

Как мы уже сообщали (см. «МГ» № 97 от 20.12.2013), в Институте хирургии им. А.В.Вишневого прошло собрание главных хирургов федеральных округов и регионов и председателей региональных отделений Российского общества хирургов, председателей хирургических обществ. Одновременно состоялось совещание профильной комиссии Министерства здравоохранения РФ по хирургии. В центре внимания были серьёзные проблемы, связанные с дефицитом специалистов во многих регионах страны, недостаточностью профессиональной подготовки и запоздалыми организационными мерами.

Парадоксы статистики

С большим обзорным докладом о состоянии отрасли за прошедшие годы выступил директор Института хирургии им. А.В.Вишневого, главный специалист хирург Минздрава России, академик РАМН **Валерий Кубышкин**. Были представлены показатели работы хирургической службы страны в 2012 г. За этот период было зарегистрировано 823 173 острых заболевания органов брюшной полости.

Из 184 051 случая острого панкреатита оперировано всего 16 445 пациентов, из 169 848 случаев острого холецистита закончились операцией 89 881. Всего экстренных и плановых операций на органах брюшной полости проведено 1 271 104, то есть примерно 60 самостоятельных вмешательств в год на 1 хирурга.

Огромный статистический материал, включавший графики осложнений и летальности общице и по разным нозологиям, показывал подчас странные расхождения. Так, в результате операций на органах брюшной полости число умерших взрослых достигло более 4% в Северо-Западном федеральном округе, перевалило за 3,5% в Дальневосточном и Центральном при чуть более 2% в Северо-Кавказском федеральном округе. Летальность от острого аппендицита в СЗФО была 0,19%, в СКФО – 0,04%. Послеоперационная летальность больных с острым холециститом, доставленных в стационар позже 24 часов от начала заболевания, в ДФО – 3,5%, в СКФО – 1%, послеоперационная летальность больных с прободной язвой желудка в Южном федеральном округе – 11%, в Северо-Кавказском – 5%, послеоперационная летальность больных с прободной язвой желудка, доставленных в стационар позже 24 часов от начала заболевания, в ЮФО – около 38%, в СКФО – около 14%. Зал, конечно, порадовался за северокавказских коллег, но при этом несколько насторожила цифра осложнений после холецистэктомии при хроническом холецистите для СКФО – 1,3%, превышающая в 2 раза показатели во всех других округах, а также высокие показатели осложнений при неущемлённой грыже в северокавказских больницах. Именно поэтому как у докладчика, так и у выступавших в прениях возникли сомнения либо в точности предоставляемых данных, либо в том, что действующие критерии хирургической службы не отражают действительного

Итоги и прогнозы

Признания главных хирургов профессиональному сообществу

По итогам совещания ведущих специалистов страны

положения дел. В последовавших прениях некоторые выступавшие предложили их пересмотреть, хотя вызвавшие тревогу значительные отклонения в показателях результатов лечения от средних величин в ряде регионов могут быть обусловлены и разными уровнями заболеваемости, и географическими условиями.

Почти во всех федеральных округах в 2012 г. несколько улучшились показатели оказания хирургической помощи при большинстве острых заболеваний органов брюшной полости, термических поражениях и хирургической инфекции. Однако во всех регионах имеется большой разрыв в показателях выявленных хронических заболеваний органов брюшной полости и низкой частотой плановой хирургической профилактики их осложнений.

Особенно тревожно выглядела в докладе академика кадровая ситуация в отрасли. Укомплектованность персоналом хирургического профиля в районных ЛПУ колеблется от 35 до 42%. В круглосуточном режиме больным хирургического профиля может быть организована помощь (в зависимости от региона) в 18,5-63% ЛПУ. Во всех регионах наблюдается стойкая тенденция к снижению числа хирургов и анестезиологов с дефицитом кадров в ряде мест до 60%. «Впрочем, – под-



гут всего 44,4% специалистов. Круглосуточную эндоскопическую помощь могут обеспечить в 25,9% ЛПУ, выполнить дуоденоскопию и папиллосфинктеротомию могут в 7,4% ЛПУ.

Своеобразный «провал» был виден в графике квалификационной характеристики общих хирургов страны. Количество хирургов с высшей квалификационной категорией почти столько, как и без категории, примерно в 2,5 раза превышает число хирургов с 1-й категорией. А вот специалистов со 2-й категорией всего около... 2 тыс.

