бурного развития данное направление не получило ни за рубежом, ни у нас.

Ещё одна инновация – хирургия без ножа, – по словам С. Емельянова, имеет признаки бурного роста, но не имеет под собой доказательной основы.

Параллельно с собственно хирургическими технологиями весьма активно развивается другое направление – единое информационное пространство эндовидеохирургии, получившее название «интегрированные операционные». В такой операционной используется всевозможных интерфейсов позволяет хирургической бригаде без посторонней помощи получать в онлайн-режиме любую информацию о пациенте из базы данных стационара. Это могут быть сведения из истории болезни, результаты обследования и т.д. Вторая важная опция интегрированной операционной – возможность через компьютер управлять



В президиуме

### Итоги и прогнозы

# В зеркале проблем и достижений

## Определяя стратегию развития хирургической службы

светом, движением операционного стола, коагуляцией, подключать и использовать аппарат УЗИ и С-дугу, а также транслировать операцию в другие клиники на любые расстояния. Как показала отечественная практика, из всех опций последняя – едва ли не самая важная.

– Мы провели опрос российских хирургов: насколько необходимы такие операционные? Респонденты ответили, что они нужны исключительно в федеральных медицинских центрах и университетских клиниках, которые могут выступать в роли образовательных площадок, организуя видеотрансляции сложных или редких оперативных вмешательств, – прокомментировал С. Емельянов.

С учётом запроса профессионального сообщества на получение и повышение знаний в области эндовидеохирургии на форуме прозвучало предложение создать единую информационную телемедицинскую сеть, которая позволила бы клиникам разного статуса обмениваться большими потоками информации в режиме обучения, в режиме «шеф-хирург» и в формате удалённой консультации.

Вообще, говоря об обучении эндовидеохирургии, профессор Емельянов привёл в пример мировую практику. Сначала курсант работает с механическим тренажёром, затем – виртуальный симулятор, следующий этап – отработка мануальных навыков на лабораторных животных (ветлаб. – авт.), и, наконец, обучение в cadaver-center (на трупном материале. – авт.).

– В нашей реальной жизни это практически невозможно. Если механическими тренажёрами и виртуальными симуляторами сегодня оснащены все обучающие центры, то выполнение операций на животных и в cadaver-center – для нашей страны дорогостоящие этапы обучения. Таким образом, сложившаяся в мире логика обу-

чения мало применима в России. Поэтому врачам, которые проходят специализацию по эндохирургии, можно предложить вместо ветлаба и cadaver-center поработать в эндоскопической операционной в составе опытной бригады. Это своего рода деловая игра, но с хорошим обучающим эффектом, – подытожил докладчик, подчеркнув, что повышение кадрового потенциала является непременным условием более равномерного внедрения по регионам страны минимально инвазивных хирургических методик.

### Географическое разнообразие

Кстати, о неравномерности применения подходов малотравматичной лапароскопической хирургии: эту тему наглядно проиллюстрировал главный хирург и эндоскопист Минздрава России академик РАН Амиран Ревитшвили.

– Уровень использования лапароскопической техники в плановой и экстренной абдоминальной хирургии в Российской Федерации за последние 10 лет значительно вырос. По ряду позиций достигнуты показатели, сопоставимые с западными странами, – отметил главный специалист. – Тем не менее почивать на лаврах рановато.

В разделе «экстренная хирургия» в целом выполняется лапароскопически 110 тыс. операций в год. Однако применение малоинвазивных методик неодинаково как по видам операций, так и по регионам. К примеру, при остром аппендиците средняя цифра лапароскопических операций по стране – всего 23%, тогда как в 77% случаев продолжают выполнять открытую аппендэктомию. Доля малоинвазивных вмешательств существенно различается по федеральным округам: в Приволжском – 9%, в Центральном – 46%.

Острый холецистит – наиболее



А. Ревитшвили

частая экстренная хирургическая патология, лапароскопически она должна выполняться в первую очередь. Но в среднем по РФ лапароскопически проводится только 51% операций холецистэктомии, тогда как в США ещё 15 лет назад эти операции в 85% случаев выполнялись малотравматично. Сравним летальность: при открытой хирургии – 2,3%, при лапароскопическом доступе – в 10 раз меньше! Самая высокая доля миниинвазивного подхода при данном заболевании в Центральном федеральном округе – 71%, наименьшая – 35% – в Дальневосточном.

