

Хирургическая помощь в Украине: на пути к европейским стандартам

При подготовке первого выпуска тематического номера «Хирургия, ортопедия, травматология» мы встретились с главным хирургом Министерства здравоохранения Украины, чтобы узнать, чем живет сегодня отечественная хирургия. Член-корреспондент АМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Петр Дмитриевич Фомин любезно согласился ответить на вопросы нашего журналиста и рассказать о наиболее значимых проблемах и достижениях отрасли, о задачах на ближайшее будущее.

— Петр Дмитриевич, хотелось бы в первую очередь определиться с тем, что сегодня понимают под термином «общая хирургия»?

— В настоящее время хирургия представляет собой очень большую и разноплановую отрасль медицинской науки и системы здравоохранения. В связи с чрезвычайно интенсивными темпами развития медицинских технологий, созданием нового оборудования и внедрением их в практическую медицину произошло разделение общего хирургического блока на множество узких специальностей.

В европейских странах и в Украине пока нет единого определения специальности «общая хирургия», как и перечня манипуляций и оперативных вмешательств, которыми должен владеть и выполнять общий хирург. В разных странах Европы круг обязанностей и полномочий общего хирурга существенно отличается. Чаще всего в этот перечень включены оперативные вмешательства на органах брюшной полости (желудке, печени, кишечнике), а также слюнных желез, коже, некоторых артериях и венах. Операции на головном мозге, сердце, легких, органе зрения, почках, органах репродуктивной системы и других выполняют, как правило, узкоспециализированные хирурги (нейрохирурги, кардиохирурги и т.д.).

В европейских странах все хирурги после окончания медицинской школы проходят 2-5-летнюю подготовку по общей хирургии, после которой могут практиковать как общие хирурги или же продолжить обучение еще в течение 3-5 лет по отдельным направлениям хирургии и стать узкоспециализированными хирургами.

Таким образом, в европейских странах под понятием «общая хирургия» сегодня подразумевают преимущественно абдоминальную (висцеральную) хирургию, а также базовую подготовку, необходимую для дальнейшего обучения специалистов в более узких направлениях хирургии.

Аналогичный подход к определению общей хирургии внедряется и в нашей стране. В настоящее время разрабатываются новые квалификационные характеристики для общих хирургов, перечень и объемы оперативных вмешательств, которые они могут выполнять. Следует отметить, что внедрение более продолжительной (3-летней) интернатуры по хирургии в нашей стране дало возможность несколько расширить диапазон оперативных вмешательств и процедур, выполняемых общими хирургами.

— Как сегодня организована система оказания хирургической помощи в Украине и какие проблемы требуют наиболее пристального внимания?

— В нашей стране хирургическая помощь населению реализуется на трех уровнях — амбулаторном, госпитальном (плановая, или элективная, и экстренная хирургия) и специализированном. В странах Западной Европы и США, где хорошо развита система медицинского страхования, плановая хирургия преобладает над экстренной. Если диагноз, установленный пациенту, предполагает оперативное лечение, оно в большинстве случаев проводится в плановом порядке. В Украине в связи с практическим отсутствием системы медицинского

страхования, которая была бы ориентирована на профилактическую медицину и заинтересована в сокращении расходов на лечение осложнений хронических заболеваний, говорить о плановом хирургическом оздоровлении населения не приходится. Таким образом, из-за особенностей финансирования отечественной системы здравоохранения, индивидуальных финансовых проблем, негативного отношения к оперативным вмешательствам украинские пациенты редко соглашаются на плановые операции. Так, в настоящее время на диспансерном учете находится почти миллион больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ). Диспансерное наблюдение предполагает периодическое обследование пациентов с хроническими заболеваниями и проведение профилактики обострений. Однако консервативные методы лечения при ЖКБ малоэффективны и не позволяют избавиться от камней в желчном пузыре. Частые обострения, потеря эвакуаторной способности желчного пузыря при ЖКБ являются показаниями к проведению холецистэктомии. Такие пациенты должны быть прооперированы в плановом порядке, что, к сожалению, нечасто происходит в нашей стране.

