

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ «ЖУРНАЛА ИМ. Н.В. СКЛИФОВСКОГО
«НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»
ВЫРАЖАЕТ ГЛУБОКУЮ БЛАГОДАРНОСТЬ РЕЦЕНЗЕНТАМ

СЕРГЕЮ РУДЖЕРОВИЧУ ГИЛЯРЕВСКОМУ
И ЕЛЕНЕ ВАЛЕРЬЕВНЕ КЛЫЧНИКОВОЙ

ЗА ОБЪЕКТИВНУЮ И КАЧЕСТВЕННУЮ
ЭКСПЕРТИЗУ СТАТЕЙ, ПОСТУПИВШИХ В РЕДАКЦИЮ В 2017 ГОДУ,
СПОСОБСТВОВАВШУЮ ОБЕСПЕЧЕНИЮ
ВЫСОКОГО НАУЧНОГО УРОВНЯ ЖУРНАЛА



*Поздравляем наших коллег
и желаем им новых творческих успехов
и побед!*

АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ УЧИТ САМОСТОЯТЕЛЬНОСТИ

Уважаемые читатели, в этом номере представляем вашему вниманию интервью с главным внештатным специалистом-хирургом Министерства здравоохранения России, директором ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В.Вишневского», академиком РАН **Амираном Шотаевичем Ревшвили**. Он рассказал о текущем состоянии и перспективе развития хирургической помощи в нашей стране.

Амиран Шотаевич, считаете ли Вы нынешнее соотношение между объемами плановой и экстренной хирургической помощи в нашей стране оптимальным? Или оно вызывает у Вас тревогу?

Соотношение разное в разных регионах. Это зависит от многих факторов: заболеваемости населения, технологической оснащенности стационаров, а также уровня организации оказания плановой хирургической помощи. Есть регионы, где это соотношение 50 на 50. В то же время на большей части территории страны экстренные оперативные вмешательства составляют 30–35% от общего объема хирургической помощи. В основном это классические семь неотложных абдоминальных заболеваний: острый аппендицит, острый панкреатит, острый холецистит, острая кишечная непроходимость, ущемленная грыжа, прободная язва и желудочно-кишечные кровотечения.

Главное условие для снижения доли экстренных операций заключается в том, что в каждом субъекте Российской Федерации должна быть четко отработана схема маршрутизации пациентов хирургического профиля в соответствии с трехуровневой системой оказания медицинской помощи. Точнее, теперь еще и с учетом появления четвертого уровня — сети национальных медицинских исследовательских центров, среди которых федеральные институты хирургического профиля. Необходимо сделать все для того, чтобы эта горизонталь движения больного к необходимому уровню оказания медицинской помощи действовала безотказно. К сожалению, именно она сегодня не работает на 100% эффективно, что и создает предпосылки к высокому уровню экстренности в хирургии.

Должен отметить, что тема неотложной хирургии стала в 2017 году одной из главных на наших профессиональных форумах. Так, во время Первого Съезда хирургов Дальневосточного федерального округа в результате обсуждения докладов были выявлены две наиболее проблемные клинические ситуации для всех окружающих территорий: острый панкреатит и кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. В связи с этим главным хирургам дальневосточных субъектов РФ было предложено определить те лечебные учреждения, которые могут исполнять функцию круглосуточных центров по оказанию неотложной помощи пациентам с желудочно-кишечными кровотечениями. При этом необходимо должным образом оснастить эти центры, а также совместно со службой скорой медицинской помощи и санитарной авиацией разработать схему маршрутизации сюда профильных больных. Кроме того, участники форума пришли к единому мнению, что для регионов Дальнего Востока



идеальным вариантом было бы сочетание функций хирурга и эндоскописта в лице одного врача.