условия (мотивации) для привлечения (повышения квалификации) кадров в районные ЛПУ. Во многих регионах требуется возродить или усилить службу санитарной авиации. Необходима законодательная инициатива по закреплению ответственности крупных хирургических центров и федеральных институтов за состояние хирургической помощи в регионах, которая должна реализовываться в форме двухстороннего обмена опытом и специалистами с целью повышения их квалификации.

Среди задач профессионального сообщества Валерий Кубышкин видит активное влияние на законодательство в части высшего образования, подготовки и деятельности хирурга, создание положения о клинической больнице, порядка оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций, на формирование корпоративной позиции в совершенствовании оплаты труда, на участие в формировании норм аттестации хирургов (с 2016 г.), на защиту от «произвола» фондов ОМС, на формирование позитивного имиджа хирургической службы, профессии врача.

– Надо восстановить частично утраченное в последние годы чувство гражданской ответственности, обрести веру в собственные возможности, – призвал коллег академик.

Вернуть утраченный статус!

Откровенным было и выступление президента Российского общества хирургов академика РАМН **Игоря Затевахи**, который вначале напомнил, что последнее подобное собрание произошло почти 2 года назад – 13 февраля 2012 г. За прошедший период был разработан кодекс членов РОХ, создан механизм выработки коллегиальных решений, разработана система непрерывного образования хирурга в течение всей его жизни, дополняющая государственное образование. Появилась национальная система учёта образовательных баллов в хирургии. Она установлена в 40 регионах, где осуществляется последипломное обучение и повышение квалификации хирургов (тематические циклы, мастер-классы, тренинги, научно-практические конференции, съезды и конгрессы). Начата разработка национальных клинических рекомендаций и создан экспертный совет общества – орган, контролирующий разработку клинических рекомендаций. Совет подбирает и утверждает состав групп, координирует их деятельность, оказывает помощь в достижении консенсуса по спорным вопросам, утверждает результаты на всех этапах. Лучшим сайтом

медицинских обществ в 2013 г. признан интернет-портал РОХ, на который ежедневно заходят около 500 специалистов.

На правах ассоциативных членов в РОХ вошло 8 профессиональных объединений. Создан благотворительный фонд РОХ с целью финансирования проектов общества, в том числе и социальной защиты врачей.

Игорь Иванович без прикрас показал проблемы хирургического сообщества:

– Преподаватель-хирург, лишённый права оперировать, не может быть хорошим преподавателем хирургии. А какая сейчас ситуация в клиниках? Главный врач оформил сотрудника кафедры совместителем – вы можете оперировать, не оформил – не можете оперировать, и вообще не нужны больницы. Это создаёт колоссальную диспропорцию, которой нет только в университетских клиниках.

– Мы не должны жить по воле главных врачей, – говорил академик. – Мы должны иметь определённый статус, который был раньше и который должен вернуть государство. Большая часть этой аудитории помнит, что ассистент получал ставку на кафедре и ставку врача в клинической больнице. Он вёл больных и преподавал у студентов. Это было нормально, но постепенно проводилось «обрезание», которое привело к тому, что по желанию главного врача можно отрезать преподавание от хирургии. Отрыв обучения от практики – плохое обучение! Вы должны это говорить во весь голос. То, что происходит сейчас, – не государственный подход в решении клинических задач. Это привело к массовому исходу с кафедр профессоров, доцентов, ассистентов в практическое здравоохранение. Это разрушение научного и практического потенциала кафедр. Диспропорция в оплате труда кафедральных сотрудников и сотрудников больниц привела к распространению совместительства, прежде всего среди ассистентского корпуса. В результате совместитель не имеет возможности заниматься полноценной научной работой, а вместо качественного преподавания студентам просто закрывает «педагогическую дыру».

– Основной лозунг настоящего момента, – подчеркнул докладчик, – «надо зарабатывать деньги» вместо «надо качественно лечить». Все эти тенденции в будущем неминуемо ведут к развалу отечественной медицины и невозможности потери ведущих хирургических школ. Отсюда одна из главных задач общества – сохранение отечественных хирургических школ, а следовательно, и подготовка высококвалифицированных кадров.