Серьезные проблемы имеются и с оказанием экстренной хирургической помощи. За год только в лечебных учреждениях, подчиненных МЗ Украины, выполняется приблизительно 2,5 млн операций, 13% из которых — на органах брюшной полости. Из них около 60-70% приходится на urgentные абдоминальные операции, выполняемые на вторичном уровне оказания хирургической помощи — в районных больницах. Проблема заключается в том, что более чем в половине этих районных больниц с хирургическими отделениями на 30-40 коек отсутствуют палаты реанимации и интенсивной терапии с круглосуточным дежурством реаниматолога-анестезиолога и соответствующим оснащением.

Нерешенным также остается вопрос своевременной госпитализации больных с острой хирургической патологией. Как минимум в четверти случаев мы вынуждены констатировать позднюю госпитализацию (спустя 24 ч от начала появления первых симптомов заболевания).

Еще одной проблемой является длительное пребывание пациентов в стационаре после оперативных вмешательств. Так, средняя продолжительность пребывания в хирургических стационарах г. Киева после холецистэктомии составляет 7,6 сут (минимальный показатель по Украине), а в Николаевской области — 12 дней. Средний показатель длительности пребывания пациентов на хирургической койке по Украине — 9,83 сут. Столь длительный период госпитализации не только требует значительных финансовых затрат, но и существенно повышает риск развития нозокомиальных инфекций. Для сравнения в странах Европы длительность пребывания пациента в хирургическом стационаре после операций на желчевыводящих путях составляет максимум 5-6 дней, а в случае лапароскопических вмешательств — всего 1-2 дня. Это возможно благодаря хорошо развитой системе семейной медицины и преемственности на различных этапах

оказания медицинской помощи. После непродолжительной госпитализации пациент, перенесший оперативное вмешательство, продолжает лечение в амбулаторных условиях под наблюдением семейного врача.

Необходимо обратить внимание на такую проблему, в последние годы приобретающую в нашей стране большие масштабы, как формирование средствами массовой информации негативного образа врача, в том числе хирурга, следовательно, и неадекватно критическое отношение населения к врачебной деятельности. С точки зрения журналистов, в любом случае неудачного лечения пациента виноваты только врачи и несовершенная система отечественного здравоохранения. Такая политика СМИ приводит к тому, что больные боятся лечиться в государственных лечебных учреждениях и несвоевременно обращаются за медицинской помощью. Было бы правильным при публикации того или иного материала по проблемам в отрасли здравоохранения учитывать мнение людей, которые принимали непосредственное участие в лечении пациента, согласовывать медицинскую терминологию и т.д.

Еще одной неразрешенной проблемой является несовершенное законодательство, регулирующее сферу здравоохранения в нашей стране. При этом защита прав пациента развита достаточно хорошо, в то время как врач остается практически беззащитным перед законом.

Несовершенными являются приказы непосредственно МЗ Украины, в частности регламентирующие перечень манипуляций, разрешенных для проведения теми или иными специалистами. Например, катетеризацию мочевого пузыря может проводить только уролог, плевральную пункцию — только торакальный хирург. Нередки случаи, когда нет возможности пригласить на консультацию узких специалистов (например, в небольшой районной больнице), и общему хирургу приходится проводить данные манипуляции самостоятельно, в том числе и по жизненным показаниям. Такие действия, выполненные в интересах здоровья пациента, могут обернуться для хирурга серьезными неприятностями. Чтобы защитить врачей, следует утвердить перечень манипуляций, которые находятся на стыке смежных хирургических специальностей и которые смогут выполнять и общие хирурги. Для этого необходимо создать на уровне МЗ так называемый единый хирургический блок (под руководством главного хирурга), задачей которого будет координация работы хирургов всех специальностей.