Вопросам организации оказания неотложной помощи в абдоминальной хирургии было посвящено много выступлений и на I Съезде хирургов Центрального федерального округа. Особое внимание привлек опыт Липецкой области, где хирургическая служба выстроена оптимально для территории с компактным проживанием населения. В частности, здесь считается обязательным условием, чтобы в каждой районной больнице имелось в наличии оборудование необходимого уровня и врач-эндоскопист, способный остановить желудочно-кишечное кровотечение. В Липецкой области отработана схема маршрутизации пациентов с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода и желудка при портальной гипертензии, деструктивном панкреатите и механической желтухе непосредственно в медицинское учреждение 3-го уровня, то есть в областную больницу, что позволило существенно снизить летальность данной категории больных.

В идеале — как это видят Президиум Профильной комиссии по хирургии при МЗ РФ и руководство Российского общества хирургов — современное хирургическое отделение, оказывающее эффективную неотложную хирургическую помощь пациентам с острыми заболеваниями органов брюшной полости, должно работать круглосуточно, иметь соответствующий штат хирургов, анестезиологов и эндоскопистов, а также диагностическое оборудование, включая ультразвуковые аппараты, компьютерный томограф, оснащение для гастродуоденоскопии и лапароскопии.

Здесь нельзя не задать вопрос о кадровом потенциале хирургической службы страны.

Скажу сразу: дефицит кадров есть, и если сегодня не выработать правильные решения, он будет в дальнейшем нарастать. На всех съездах хирургов, которые проводились в 2017 году в федеральных округах РФ, была выражена тревога по поводу кадровой ситуации,

и в первую очередь — в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Эта проблема может быть решена, в частности, за счет увеличения набора в ординатуру по хирургии. В том числе за счет набора целевых ординаторов, которых по окончании учебы направят в конкретные лечебные учреждения в разные регионы страны, и по крайней мере три года они должны будут там отработать.

Все знают о федеральной целевой программе «Земский доктор». За годы реализации в ней приняли участие несколько тысяч молодых специалистов. Сказать, что они надолго задерживаются в сельском здравоохранении, я не могу, но эта программа — также один из возможных вариантов временного устранения кадрового дефицита.

В нынешнем году в России будет утвержден профессиональный стандарт врача-хирурга для выпускников лечебных факультетов. Он станет базисом для формирования оценки профессиональных компетенций при проведении в 2018 году процедуры аккредитации специалистов, завершивших обучение по программам специалитета. Внедрение профстандарта позволит, в частности, решить задачу обеспечения учреждений первичного звена амбулаторными хирургами. Кстати, уже сейчас программа обучения в ординатуре составлена таким образом, что, отучившись только один год, молодой специалист уже имеет знания и навыки, достаточные для работы амбулаторным хирургом. Амбулаторный этап очень важен в системе оказания хирургической помощи: в значительной мере можно уменьшить показатель экстренных оперативных вмешательств за счет грамотной работы поликлинических хирургов, которые своевременно будут выявлять у пациентов хирургическую патологию и направлять их на плановое хирургическое лечение.

Профильная комиссия по хирургии внесла на рассмотрение в Минздрав России предложение о необходимости выделить больше мест в ординатуру по хирургии в связи с надвигающимся дефицитом кадров и увеличивающейся длительностью подготовки хирурга. Надеюсь, что этот вопрос будет решен положительно.

Единственное, что меня смущает: во всем мире врач сначала обучается общей хирургии, минимум два года, и лишь затем переходит на уровень специализации — онкология, хирургия сердца, нейрохирургия и так далее. А у нас предполагается, что «узкие» направления хирургии сами будут готовить специалистов с нуля, то есть создавать базовые хирургические клиники в институтах глазных болезней или урологических центрах, чтобы там готовить будущих хирургов по общей хирургии. Я не вижу в этом смысла. Для этого были, есть и должны и впредь использоваться федеральные институты хирургии и региональные многопрофильные клиники. Именно здесь будущий уролог, офтальмолог, нейрохирург или гинеколог может за два года ординатуры познакомиться со всеми направлениями хирургии и только после этого переходить на третий год подготовки в ординатуре в профильный центр. Так, мне думается, должна выстраиваться концепция подготовки будущих специалистов.

Пока не все вопросы обучения в ординатуре решены, какие еще есть возможности привлечь в первичное звено здравоохранения хирургов? К примеру, рассматривается ли возможность ротации кадров,

когда хирурги стационаров на какое-то время идут работать на поликлиническом приеме?