черкнул докладчик, – возрастающий кадровый дефицит в практической медицине, особенно в хирургии – глобальная проблема здравоохранения всех индустриально развитых стран. Например, в США интерес выпускников высших медицинских школ к хирургии как к профессии неуклонно снижается. Причины – длительное обучение, социально-бытовые ограничения, высокая нагрузка и ответственность».

Академик вернулся к ситуации в России, где гибким эндоскопическим оборудованием укомплектованы до 62% ЛПУ. При этом выполнить остановку желудочного кровотечения мо-

из примерно 24-тысячной армии общих хирургов!

Валерий Алексеевич предложил собранию пути решения накопившихся проблем. Среди задач – разработка порядка оказания экстренной хирургической помощи в районах, создание межрайонных центров амбулаторной хирургии. При благоприятном географическом положении целесообразно разделять ЛПУ по двум уровням в зависимости от кадрового обеспечения и материально-технического оснащения для обеспечения круглосуточной высококвалифицированной неотложной хирургической помощи. Необходимо создать

О странностях здравоохранения

Основные акценты вышедшего на трибуну главного специалиста по скорой помощи Минздрава России, главного хирурга Северо-Западного федерального округа, ректора Первого С.-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова, академика РАМН **Сергея Багненко** были связаны с перспективами развития скорой медицинской помощи в стране.

Сергей Фёдорович говорил о невозможности организовать в разрушенном первичном звене, в ЦРБ равную городскому уровню хирургическую службу – «ни при какой цене нефти», и поэтому Минздрав России правильно делает, что концентрирует возможности в межмуниципальных центрах специализированной помощи.

Докладчик рассказал о новом порядке оказания скорой медицинской помощи, изменении состава общепрофильных выездных бригад в трёх различных вариантах и специализированных выездных бригад.

Во всех 83 субъектах РФ госпитальный этап скорой медицинской помощи должен начинаться в стационарном отделении скорой медицинской помощи. Пока такие отделения имеются лишь в 4 регионах страны. Докладчик рассказал о структуре поступающих в эти отделения – «красном», «зелёном» и «жёлтом» потоках. (Более подробно об этом «МГ» готовится рассказать в ближайшее время.)

Главный хирург Приволжского федерального округа, заведующий кафедрой факультетской хирургии Нижегородской государственной медицинской академии, профессор **Михаил Кукош** – продолжатель дела своего отца, замечательного хирурга и человека Валентина Ивановича Кукоша – выразил в своём выступлении обеспокоенность качеством подготовки специалистов, назвав его главной проблемой сообщества. Его слова о недалёковидности медицинских властей вызвали поддержку аудитории.

– Некоторые кафедры в Нижнем Новгороде работают в общежитиях, – сказал Михаил Валентинович. – Выселить хирургов пока не получается, хотя сотрудники нашей кафедры в клинической больнице работают бесплатно. Как подготовить интерна, ординатора, если мы не можем оперировать? Мне представляется, что наше региональное Министерство здравоохранения живёт в отрыве от... здравоохранения! Согласно новым учебным планам, через 3 года у нас не будет ни клинических интернов, ни клинических ординаторов. Мы будем выпускать специалистов, которые 3 года будут работать на участке, и только потом им предоставят возможность обучаться. Но кто из них вернётся через 3 года?!

В острой дискуссии, касающейся в первую очередь обучения хирургов и недоверия к статистике, выступили генеральный секретарь РОХ профессор Андрей Фёдоров, генеральный секретарь Российского общества эндоскопических хирургов профессор Александр Сагин, главный хирург Уральского федерального округа профессор Михаил Прудков, главный хирург Министерства здравоохранения Омской области профессор Владимир Полуэктов, президент Европейской федерации хирургии ожирения и метаболических нарушений,

президент российского Общества бариатрических хирургов, профессор Юрий Яшков, главный хирург Южного федерального округа профессор Михаил Черкасов и другие.

Например, главный хирург-эксперт Комитета по здравоохранению правительства С.-Петербурга, директор С.-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии Минздрава России, декан медицинского факультета С.-Петербургского государственного университета, профессор **Пётр Яблонский** заметил:

– Меньше всего я доверяю статистике по ущемлённым грыжам. Половина из них – действительно катастрофа: запущенные, с флегмонами грыжевых мешков и т.д. Почему надо менять статистику? В 2005 г. в С.-Петербурге перестали открыто оперировать желудочные кровотечения, эту функцию взяли на себя эндоскописты. Но эту статистику никто не ведёт, она нигде не учитывается.

