

**В Москве завершили работу I Национальный хирургический конгресс и XX съезд Общества эндоскопических хирургов России (далее – конгресс. – авт.). Оба события проходили в одно время и в одном месте не случайно: форум органично объединил хирургов разных специальностей, поскольку малоинвазивные и эндоскопические технологии уверенно и по всем фронтам теснят «открытую» хирургию. Ведь не зря, как упомянул президент Российского общества эндоскопических хирургов, доктор медицинских наук, профессор Сергей Емельянов, в Европе внедрение эндовидеохирургических технологий называли второй французской революцией за то, как бурно они входили в жизнь операционных.**

### Время не ждёт

Научно-клиническая программа 4-дневного конгресса была насыщенной настолько, чтобы удовлетворить профессиональные интересы специалистов из разных областей хирургии. Кроме пленарных заседаний, в ходе которых с лекциями выступали академики, члены-корреспонденты РАН и ведущие хирурги страны, шла работа в секциях, проводились мастер-классы, видеотрансляции из операционных, «круглые столы» и согласительные конференции по обсуждению текстов национальных клинических рекомендаций.

Открывая работу конгресса, президент Российского общества хирургов академик РАН Игорь Затевахин подчеркнул: «Решение проводить не только съезды, но и национальный хирургический конгресс обусловлено требованием времени: при таком быстром появлении новых научных знаний и таком стремительном развитии медицинских технологий мы просто обязаны своевременно с ними знакомиться».

Ещё перед началом конгресса, отвечая на вопрос корреспондента «МГ», генеральный секретарь РОХ, доктор медицинских наук, профессор Андрей Фёдоров сказал: «Основная задача данного форума – образовательная и обучающая. Практическая составляющая касается новых хирургических технологий, а теоретическая – системы непрерывного медицинского образования, в сути и нюансах которой ещё не все до конца разобрались». И он оказался прав: подробное сообщение профессора Фёдорова о системе НМО и аккредитации хирургов вызвало весьма эмоциональный отклик зала. Участники конгресса спрашивали, в частности, предусмотрено ли финансовое обеспечение НМО для хирургов, которые работают в глубинке: кто и из каких источников должен оплачивать их поездки на научно-практические конференции и на учёбу в медицинские вузы, что отныне является обязательным требованием к врачу со стороны системы непрерывного медицинского образования?

### Оптимизация ради чего?..

Вообще, говоря о прошедшем конгрессе в целом, хотелось бы сосредоточиться на научно-клинической, а именно на «деловой» части программы. Тем более что прозвучавшая здесь информация о проблемах и новых задачах в организации оказания хирургической помощи, её финансировании и оценке качества, профессиональной подготовке врачей касается хирургов всех специальностей.

А задал тон этому серьёзному разговору депутат Государственной думы РФ, академик РАН Николай Герасименко: «Больницы аккредитованы, зарплату зачастую задерживают, сокращают ставки, идёт оптимизация и реоргани-

зация: в маломощных больницах хирургические отделения закрываются. А с другой стороны, нехватка хирургов, чтобы выполнить порядки и стандарты оказания хирургической помощи». По словам депутата Госдумы, в системе здравоохранения страны проведена за последние 5 лет очень большая оптимизация, и прежде всего сокращали хирургическую помощь.

частности, снижение профессиональных компетенций и навыков специалистов, «бесправность» кафедральных коллективов и тот факт, что в настоящее время 30% хирургических вмешательств проводится пациентам нетрудоспособного, старшего возраста.

– Естественнo, если не происходит регулярная плановая санация пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, это

хирургов только по согласованию с главным хирургом Минздрава России и президиумом профильной комиссии Минздрава России по хирургии. Такое согласование позволит нам выйти на уровень взаимопонимания с главными специалистами регионов. Для чего это нужно? Есть разные причины. Например, почему мы сегодня не получаем некоторые данные статистической отчётно-

каждый регион может себе это позволить, финансовые возможности принципиально разные. Где выход из данной ситуации? Как главный врач я понимаю: если сегодня не решу эту задачу, с меня же завтра и спросят, почему у тебя нет такого-то оборудования, прописанного в НКР? И чтобы гарантировать высокий уровень медицинской помощи пациентам и обеспечить юридическую за-

### Деловые встречи

# Хирургия без хирургов — это страна без армии

## Что происходит на «фронтах» и «флангах» нашей важнейшей службы?



**Цвет российской хирургии (слева направо): профессор А. Фёдоров, академики РАН И. Затевахин, А. Покровский, Ю. Белов, А. Кириенко, А. Ермолов**

– Очень сложно говорить об организации хирургической помощи в принципе, не зная, что творится с неотложной помощью. Я думаю, конгрессу необходимо принять решение и записать это в резолюции: восстановить отчётность по неотложной хирургической помощи, – рекомендовал Н. Герасименко коллегам.

Итоговую информацию о работе хирургической службы здравоохранения страны в 2016 г. представил бывший главный хирург Минздрава России академик РАН Валерий Кубышкин. По его словам, в целом стационары достаточно убедительно оснащены высокотехнологичным оборудованием: томографами, С-дугами. Ангиографические установки тоже есть, но их, безусловно, маловато. – Отрадное обстоятельство, что, несмотря на реформы и многочисленные организационные трудности, которые испытывают хирурги в наши дни, за 5 лет практически на четверть удалось увеличить объём оперативных вмешательств. Если в 2012 г. в стране было проведено 1 млн 200 тыс. хирургических вмешательств, то в 2016 г. уже 1 млн 600 тыс., – подчеркнул академик Кубышкин.

Наибольшую тревогу, по его мнению, должны вызывать следующие данные: за последние 4-5 лет в стране на треть сократилось число хирургов (не ставок, а физических лиц. – авт.), а работающие хирурги вынуждены нести полторы-две нагрузки.