Данный принцип организации работы хирургической службы на федеральном уровне не рассматривался и не принят к внедрению повсеместно, но сам подход я не отрицаю.

Более того, считаю, что каждый здоровый мужчина должен пройти службу в армии, а каждый выпускник медицинского вуза по специальности «врач-хирург» обязательно должен пройти этап работы в амбулаторной хирургии. Это многому учит. В частности, учит самостоятельности: вы сразу начинаете оперировать, пусть даже в рамках «малой хирургии».

Минимум три года, по моему мнению, необходимо отработать в первичном звене для наработки опыта, а затем, если есть желание, пожалуйста — проходите специализацию и продолжайте свою карьеру, уже совершенствуясь как профильный хирург. Подобная система подготовки была бы полезна как для самого врача, так и для системы здравоохранения в целом.

Но ведь мы с вами прекрасно понимаем, что выбор молодым специалистом той или иной специальности, места работы и должности в значительной степени сопряжен с вопросом престижа. Можно ли сделать специальность амбулаторного хирурга более привлекательной? За счет чего, если, конечно, не идти по самому простому и, как показала практика, не самому эффективному пути повышения зарплаты врачам поликлиник по сравнению с хирургами стационаров?

Можно повысить привлекательность работы поликлинического хирурга, расширив его функционал. Для этого нужно перевести часть видов хирургической помощи из стационаров на амбулаторный этап, а также развивать систему хирургических стационаров одного дня. Если брать европейскую статистику, 90% плановых операций там проводятся в стационарах одного дня.

А в России?

Меньше 10%. Почему? Потому что у нас до сих пор считается странным, чтобы человек был выписан домой в тот же день после, допустим, стандартной плановой операции холецистэктомии или аппендэктомии. Что нужно для амбулаторной хирургии? Чтобы лечебное учреждение было оснащено современными видеоэндоскопическими стойками, а хирурги владели методами эндоскопических операций.

Кстати, у нас в стране сегодня современные эндоскопические технологии в хирургии используются в регионах в разной степени, разрыв составляет от 25 до 90%. Странная ситуация, учитывая, что рынок насыщен хорошими видеоэндоскопическими стойками. С обучением хирургов навыкам эндохимирии тоже проблем нет, благо сегодня это с успехом можно делать в условиях симуляционных центров, отрабатывая на тренажере каждое движение до совершенства. Количество обучающих симуляционных центров будет увеличиваться, такая задача поставлена.

В таком случае от кого или от чего зависит развитие хирургии одного дня: от желания главных хирургов и губернаторов регионов, от Вас как главного хирурга страны, от федерального Минздрава?

Это зависит от усилий всех сторон в равной степени. Безусловно, для решения данной задачи необходимо финансирование, потому что требуется оснастить

операционные и подготовить специалистов. Но именно главные хирурги территорий должны быть капитанами, которые разворачивают свои корабли и свои команды в сторону современных технологий. Роль личности в истории по-прежнему основная.

Что касается эндоскопической хирургии в целом, спорить с очевидными процессами бессмысленно: мы постоянно движемся от макси-хирургии, от больших разрезов в сторону мини-инвазивных и даже неинвазивных, дистанционных хирургических технологий с применением лучевых методов воздействия и протонной терапии. Пока это касается только онкологии, но в перспективе, думаю, затронет и другие области хирургии. Перед нами стоит задача в ближайшее время увеличить долю эндоскопических операций во всех областях хирургии и по всей стране до 70–80%. Прежде всего это касается абдоминальной хирургии.

Вернемся к соотношению экстренной и плановой хирургической помощи. Выступая на Первом национальном хирургическом конгрессе в апреле 2017 года, академик В.А. Кубышкин говорил о послеоперационной летальности и сделал акцент на том, что неотложная хирургия — это в большинстве случаев люди старшего возраста, плохо обследованные на уровне поликлиник или не получившие своевременно плановое хирургическое лечение по поводу хронических заболеваний. Как по-Вашему, это решаемые вопросы?