Далее он сообщил о тенден-



циях обучения в зарубежных университетах:

– Раздел «Хирургия» сокращён до 6% в Барселоне, до 8% в Ганновере. В России 62% вузовской программы занимают хирургические специальности. Однако когда мы сравнили наши стандарты третьего поколения с западными, то получилось: у нас практика занимает 10%, в Барселоне – 36%, в Ганновере – 44%! Куда же делся наш клиницизм?

– Там, где не хватает университетских клиник, – сказал вновь вышедший на трибуну Сергей Багненко, – во всём мире есть повышающий коэффициент на тариф. И выше тариф, если больной лечится в подразделении, которое является клиническим (поскольку оно несёт дополнительные затраты на педагогический процесс). И тогда больницы начинают бороться за создание клинической базы, а право выбора с выдвиганием собственных условий в плане технологий и т.д. остаётся за университетами и кафедрами.

Об изменившемся в обществе отношении к хирургам говорил президент Московского общества хирургов профессор **Александр Шулуто**:

– Если 30 лет назад в купе поезда вы говорили, что вы хирург, к вам тут же начинали уважительно относиться. Сейчас в той же ситуации вы с трёх сторон можете получить обвинения, скопированные с данных средств массовой информации – о недолеченных, недообследованных и даже «зарезанных» пациентах!

Известный хирург говорил о невозможности качественно обучить всех студентов некоторым хирургическим пособиям – для этого просто нет

возможностей и времени. При этом во всех вузах увеличивается количество студентов за счёт «платной» составляющей, а число преподавателей будет не увеличиваться, а сокращаться...

На совещании прозвучали сообщения о внедрении новых форм непрерывного медицинского образования и разработке национальных клинических рекомендаций. Было отмечено, что в ряде регионов возрастает проблема «беспрепятственного» допуска к профессиональной деятельности специалистов из стран ближнего зарубежья, часто имеющих крайне низкий уровень образования и даже знания русского языка.

* * *

В результате обсуждения были определены общие вопросы, требующие последовательного и безотлагательного решения усилиями Минздрава России и главных специалистов хирургов. Во-первых, необходимо создание положения о клинической больнице, в котором долж-

ны быть закреплены границы полномочий и ответственности кафедр хирургического профиля. Изменение статуса кафедр должно радикально улучшить качество практической подготовки студентов и выпускников вузов, процесс непрерывного медицинского образования и престижа профессии.

Во-вторых, в мониторинговании результатов деятельности хирургической службы в регионах и утверждении отчётов должны принимать участие внештатные специалисты. Целесообразно рассмотреть возможность доплаты за работу внештатным специалистам в размере 10-15% от должностного оклада.

В-третьих, с целью рационального использования лечебно-диагностического оборудования и кадровых ресурсов целесообразно создание межрайонных центров оказания экстренной хирургической помощи, в зависимости от плотности заселения территорий.

И наконец, необходимо оптимизировать (тестирование, коллегиальная оценка профпригодности) условия допуска к профессиональной деятельности врачей, получивших высшее медицинское образование в странах ближнего зарубежья.

Альберт ХИСАМОВ,
обозреватель «МГ».

НА СНИМКАХ: выступает Валерий Кубышкин; в зале заседаний (слева направо) Сергей Багненко, Александр Шулуто, Михаил Прудков; главный хирург Департамента здравоохранения правительства Москвы член-корреспондент РАМН Александр Ермолов (справа) и Михаил Кукош.

Фото автора.

Деловые встречи

Используя столичный опыт

Приморские онкологи приняли участие в XVII Российском онкологическом конгрессе в Москве. Результатами поездки они поделились с коллегами в рамках научно-практической конференции, состоявшейся в Приморском краевом онкологическом диспансере. Теперь в арсенале местных специалистов новый подход к лечению злокачественных опухолей, который в разы увеличит шансы на жизнь онкологических больных.