Определенные трудности в работе учреждений здравоохранения создает система местного самоуправления, которая не позволяет рационально распределять имеющиеся ресурсы и обеспечивать эффективную организацию системы оказания хирургической помощи населению. Между лечебными учреждениями районного, городского, областного уровней, финансирование которых происходит из различных бюджетов, нередко нет преемственности, то есть сложно перевести больного из одного учреждения в другое, направить на обследование и т.д. Всем известно, что в нашей стране финансирование лечебных учреждений происходит



П.Д. Фомин

в расчете на количество не пролеченных пациентов, а коек. В ряде регионов наличие хирургических коек сегодня превышает реальную потребность в них. Чтобы заполнить их, приходится госпитализировать больных, которые могли бы пройти лечение в амбулаторных условиях. А ведь стационарное лечение требует более существенных затрат, чем амбулаторное. Налицо нерациональное распределение выделяемых государством средств.

Приведу несколько примеров. В ряде районных больниц на 250 коек приходится приблизительно 30 коек хирургического профиля, среди которых могут быть 2-3 койки офтальмологические, 2-3 — урологические и т.д. Наблюдение этих пациентов осуществляет, как правило, уролог (офтальмолог и др. узкоспециализированные врачи хирургического профиля) районной поликлиники. На эти койки госпитализируют пациентов с такими заболеваниями, как конъюнктивиты, почечная колика, водянка яичек. Большинство этих больных могли бы проходить лечение в амбулаторных условиях, а с ведением остальных нуждающихся в госпитализации мог бы справиться общий хирург.

Более очевидным становится нерациональное распределение ресурсов, когда в районной или городской больнице выделено и финансируется 3-5 узкоспециализированных хирургических коек (например, урологических), а в расположенной в том же городе областной больнице имеется урологическое отделение на 40 коек, значительно лучше оснащенное. Есть районы, в которых, помимо центральной районной больницы с 30-40 койками хирургического профиля, есть и другие районные больницы, в которых также может быть выделено 10 хирургических коек. Экономически более целесообразно было бы сократить койки в районной больнице и добавить их в состав центральной районной больницы, увеличив при этом за счет сэкономленных средств количество санитарного транспорта, лечебно-диагностического оборудования и, соответственно, расширив диапазон оперативных вмешательств по сравнению с маленькими отделениями хирургического профиля.

— Какова хирургическая активность в нашей стране в целом и при отдельных нозологиях и какие показатели своевременности госпитализации и послеоперационной летальности?

— Общее количество хирургических вмешательств в 2008 г. достигло 2,49 млн. Начиная с 2000 г. мы регистрируем неуклонное увеличение оперативной активности. В 2008 г. по сравнению с 2000 г. она увеличилась на 9% (с 494 до 538 операций на 10 тыс. населения). При этом отмечается тенденция к снижению уровня послеоперационной летальности (ПОЛ). Так, в 2000 г. этот показатель составил 0,76%, в 2007 г. — 0,62%, в 2008 г. — 0,59%. Таким образом, по сравнению с 2000 г. в 2008-м уровень

Продолжение на стр. 4.

Хирургическая помощь в Украине: на пути к европейским стандартам

Продолжение. Начало на стр. 3.

ПОЛ снизился на 22,4%. К сожалению, в некоторых областях восточной Украины этот показатель в настоящее время все еще превышает 0,7%.

В 2008 г. выполнено 423 тыс. операций на органах брюшной полости с показателем ПОЛ — 1,68%. Количество операций на органах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в 2008 г. составило 72,3 на 10 тыс., что незначительно больше, чем в 2000 г. (69,7 на 10 тыс.). Средний уровень ПОЛ при хирургических вмешательствах на органах ЖКТ снизился с 2,7% в 2000 г. до 2,07% в 2008 г. (на 22,5%).

Более чем в два раза снизилась ПОЛ при операциях на пищеводе (с 5,92% в 2000 г. до 2,82% в 2008 г.), при том что их абсолютное количество увеличилось на 75%.