Если говорить о людях старшей возрастной группы, здесь проблема высокой послеоперационной летальности как при экстренных, так и при плановых хирургических вмешательствах, прежде всего, сопряжена с таким явлением, как коморбидность. Чаще всего это сочетанная патология органов желудочно-кишечного тракта и ишемическая болезнь сердца или стенозы брахиоцефальных артерий, которые реализуются в инсульт.

Отсутствие практики регулярной плановой санации пациентов, страдающих хроническими заболеваниями — негативное явление, которое на самом деле существует. Мы не приучены к диспансерному обследованию и наблюдению, у нас это национальная беда. И сам пациент неохотно это делает, да и мы не особенно активно его вызываем. Думаю, в решении этой проблемы помог бы федеральный закон о диспансерном обследовании и наблюдении населения.

Нельзя отрицать, что не оказанная вовремя плановая хирургическая помощь становится в дальнейшем причиной неотложного вмешательства со всеми вытекающими отсюда рисками осложнений. И даже при острой патологии, к примеру, при остром холецистите, только 55% больных оперируют во время первой госпитализации. Остальных выписывают из стационара и отпускают из вида до следующего обострения воспалительного процесса. Вот о чем в первую очередь предлагал задуматься Валерий Алексеевич Кубышкин, и я его полностью в этом поддерживаю.

Есть еще один фактор, влияющий на показатель послеоперационной летальности — позднее поступление больного в хирургический стационар. Как уже сказано выше, не во всех территориях есть оптимальные схемы госпитализации больных. Поэтому национальным медицинским исследовательским центрам предстоит разработать геоинформационную систему, то есть масштабный «навигатор»: 75 тысяч учреждений здравоохранения, которые есть в России, должны

быть нанесены на карту с обозначением маршрутов доставки пациентов с определенными нозологиями из любого населенного пункта в эти учреждения в соответствии с их профилями. Данную систему мы должны довести до ума в ближайшие год–два, задействовав при этом возможности телемедицины.

Коснемся направлений, которые близки Вам как хирургу — кардиохирургия и аритмология. Оптимально ли здесь соотношение экстренной и плановой помощи, или также необходимо что-то менять в плане организации?

Если говорить об аритмологии, больные с тахикардией больше 200 ударов в минуту или пульсом меньше 20 — вот категории пациентов, которым необходима экстренная помощь. Это может быть либо установка кардиостимулятора, либо медикаментозное купирование нарушения ритма с решением вопроса о катетерной аблации. В целом с этой задачей во всех регионах страны справляются, населению данный вид медицинской помощи доступен. Но, однако, я не могу приветствовать такой подход, как купирование фибрилляции предсердий на дому.

Есть энтузиасты?

Есть, и их немало. Рассуждают таким образом: гемодинамически пациент сохранен, попытаемся медикаментозно купировать аритмию дома. Если не удастся, тогда госпитализируем.

Я считаю абсолютно недопустимыми попытки врачей справиться с нарушением ритма сердца у больного вне стационара. Пациент может не знать, когда действительно у него возник этот пароксизм фибрилляции предсердий: только сегодня или уже месяц назад. А как только вы купируете аритмию с помощью препарата «вслепую», не проведя необходимого обследования, может моментально произойти эмболизация. Необходимо иметь в виду, что речь идет о пациентах, как правило, пожилого возраста, у которых, опять же, как правило, имеется высокий риск тромбирования сосудов.

Если же говорить о неотложной кардиохирургии, условия для нее сегодня в стране созданы: это и федеральные центры сердечно-сосудистой хирургии, и сеть сосудистых центров, где есть все современные технологии диагностики и лечения. Когда в течение первого часа от начала острого инфаркта миокарда (ОИМ) больного доставляют в сосудистый центр, выполняют коронарографию и при подтверждении диагноза проводят стентирование, то человек не просто выживает, но и все обходится без образования аневризмы.