«Изданные материалы, рекомендации, которые мы привезли, обязательно будем использовать в работе, – говорит заместитель главного врача по медицинской части Приморского краевого онкологического диспансера Людмила Гурина. – Сегодняшняя конференция – это отчёт перед коллегами и обзор информации, полученной на конгрессе: новые подходы к лечению злокачественных опухолей, новое оборудование, которое мы можем внедрить.

Например, сейчас идёт активное обсуждение необходимости оснащения онкологического диспансера оборудованием для фотодинамической терапии. Этот метод хорошо себя зарекомендовал при лечении опухолей кожи, особенно на лице, в труднодоступных для хирургического вмешательства местах – в уголках глаз, на нижних веках, крыле носа. Он широко применяется коллегами в Обнинске, и на конгрессе они поделились просто фантастическими результатами этого вида терапии. Кроме того, фотодинамическая терапия используется при лечении опухолей мочевого

пузыря, предраковых хронических диспластических заболеваний и раке женских половых органов.

Также он используется во время больших операций. Допустим, когда мы удаляем опухоль толстой кишки, желудка или почки, то нередко остаются метастатические очаги, поражённые лимфатические узлы, и визуально они никак не определяются. А когда пациенту вводят внутривенно специальное вещество – тот самый фотосенсибилизатор, (который в опухолевых клетках избирательно накапливается), мы «светим» на эти клетки и видим, где эти очаги остались. Дополняем процедуру специальным лазерным облучением, и больные клетки погибают. Радикальность операции увеличивается, выживаемость пациентов, соответственно, тоже. Этот метод известен медицине уже давно, но мало использовался из-за технического несовершенства. Сейчас он активно внедряется: изобретается оборудование – лазеры, световоды, средства измерения мощности излучения, компьютерные программы и т.д. В России этим занимается Институт общей физики в Москве, а клинические учреждения и институты уже апробируют эти методы».

Сегодня в Приморском онкологическом диспансере уже создан кабинет фотодинамической терапии, где врач работает с опухолями кожи, но в планах – развиваться намного шире, чтобы лечить рак любой локализации, в сочетании с лучевой терапией и хирургией.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Профилактика

От насморка лечить – осторожным быть

Простуда, насморк, отравление, «скорая», стационар. В этой последовательной цепочке нет ни одного лишнего звена. Хотя, казалось бы, какая может быть взаимосвязь между хлюпающим носом и тяжёлой интоксикацией? Оказывается, самая прямая. Не первый год омские эпидемиологи наблюдают такую картину: как только наступают «сезон простуд» и заболеваемость ОРЗ растёт, начинается увеличиваться и количество отравлений, вызванных средствами от... насморка.

За последние 10 лет, как сообщила заведующая отделением социальной-гигиенического мониторинга Центра гигиены и эпидемиологии в Омской области Ирина Винокурова, в Прииртышье было зарегистрировано 653 случая отравлений сосудосуживающими препаратами и средствами от насморка. Это составляет 5% от общего количества отравлений лекарствами. Подавляющее большинство отравившихся – дети до 3 лет (68,2%), 10-я часть пострадавших – дети в возрасте до года.

Анализируя данные мониторинга, специалисты пришли к выводу, что в большинстве случаев травятся дошкольники, не посещающие детский сад. Они длительное время находятся дома и имеют доступ к лекарственным средствам. Однако ребёнок может отравиться не только по ошибке, взяв без разрешения, скажем, капли для носа. Нередко сами родители, занимаясь самолечением, закапывают ребёнку не по 1-2 капли в каждый носовой ход, а в 2-3 раза больше.

Известно, что к отравлению может привести увеличение терапевтической дозы лекарства в 3-4 раза, а доза в 10 мг нафтазина для годовалых и двухлетних детей является смертельной. Сосудосуживающие препараты, которые входят в состав капель от насморка, являются альфа-адреномиметиками и при попадании в организм маленького человека, у которого ещё не развиты адренорецепторы, проникают через гематоэнцефалический барьер и воздействуют на центральную нервную систему.

Однако отравление сосудосуживающими препаратами родители принимают за симптомы болезни и упорно продолжают капать лекарство в нос малышу, в то время как ему требуется немедленная помощь медиков и лечение в стационаре. Так что несерьёзный недуг, каким многие считают насморк, требует к себе очень серьёзного отношения.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.