

Фраза «безопасность в хирургии» допускает двойное толкование. С одной стороны, это может означать необходимость применения таких медицинских технологий, которые обеспечивают безопасность пациента во время и после хирургического вмешательства. С другой – это может быть правовая безопасность самого хирурга, который каждый раз, заходя в операционную, испытывает судьбу: он всегда ставит цель помочь больному, но не всегда она оказывается достижима.

Так что же имели в виду организаторы Первого съезда хирургов Центрального федерального округа, включая эту неоднозначную фразу в названии форума «Организация оказания неотложной хирургической помощи в ЦФО. Безопасность в хирургии»? С этого вопроса мы начали разговор с главным хирургом Центрального федерального округа, доктором медицинских наук, профессором Вячеславом САЖИНЫМ.

– Вячеслав Петрович, что подтолкнуло сделать акцент на безопасности хирургии, какие-то реальные обстоятельства?

– По моему убеждению, «хирургия» и «безопасность» – взаимосвязанные понятия. Хирургия не должна быть опасной ни с какой стороны: ни с качественной, как вид медицинской помощи пациенту, ни с юридической, как род деятельности врача. На съезде мы рассматривали этот вопрос системно, заботясь и об интересах пациента, и об интересах хирурга, его правовой защите. К сожалению, до недавнего времени данной теме не уделялось должного внимания.

– Съезд был посвящён в большей мере неотложной хирургии, а там риски растут объективно, не правда ли? Недаром на Национальном хирургическом конгрессе академик В.Кубышкин заострил внимание на растущем дисбалансе между объёмами плановой и экстренной хирургической помощи.

– Эту тенденцию мы увидели после того, как была введена новая система мониторинга и отчётности. Если в 2014 г. рост экстренной хирургической помощи отмечался в рамках статистической погрешности, то в 2015 г. он произошёл на 15%, а в 2016 г. – уже на 48%. И так по всей стране. К примеру, в ЦФО в 2011 г. экстренных больных было около 260 тыс. человек, а в 2016 г. – почти 500 тыс., увеличение почти на 50%.

– Объяснение этому есть?

– На категоричность утверждения мы не претендуем, но можно предположить, что такая динамика цифр связана с оптимизацией лечебной сети. Если количество хирургических коек сократилось, то, естественно, возникла проблема с госпитализацией плановых больных, поскольку все койки занимают в основном экстренные больные, их мы в любом случае обязаны принять и положить. В итоге – это тоже лишь предположение – могло случиться так, что врачи поликлиник из лучших побуждений, стремясь помочь пациентам, стали направлять в стационар плановых больных, как экстренных. И если данное

меру, при паховых грыжах, на венах и т.д.

Это, кстати, не новая идея, она уже проверена опытом: с конца 1990 по 2007 г. стационарозамещающие формы организации медицинской помощи активно практиковались, но потом потихоньку стали забываться. И сегодня, когда речь зашла об оптимизации коечного фонда, все почему-то поняли оптимизацию как категорическое сокращение коек, хотя на самом деле их про-

не все больницы успели обучить своих хирургов. Там, где главные врачи и хирурги этим вопросом заинтересовались, дело идёт хорошо. А там, где интереса к обучению нет, оборудование стоит, и на него лишь периодически поглядывают...

– И это тоже своего рода иллюстрация к теме безопасности хирургии и хирурга... Хотя, наверное, заставить врача обучаться новым хирургическим технологиям нельзя?

хирургов не хватает. Поэтому были определены межрайонные больницы, куда по санавиации доставляют пациентов из разных районов.

По большому счёту, завидовать тут особо некому, разве что Москве и Московской области в отношении финансирования, регулярного стабильного обеспечения расходными материалами, выделения денег на покупку сложного оборудования. В остальных регионах финансирование, конечно,

Авторитетное мнение

«Центральная» хирургия и оптимизация лечебной сети

Чем ближе к столице, тем легче жизнь хирургической службы. Правда ли это?



предположение верно, то цифра, показывающая долю экстренных хирургических больных, выросла искусственно.

С другой стороны, сокращение коек на объёмах оказываемой хирургической помощи никак не сказалось. Количество пролеченных больных и качественные показатели из года в год одни и те же. Во всяком случае, в ЦФО они одинаковые.

– Означает ли это, что к процессу «оптимизации» коечного фонда претензий нет?

– Можно было хирургические койки не сокращать, а разделить на круглосуточный стационар и дневной, амбулаторную хирургию. Тогда плановые больные могли бы спокойно лечиться на «дневных» койках, а в отделениях амбулаторной хирургии можно было бы выполнять некоторые оперативные вмешательства стационарного уровня, к при-

сто можно было начать использовать более рационально. Тем более что страховая медицина нам позволяет иметь амбулаторную, круглосуточную и стационарозамещающую службы.

Правда, некоторые участники съезда говорили, что стационарозамещающая помощь в финансовом плане невыгодна главным врачам.

– Тарифы ниже?

– Не только. Оказывается, в разных регионах страховые компании по-разному этот вид деятельности оплачивают. Поэтому не могу сказать, что в центральной России стационарозамещающие технологии уже внедрили повсеместно.

– Что касается собственно неотложной хирургии, какие успехи и проблемы в этом плане есть?

– В последние 2 года стали очень активно выполняться лапароскопические операции и диагностика. В целом по ЦФО доля таких вмешательств выросла с 19 до 63%. Правда, в большей степени в плановой хирургии, чем в экстренной. Хотя в Москве и Подмосковье хороший шаг сделали и в направлении экстренной лапароскопии тоже.

