

**В прошлом номере «МГ» мы начали рассказывать о том, как российские хирурги оценивают работу отечественной системы здравоохранения в условиях инфекционного неблагополучия. Большой разговор на эту тему состоялся в рамках очередного Съезда хирургов России. Органам управления здравоохранением будет полезно взять на вооружение оценки и предложения, высказанные «рядовыми медиками».**

### Цифры и факты не одно и то же

В своём сообщении на съезде, а затем и в беседе с корреспондентом «МГ» главный хирург и эндоскопист Министерства здравоохранения Тульской области, заместитель главного врача Тульской областной клинической больницы **Алексей НУЖДИХИН** рассказал, в каких разделах работы хирургической службы пандемия действительно повела себя не корректно, а в каких ни на что не повлияла.

– В непростой период инфекционной вспышки мы вошли с армией хирургов в 203 человека при имеющихся 326 штатных должностях. Число больных, пролеченных в общехирургических отделениях региона, в прошлом году сократилось в сравнении с 2019 г. на 3300 человек. Этому есть объективные и субъективные причины. К числу первых относится то, что в разгар пандемии на 1,5 месяца приказом Министерства здравоохранения области была приостановлена плановая госпитализация в отделения хирургического профиля, за исключением онкологии, поэтому мы оперировали только экстренных больных. А, кроме того, периодически то одно, то сразу несколько хирургических отделений закрывались на карантин.

Среди субъективных причин – страх возможного инфицирования в стационаре, который мешал людям обращаться к врачам, трудности с плановым дообследованьем в поликлинике, связанные с увеличившейся нагрузкой, а также необходимость для медицинских организаций согласовывать вынужденные коррективы в планах, противоэпидемические мероприятия, изменение маршрутизации с разными ведомствами – Минздравом, территориальным фондом ОМС, Роспотребнадзором и т.д. И если на первую группу причин почти невозможно влиять, то на вторую – необходимо, – считает главный специалист.

В цифрах результаты работы хирургической службы Тульской области в период пандемии выглядят так: план госзадания по региону выполнен на 87%. Количество плановых госпитализаций пациентов с хирургическими заболеваниями сократилось на 2,5 тыс. в сравнении с предыдущим годом. В то же время количество экстренных госпитализаций возросло до 63,8%. Летальность при разной острой абдоминальной патологии увеличилась по-разному: от сотых долей процента при аппендиците и холецистите до 2-5% при перфоративной язве, острым панкреатите, язве желудка и двенадцатиперстной кишки.

По его мнению, анализ этих данных не указывает на то, что пандемия навредила плановой медицинской помощи, но не оказала кардинального влияния на работу хирургической службы в части экстренной помощи. Даже почти двукратное увеличение доли экстренных госпитализаций в отделения хирургии (обычно их 38-40%) эксперт не связывает исключительно с тем, что в первую волну пандемии была приостановлена плановая госпитализация, и пациенты перешли в более тяжёлую категорию больных. На самом деле экстренная госпитализация стала просто-напросто одним из инструментов выполнения госзадания и получения финансирования.

– Давайте будем объективны: согласно распоряжению

Роспотребнадзора, результаты ПЦР-исследования на коронавирусную инфекцию должны быть получены не ранее, чем за 3 дня до плановой госпитализации, а по факту мощностей лабораторий не хватает, чтобы обеспечить это требование. В итоге человек не может сделать анализ в срок, потому что большая очередь. В этих условиях экстренная госпитализация оказалась способом «положить» пациента с хирургическим диагнозом в стационар и выполнить плановое лечение, не дожидаясь, пока он действительно перейдёт в

лечение, рано или поздно эта «оттяжка» во что-то должна реализовываться. Поэтому во вторую волну пандемии одним из приоритетов нашей работы было сохранение плановой госпитализации, – говорит А.Нуждихин.

Предвидя подобное развитие событий – увеличение количества запущенных случаев заболеваний – главный хирург уже сегодня внёс коррективы в Приказ Минздрава области о трёхуровневой системе оказания хирургической помощи в регионе. Так, поток пациентов с диагнозом «ЖКБ с механической

По его данным, в группе коморбидных пациентов с хирургической патологией и COVID-19 послеоперационная летальность в области составила 30,6%. Столь высокий показатель обусловлен исключительно патогенезом самой вирусной инфекции и её способностью вызывать осложнения со стороны разных систем и органов. Что касается собственно хирургической тактики, никаких изменений, которые способствовали бы ухудшению результатов лечения данной категории больных, предпринято не было.