Печальная ситуация с перфоративной язвой: в большинстве регионов пациентов оперируют открытым способом. В среднем по стране частота применения лапароскопии в лечении перфоративной язвы не достигает и 10%, притом что показатель осложнений после открытых операций близок к 10%, а при малоинвазивных – 1,1%.

Аналогичная история с использованием лапароскопического доступа при острой спаечной кишечной непроходимости: в целом по стране всего 5,8% операций выполняются малоинвазивно. И разброс не очень велик: от 1% в ДФО до 10% в ЦФО и УФО и 33% в Москве.

В лечении острого панкреатита соотношение лапароскопической и открытой хирургии тоже не в пользу современных подходов: 21 против 78%.

Зато в плановой хирургии лапароскопическая методика применяется заметно активнее: так выполняется более 80% холецистэктомий, более 60% фундопликаций и адrenaлэктоми. Однако в использовании эндовидеохирургии в лечении грыж брюшной стенки, резекции желудка, хирургии толстой и прямой кишки мы отстаём от западных клиник.

Говоря о нерешённых вопросах в лапароскопической хирургии, А. Ревитшвили первым пунктом

назвал разный уровень оснащённости лечебных учреждений.

– Условия работы в районных больницах крайне вариабельны, от хорошо отремонтированных зданий до требующих капитального ремонта. Аналогичная ситуация с видеоскопическим оборудованием: от старых комплексов двадцатилетней давности, на которых сложно работать, до современных операционных, – подчеркнул главный хирург Минздрава России.

В то же время есть районные больницы, где современные эндоскопические комплексы не используются годами даже при наличии хирургов.

Ещё один важный вопрос – несоответствие действующего Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия» требованиям времени. Согласно этому документу, эндоскопическая стойка не является обязательным атрибутом операционной, то же самое касается набора для выполнения операций через минидоступ. По мнению главного специалиста, необходимо срочно вносить изменения и дополнения в существующий порядок.

### Отраслевая «шестилетка»

В рамках хирургического форума был представлен проект Концепции развития хирургической помощи в РФ на 2019-2024 гг. Документ подготовлен, как говорится, со знанием дела: в его разработке принимали участие в том числе главные хирурги ряда российских регионов и федеральных округов.

За указанный период в целом по стране планируется увеличить хирургическую активность, снизить показатель больницы летальности в неотложной хирургии, нарастить долю использования современных технологий, в частности лапароскопической холецистэктомии – до 90%, аллопластики грыж брюшной стенки – до 80%. Также ставится задача увеличить в 1,7 раза общее количество амбулаторных операций.

По мнению авторов концепции, достижению поставленных задач поможет внедрение трёхуровневой системы оказания хирургической помощи, где первый уровень – это районные или городские больницы, второй – межрайонные или центральные городские больницы, и третий – областные, краевые или республиканские лечебные учреждения. На третьем уровне выделен уровень «В» – учреждения, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь в пределах нескольких субъектов РФ.

Если единые подходы в лечебной тактике определяются клиническими рекомендациями, то такие же подходы в организации оказания хирургической помощи и маршрутизации пациентов призвана решить Концепция развития хирургической помощи. Виды, условия и формы оказания медицинской помощи должны быть распределены в каждом регионе в соответствии с уровнями оказания хирургической помощи.

Внедрять трёхуровневую систему организации хирургической помощи планируется в два этапа. В течение 2019-2021 гг. документ будет доработан профессиональным сообществом и передан на утверждение в Минздрав России. За это же время должны быть сформированы межрайонные хирургические центры. В последующие три года начнётся собственная полномасштабная реализация идеи отечественной трёхуровневой хирургической системы.

Важный нюанс: вопрос кадрового дефицита для хирургической службы РФ не актуален. По информации, которую представил А. Ревитшвили со ссылкой на Росстат, в стране более 19 тыс. хирургов, из которых около 14 тыс. трудятся в стационарах и почти 6 тыс. – в поликлиниках. Таким образом, на 100 тыс. населения России приходится 17 хирургов, тогда как в США – всего 7. В этом вопросе мы точно догнали и перегнали Америку.

Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.



Сначала – к тренажёру, а затем – в операционную