– Как вы думаете, Вячеслав Петрович, что мешает хирургам более активно выполнять лапароскопию в экстренных ситуациях? Страх?

– Отчасти – да. Некоторая неуверенность в том, что, если работаешь в одиночку, операция может не получиться. И потом, в период модернизации здравоохранения приобрели много видеозондоскопических стоек, но

– Заставить нельзя, но можно его заинтересовать и стимулировать. Именно с этой целью мы в программе съезда значительную часть времени отвели теме «обучение». Организовали прямые видеотрансляции из операционных Рязанской областной больницы и больниц скорой помощи, показавшие почти все виды малоинвазивных операций, в том числе лапароскопическую аппендэктомию, которая для многих пока является камнем преткновения.

Чтобы заинтересовать коллег, провели даже тренинг по лапароскопии на животных. Причём для начинающих и для опытных хирургов были программы разной степени сложности. Надеюсь, это даст толчок к развитию малоинвазивной хирургии.

– В отличие от регионов Урала, Сибири и Дальнего Востока центральные регионы страны в основном имеют компактные территории, достаточно хорошую сеть внутри- и межобластных автодорог. Данные преимущества каким-то образом влияют на работу хирургической службы «центра», облегчают её?

– В Центральном федеральном округе очень разноплановая хирургия, причём она в основном «сельская», если можно такое определение использовать. Соотношение приблизительно таково: 280 совсем маленьких больниц для оказания медицинской помощи 1-го уровня, 75 больниц 2-го уровня и только 25 стационаров в крупных городах – это учреждения 3-го уровня. В Костромской области, например, процентов 50 хирургических отделений относятся к 1-му уровню, и там

тоже стабильное, но оно ниже, чем в этих двух территориях.

– Как вы полагаете, это нормально, когда каждый субъект РФ создаёт собственную модель организации хирургической службы, исходя из имеющихся у него ресурсов? Или вы за то, чтобы в стране была единая унифицированная модель?

– В целом я считаю оптимальной многоуровневую систему оказания медицинской помощи, но её необходимо адаптировать под условия и особенности конкретного региона. По-другому не выйдет. К примеру, в Тульской области эта система двухуровневая, потому что там доля сельского здравоохранения меньше. Такова особенность данной территории, и в этом её отличие, скажем, от Воронежской области, где логичнее трёхуровневая система хирургической помощи.

Вообще, целесообразность и эффективность многоуровневой модели надо более глубоко исследовать, окончательные выводы пока делать нельзя. Об этом, кстати, шла речь на съезде: есть необходимость изучить положение дел в хирургической службе страны не по цифрам статистики «на круг», а локально, на местах. Но уже сегодня однозначно можно говорить о том, что для развития хирургической службы нужно хорошее финансирование, надо обучать хирургов и стремиться к созданию условий для оказания доступной круглосуточной хирургической помощи населению.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

События

В Москве прошла II Всероссийская научно-практическая конференция «Новые технологии диагностики наследственных болезней», организованная Рос-сийским обществом медицинских генетиков и Медико-генетическим научным центром при поддержке Минздрава России.

В её рамках состоялся семинар, посвящённый новым технологиям пренатального скрининга и преимплантационной диагностики.

Ведущие специалисты обсудили инновационные методы диагностики хромосомных аномалий плода на ранних сроках беременности и возможные изменения структуры стандартного скрининга первого триместра беременности. Говорили о важности прекоцепционного скрининга, позволяющего оценить

Генетики внедряют новые технологии

риски рождения в семьях детей с наследственным заболеванием. А также о необходимости проведения преимплантационной диагностики генетических аномалий эмбрионов во время цикла ЭКО.

По оценке главного специалиста Минздрава России по медицинской генетике С.Куцева, ежегодно в стране рождаются около 18 тыс. детей с наследственной патологией. Поэтому широкое внедрение в медицинскую практику современных подходов к профилактике наследственных заболеваний позволит существенно снизить риски рождения детей с наследственной патологией и повысить эффективность системы здравоохранения в целом.

На семинаре шла речь о том, что сейчас есть возможность проведения неинвазивного пренатального исследования ДНК плода по крови беременной женщины. Исследования позволяют с точностью 99,9% с 10-й недели беременности выявить синдром Дауна, а также детектировать такие хромосомные аномалии, как синдромы Эдвардса, Патау, Шерешевского – Тернера и др. Раньше образцы ДНК для проведения такого исследования отправлялись в США. С 2017 его полный цикл проводится в Москве. Открытие такой лаборатории в России позволило значительно сократить сроки исследования и сделать его финансово доступным

большому количеству женщин, ожидающих ребёнка.

Сегодня стандартом здравоохранения России и других стран является пренатальный скрининг первого триместра беременности, основанный на оценке возраста матери, ультразвуковых и биохимических показателях. По мнению многих специалистов, новый безопасный скрининг со временем вытеснит менее эффективные методики из стандартного скрининга первого триместра беременности.

Член-корреспондент РАН В.Баранов отметил, что «метод неинвазивного пренатального исследования должен быть и обязательно будет внедрён в широкую медицинскую практику».

В рамках семинара несколько докладов было посвящено преимплантационной генетической диагностике эмбрионов во время процедуры ЭКО. Большинство специалистов сходятся во мнении, что она должна применяться в каждом цикле ЭКО.

Метод помогает повысить эффективность процедуры и значительно снизить количество репродуктивных потерь. Решить эту проблему можно, если её включить в базовую программу ОМС.

Елена ЛЬВОВА,

МИА Сити!

Москва.