лечь стационары для коморбидных пациентов, отвечающие указанному технологическому требованию. Разумеется, плечо доставки экстренных больных в такие стационары должно быть оптимальным. Если в компактной области это может быть один госпиталь, то в Красноярском крае с его огромной территорией, наверное, необходимо не меньше восьми подобных госпиталей.

### Не ждали. А должны были

Понятно, что пандемию не прогнозировали, к ней не готовились.

### Продолжаем разговор

# Что приобрели и что потеряли?



разряд экстренных больных, – поясняет А.Нуждихин.

Хорошо ли это? Такая оценка в принципе неуместна, потому что, действуя так, руководители учреждений и хирурги руководствовались не собственными интересами, а интересами своих коллективов, которым нужно платить зарплату, и больных, которых нужно лечить вовремя.

В целом эксперт не отмечает ни особого роста, ни снижения контрольных показателей. Впрочем, он признаётся, что будет интересно проанализировать статистику всех регионов, провести сравнения, поскольку даже в докладах на съезде звучали разные данные и разные выводы.

### Что в багаже?

Само по себе временное ограничение плановой медицинской помощи во время пандемии каким-то образом ещё отзовется в хирургии? Если да, то когда следует этого ожидать?

– Мы много говорили об этом на съезде. Отозваться, конечно, должно. Возможно, это будет в виде запущенных форм желчно-каменной болезни, панкреатита, грибки, заболеваний щитовидной железы. Пока мы негативной динамики не отмечаем, хотя мониторим ситуацию ежедневно. Но в недалёком будущем после пандемии – в течение года-двух, – скорее всего, увидим нежелательные изменения. Главные хирурги многих регионов, и я в том числе, с осторожностью и тревогой оцениваем перспективы приостановки планового лечения. Спонтанное выздоровление при хронической патологии не наступает, человек не может силой мысли заставить себя перестать болеть. И, если ему отказано в госпитализации на плановое хирургическое

желтухой», требующих экстренного хирургического вмешательства, переориентирован со стационаров первого уровня (районные больницы) в стационары более высокого уровня – второго (межмуниципальные больницы) и третьего (областные больницы). То же самое касается пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями: больные COVID-19 принимали антикоагулянты, поэтому прогнозируется рост количества случаев, когда потребуются помощь хирургов.

– Не дожидаясь этого, нужно заблаговременно пересмотреть маршрутизацию таких пациентов, перенаправив их поток из небольших больниц в крупные скорпомощные стационары. Что мы и сделали, благо площадь территории области и транспортная доступность выделенных лечебных учреждений позволяют принять такое организационно-логистическое решение, – продолжает он. А.Нуждихин считает, что было бы неплохо привлечь амбулаторно-поликлиническое звено к решению задачи по профилактике запущенности хирургических заболеваний и росту показаний к экстренной хирургии.

– На экстренность мы повлиять не в силах, пожалуй, только в случае с острым аппендицитом: развитие этого заболевания предвидеть и предупредить нельзя. Но все остальные из семи абдоминальных хирургических нозологий, имеющих острые жизнеугрожающие формы, предвидеть можем. Как? Своевременным диспансерным наблюдением и обследованием хронических больных с язвенной болезнью, ЖКБ, грыжей, хроническим панкреатитом, а также переболевших COVID-19. Задействовать скрининговые программы, анкетировать пациентов – это не очень сложно. Зато удастся избежать хирургической запущенности и неблагоприятных исходов в постковидном периоде, – продолжает главный хирург области.

### Опыт как страховка

Продолжая тему «чему нас научила пандемия, и как использовать новый опыт в будущем», руководитель тульской хирургической службы высказывает такое предложение: оптимальным вариантом для лечения пациентов с сочетанной патологией – коронавирусной инфекцией и хирургическим заболеванием – является организация или репрофилирование многопрофильного стационара с наличием специализированных операционных. Проработав несколько месяцев в «красной зоне», хирург А.Нуждихин не понаслышке знает, о чём говорит.