Абсолютное количество операций по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки за последние 8 лет снизилось почти вдвое, а плановых операций — в 3 раза; ПОЛ при этих операциях остается стабильной — 3,7% и 1,8% соответственно. В 2008 г. отмечается резкое увеличение удельного веса urgentных операций при язвенной болезни. Если в предыдущие годы относительное количество плановых операций при язвенной болезни превышало 20%, то в 2008-м этот показатель снизился до 11,8%.

С 2000 по 2008 год количество операций по поводу ЖКБ увеличилось с 4,69 до 6,69 (на 42,6%), хронического холецистита с 4,97 до 6,86 случая на 10 тыс. (на 38%). Следует отметить существенное снижение уровня ПОЛ при этих операциях. ПОЛ при хирургических вмешательствах по поводу ЖКБ и хронического холецистита снизилась в 2,5 раза (с 0,61% до 0,25% и с 0,69% до 0,27% соответственно). Минимальная ПОЛ при ЖКБ и хроническом холецистите регистрируется в г. Севастополе и Кировоградской области (0%), максимальная — в Крыму (0,76% и 0,76%) и Харьковской области (1,01% и 0,96% соответственно).

С 2000 по 2008-й год на 56% увеличилось количество операций, выполняемых на желчевыводящих путях (с 0,57 до 0,89 на 10 тыс.), а ПОЛ при этом снизилась с 2,86% до 2,1%.

Количество операций на поджелудочной железе увеличилось на 49% (с 0,72 до 1,07 на 10 тыс.), в том числе при хроническом панкреатите — на 81% (с 0,09 до 0,17 на 10 тыс.), ПОЛ уменьшилась с 17,1% до 11,5% (от 2,6% в г. Севастополе до 21,1% в Закарпатской области и г. Киеве).

Количество операций, проводимых по поводу неушемленных грыж, продолжает оставаться на стабильном уровне, несколько превышающем 16 на 10 тыс. населения, ПОЛ также остается стабильной — на уровне 0,07% (от 0% в Ивано-Франковской, Ровенской обл., г. Севастополе до 0,28% в Херсонской обл.). Несколько уменьшилось относительно количество операций по поводу ушемленных грыж (с 18,4% до 15,2%) и в два раза снизилась ПОЛ при них (с 2,5% до 1,12%).

Структура urgentной патологии в 2008 г. выглядела следующим образом: острый аппендицит — 39%, острый панкреатит — 14,6%, острый холецистит — 12%, желудочно-кишечное кровотечение — 9%, травма внутренних органов грудной и брюшной полостей и таза — 6,3%, внематочная беременность — 5,2%, ущемленная грыжа — 5,1%, кишечная непроходимость — 4,7%, перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки — 3,5%.

Среди пациентов, госпитализированных в urgentном порядке, более 28% поступают позже 24 ч от начала заболевания. Общая ПОЛ таких пациентов за 8 лет снизилась с 1,32% до 1,23%, в случае госпитализации до 24 ч в 2008 г. она составила 0,88%, после 24 ч — 2,24%.

Более 38% пациентов с острой кишечной непроходимостью (ОКН) в 2008 г. были доставлены позже 24 ч с момента появления первых симптомов заболевания. Возросла хирургическая активность при ОКН, которая достигла 66,1% (на 10,2% больше по сравнению с 2005 г.). Отмечается выраженная корреляция между сроком поступления больного с этой патологией в стационар и летальностью. В случае своевременного поступления в стационар ПОЛ при ОКН составляет 1,51%, а при госпитализации позже 24 ч — 5,7% (средний показатель ПОЛ в 2008 г. — 3,8%).