Однако в России ежегодно оперируют до тысячи больных с постинфарктными аневризмами сердца. За рубежом вы таких операций не увидите. Почему? Потому что у нас больные либо поздно обращаются за медицинской помощью, либо их поздно доставляют в профильное учреждение, вследствие чего возникает обширный инфаркт миокарда с развитием мешковидной аневризмы, и мы впоследствии вынуждены заниматься реконструкцией сердца. После такого развития событий человек уходит на инвалидность. Зато после своевременно выполненного малоинвазивного вмешательства он имеет высокий шанс полного выздоровления.

Нам необходимо в 2–3 раза увеличить количество операций стентирования при ОИМ, тогда мы выйдем на европейский уровень. Соответственно, если сейчас у нас 600 случаев смерти от сердечно-сосудистых забо-

леваний на 100 тысяч населения, то нам нужно снизить этот показатель до 400, чтобы достичь европейского уровня.

Вы уже упомянули о национальных медицинских исследовательских центрах, создаваемых в РФ. Можно ли назвать это стремлением выстроить вертикаль идеологического и методологического обеспечения в разных областях здравоохранения?

Национальные медицинские исследовательские центры (НМИЦ) по всем основным направлениям медицины — это идея, которую предложило Министерство здравоохранения России, и я думаю, что это абсолютно правильная система восстановления статуса главных специалистов плюс делегирование этим учреждениям полномочий научно-методологического руководства и образовательной деятельности.

К сегодняшнему дню статус НМИЦ получили 22 федеральных учреждения, в их числе Институт хирургии им. А.В. Вишневского. Сфера нашего влияния — хирургия и комбустиология. Нам предстоит доводить до одинаково высокого уровня хирургическую помощь по всем профилям во всех субъектах РФ, обучать специалистов, внедрять и контролировать применение современных методик. Кроме того, национальным центрам предстоит собирать и анализировать статистические данные по своим областям медицины. Институту Вишневского — по всей хирургической службе страны, а это огромный, самый большой сегмент медицинской помощи: в России ежегодно выполняется более 9 миллионов операций.

В этой связи мне кажется необходимым восстановить сбор данных по неотложным хирургическим состояниям. Исключение из статистики, собираемой Росстатом, данных о семи формах острых хирургических заболеваний органов брюшной полости делает неполным и недостоверным представление о состоянии хирургической помощи в нашей стране.

Амиран Шотаевич, Вы обозначили направления, в которых должна и будет совершенствоваться отечественная хирургическая служба. А если говорить о

здравоохранении в целом, каков, по-Вашему, главный вектор его развития?

Я думаю, главное направление, в котором необходимо двигаться — это создание национальной стратегии по формированию здорового образа жизни населения страны, проведению профилактических программ и организации эффективной диспансеризации населения.

Вы верите в то, что можно серьезно повлиять на заболеваемость и смертность, подняв уровень медицинской грамотности населения?

Да, верю. То отношение к собственному здоровью и к возможностям бесплатной медицины, которые сегодня мы видим у наших сограждан, необходимо менять. Поэтому правильнее говорить не только о повышении уровня медицинской грамотности людей, но и об ответственности человека за сохранение своего здоровья.

Десять лет назад в США по телевизору потоком шла реклама фастфуда, газированных напитков, сладостей. Тогда масс-медиа приводили эту страну в пример как лидера по числу людей с избыточным весом. Все изменилось: сегодня минимум 7–8 телеканалов в Америке полностью посвящены здоровому образу жизни. Ты не сможешь поступить на престижную работу и получить медицинскую страховку, если не имеешь заключения от врача, что ты здоров.

Между тем реклама вредных продуктов заполонила наши телеэкраны, и в России число людей с ожирением стало стремительно расти. А доступных, бесплатных просветительских медицинских телеканалов у нас как не было, так и нет, только отдельные программы. Что касается трудоустройства, в нашей стране работодатели пока не предъявляют никаких особых требований к соискателям. Можно быть курильщиком, годами не ходить к врачам, пренебрегать приглашениями пройти диспансеризацию, и государство готово тебя потом лечить, тратя на это огромные деньги. Так не должно быть, ответственность человека за свое здоровье должна быть законодательно обозначена!