– Состояния, которые мы встречаем у таких пациентов, совершенно нехарактерны для обычного, «нековидного» времени: обширные гематомы мягких тканей и забрюшинного пространства, спондилодисциты, тромбозы артерий конечностей, причём, не только нижних, но и верхних, что в принципе крайне редко встречается в медицине. Поскольку коронавирус вызывает нарушения микроциркуляции, во время операций очень часто происходят тромбозы. В абдоминальной хирургии мы стали часто сталкиваться с несостоятельностью анастомозов, причём, не на седьмые сутки, как обычно, а в поздние сроки – на двадцатый, двадцать пятый день. Совершенно непонятное явление: почему регенерация тканей при COVID-19 так замедлена? Нам ещё только предстоит изучить данный феномен, – перечисляет А.Нуждихин.

При этом в применении современных технологий инфекция хирургов не ограничивала. Объём эндовидеохирургических операций не был сокращён в пользу открытых вмешательств, из-за чего объективно количество осложнений теоретически могло бы увеличиться.

– Я ученик профессора Вячеслава Сажина, и у меня тоже непримиримая позиция в отношении открытой хирургии: там, где можно делать операции лапароскопически, их надо делать лапароскопически. Поэтому во время пандемии мы продолжили оперировать малоинвазивно. Даже забрали из другой больницы в «ковидный» госпиталь вторую видеостойку на случай, если одна сломается, – признаётся он.

Так вот, специализированная операционная для лечения пациентов с хирургическим заболеванием и острой инфекцией – это, по его словам, операционная, где имеется весь набор тяжёлого оборудования: С-дуга, эндовидеохирургическая стойка, УЗИ-аппарат и т.д. Не всё это есть в районных больницах, да и не везде в городских стационарах можно встретить операционную такого уровня оснащённости. Между тем, как сказано выше, пациенты с хирургической и инфекционной коморбидностью очень часто демонстрируют такие интраоперационные и послеоперационные осложнения, с которыми без набора специального оборудования не справиться. Не говоря уже об инфаркте миокарда или инсульте, где ангиограф – предмет первой необходимости в операционной.

Таким образом, считает эксперт, в лечебной сети каждого субъекта РФ необходимо на случай инфекционных вспышек заведомо опреде-

И, естественно, она застала нас врасплох. Обидно, что некоторые из тех сложностей, с которыми столкнулась система здравоохранения в самом начале пандемии, стали следствием проблем, берущих начало в доковидных временах.

– Традиционно у нас две беды. Я имею в виду не те, о которых говорил классик литературы, рассуждая о России. В медицине это кадры и деньги. С началом вспышки COVID-19 оказалось, что в стране мало инфекционистов: в нашем регионе из всех, кто сегодня работает в «ковидных» госпиталях, всего 60 – собственно инфекционисты, а остальные – врачи, мобилизованные из других областей медицины. С другой стороны, трудно себе представить, чем бы занималась столь же большая армия инфекционистов в «мирное» время. Далее, мало анестезиологов. Когда многие из этих специалистов ушли в инфекционные клиники возникла острая нехватка анестезиологов. Особенно тяжко пришлось нашим коллегам в районных больницах, где из-за дефицита кадров в принципе нет взаимозаменяемости. Наконец, о том, что общих хирургов за 5 лет в стране стало меньше на 1,5 тыс., на съезде говорил академик РАН А.Ревишвили. Особенно это касается районных медицинских учреждений. Коллеги либо уходят в более технологичные и хорошо финансируемые области хирургии, либо вообще из профессии, – подчёркивает А.Нуждихин.

По словам главного хирурга области, кадровый вопрос актуален в хирургической службе вообще, но наиболее остро он стоит в сельском здравоохранении. Так не правильнее ли установить специалисту более высокую зарплату, обеспечить комфортные условия для работы и повышения квалификации, возможность профессионального роста, как альтернативу ситуации, когда человек за «земский миллион» отработал от звонка до звонка и уехал, а его рабочее место снова оголилось?

– Я думаю, многие субъекты РФ в состоянии платить врачам, работающим в районных больницах, хотя бы на 20 тыс. больше, чем им платят сегодня. Кое-где это уже начинает делаться. Глядишь, к следующей инфекционной вспышке мы подойдём уже с другим кадровым потенциалом, – говорит в завершение А.Нуждихин.