– Здесь нужны масштабные стратегические решения, потому что в данной тенденции заложена мина большой мощности. Хирургия без хирургов – это страна без армии, – метко выразился Валерий Алексеевич.

В числе наиболее остро стоящих проблем российской хирургии академик В. Кубышкин отметил, в

будет стремительно вести к росту показателя послеоперационной летальности, потому что большое количество в стационаре в остром состоянии. А предпосылкой к этому является то, что мы сейчас в какой-то мере «обкрадываем» центральные районные больницы, создавая межрайонные центры экстренной хирургической помощи. Отчасти это объективно и целесообразно. Но в то же время из-за этого происходит снижение потенциала большинства районных больниц, – резюмировал В. Кубышкин.

### Вертикаль возможна

Буквально накануне конгресса вышел приказ Министерства здравоохранения РФ о назначении нового главного хирурга. Им стал директор Института хирургии им. А.В. Вишневского Минздрава России академик РАН Миран Ревизишвили. В перерыве конгресса Миран Шотаевич ответил на вопросы корреспондента «МГ». Он назвал главными современными проблемами хирургического отрасли техническое обеспечение и кадровый вопрос, а именно – необходимость в притоке молодых специалистов.

Что касается эффективной вертикали управления в хирургии: возможно ли её выстроить, учитывая, что и финансовую, и организационную политику в здравоохранении регионов с определённых пор и на законных основаниях выстраивают власти субъектов РФ, в компетенцию которых это входит? В силах ли что-то сделать главный хирург страны в данных обстоятельствах? Вот что сказал по этому поводу А. Ревизишвили:

– Я буду настаивать перед Министерством здравоохранения РФ на том, чтобы территории назначали главных специалистов-

сти? Потому что работа главных хирургов в регионах ведётся на общественных началах, а значит, фактически ни к чему их не обязывает, заинтересованности нет. Но мы, безусловно, хотим наладить получение статистической отчётности, причём в идеале это должны быть не простые статформы, а регистр, в который поступает информация о каждом случае заболевания по определённым направлениям хирургии. Данные сведения заносятся в специальную программу, откуда попадают на общий сервер, и мы можем их объективно проанализировать как по отдельным субъектам РФ, так и в масштабах страны. Да, это гигантский объём информации, предусматривающий большую работу, но во всех ведущих странах мира такие регистры существуют. За работу с ними специалисты получают дополнительное вознаграждение, поэтому они заинтересованы в предоставлении сведений.

Кроме того, по словам академика А. Ревизишвили, сейчас прорабатывается вопрос о создании единой телемедицинской сети, которая соединит Институт хирургии им. А.В. Вишневского с регионами. Это обеспечит возможность быстрой видеосвязи главных специалистов субъектов РФ с главным хирургом страны и наоборот – возможность для него связаться с каждым из них, передать или получить необходимую информацию, провести селекторное совещание. Канал видеосвязи позволит также специалистам Института хирургии проводить для коллег из регионов обучающие лекционные занятия, демонстрировать показательные операции.

Тот же вопрос – а нужна и возможна ли в существующих условиях вертикаль управляемости хирургической службы страны, учитывая, что здравоохранение является сферой полномочий региональных властей – был задан главному хирургу Сибирского федерального округа, главному врачу Новосибирской областной клинической больницы Анатолию Юданову.

– Однозначно нужна, и, может быть, сегодня такая вертикаль управления необходима как никогда. За счёт чего её можно выстроить? Понятно, что финансово руководить регионами ни Российское общество хирургов, ни главный хирург Минздрава России не могут. Но один из инструментов этой управляемости – создание и утверждение национальных клинических рекомендаций, то есть выработка единых методологических подходов. Да, НКР подразумевают определённый стандарт технической оснащённости лечебных учреждений. Не

циту врачей, я должен прилагать усилия, убеждать региональные власти в том, что техническая оснащённость клиники обязана соответствовать современным требованиям.

### Жажда общения и справедливости

Пример искусства дипломатии в исполнении российских хирургов – резолюция, которая была принята на заключительном заседании конгресса и направлена в Министерство здравоохранения РФ. Среди прочих предложений участники форума считают необходимым просить соответствующие структуры Минздрава России и Росстата, занимающиеся статистической отчётностью, восстановить учёт показателей экстренной хирургической помощи по основным 7 нозологиям. Хирурги ходатайствуют перед Минздравом России о рецензировании вновь разрабатываемых медицинских законопроектов профессиональными медицинскими сообществами. При оценке качества и безопасности оказания хирургической помощи населению страны следует руководствоваться существующими национальными клиническими рекомендациями, на этом настаивает профессиональное сообщество.

Важным результатом конгресса стало обсуждение проектов новых национальных клинических рекомендаций. Все замечания и предложения высказаны и учтены. Предполагается, что в окончательной редакции эти документы появятся уже в течение ближайших месяцев.

По завершении конгресса генеральный секретарь Российского общества хирургов А. Фёдоров охарактеризовал его как событие экстраординарное:

– За более чем столетнюю историю хирургических форумов такого ещё не было: в работе конгресса приняли участие более 4200 человек. Вне сомнений, у коллег появился интерес к новым знаниям, желание увидеть новые технологии, профессионально расти. Планируя это событие, мы учли запросы хирургов, пожалуй, всех специальностей и организовали работу 64 тематических секций, на которых выступили 500 докладчиков.

Общение решено сделать более регулярным: Национальный хирургический конгресс планируется проводить раз в 2 года между съездами хирургов России, которые проходят каждые 4 года.

**Елена БУШ,**  
обозреватель «МГ».

**Фото**  
**Александра ХУДАСОВА.**