Относительное количество больных, госпитализированных по поводу острого аппендицита позже 24 ч, на протяжении последних лет несколько превышает 21% и не имеет тенденции к снижению. В 2008 г. среди 91 554 больных с установленным диагнозом острого аппендицита 99,7% были прооперированы. Общая летальность при остром аппендиците составляет 0,04-0,05% (0,01% при госпитализации до 24 ч и 0,12% — позже 24 ч).

При ущемленной грыже каждого пятого пациента госпитализируют позже 24 ч от появления первых симптомов. Хирургическая активность при ущемленной грыже достигает 97,9% (прооперированы 11 741 из 11 989 поступивших больных). Общая ПОЛ в случае данной патологии несколько снизилась и составляет 1,12% (0,36% при своевременной госпитализации и 2,79% — позже 24 ч).

В 2008 г. абсолютное количество перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки несколько увеличилось по сравнению с 2007 г. (8226 и 7679 соответственно), однако снизилось относительное число несвоевременных госпитализаций (от 14,8% до 13,9%). Хирургическая активность при перфоративной язве достигает 99%. Отмечается очень высокий уровень ПОЛ в случае несвоевременной госпитализации (1,55% при поступлении в стационар в первые сутки и 14,21% — позже 24 ч). Средний показатель ПОЛ при перфоративных язвах составляет 3,44%.

Количество случаев желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) в последние 4 года составляет приблизительно 21 тыс. в год. Хирургическая активность при ЖКК постепенно снижается и по сравнению с 2005 г. уменьшилась на 15% (с 12,7% до 11%). Количество поздних госпитализаций хотя и несколько снизилось в последние годы, продолжает оставаться на достаточно высоком уровне (34,8%). Общая смертность достигает 6,19% (5,19% при своевременной и 8,54% при поздней госпитализации).

За 2008 г. было зарегистрировано 29 769 госпитализаций по поводу острого холецистита, среди которых 47,4% случаев с поздним поступлением. Хирургическая активность при этой патологии за последнее время несколько увеличилась и достигает 60%. ПОЛ с 2005 г. уменьшилась с 0,94 до 0,61% (0,44% при своевременной госпитализации и 0,75% — позже 24 ч).

Абсолютное число госпитализаций по поводу острого панкреатита по сравнению с 2005 г. возросло на 9%, достигнув 34 403 случая. Количество поздних госпитализаций превышает 39%. ПОЛ при остром панкреатите продолжает оставаться на стабильно высоком уровне,

составляя 14,25% (13,8% при своевременной и 17,33% при поздней госпитализации).

В 2008 г. было госпитализировано 14 780 пациентов с травмами органов грудной клетки, брюшной полости и таза, что является наиболее низким показателем за последние 10 лет. Хирургическая активность при данных травмах превышает 74%. В 16,8% случаев имела место поздняя госпитализация. Летальность уменьшилась с 5,96% в 2005 г. до 5,12% (5,01% при своевременной и 5,16% при поздней госпитализации).

— Обращает на себя внимание значительное расхождение показателей хирургической активности и ПОЛ в разных регионах страны. С чем это связано?

— Скорее всего, причиной такой ситуации является несовершенство медицинской статистической отчетности. Только при условии реформирования этой системы и получения достоверной статистической информации мы сможем определить, имеются ли реальные отличия в уровне диагностики и качестве оказания хирургической помощи в отдельных регионах.

— Существуют ли национальные протоколы (стандарты) лечения хирургической патологии? Необходимы ли они в хирургии?

— Безусловно, стандарты лечения необходимы, в том числе в хирургии. Однако следует понимать, что протоколы регламентируют алгоритм действий врача с момента подозрения у пациента того или иного заболевания и до завершения лечения (включая диспансерное наблюдение и профилактику осложнений хронических заболеваний). Чтобы выполнять предписания протоколов, необходимо иметь соответствующее материально-техническое обеспечение. Указанные в протоколах лечебно-диагностические мероприятия должны быть реализуемы во всех лечебных учреждениях, где оказывается хирургическая помощь, а не только в специализированных центрах и крупных больницах. Так как в настоящее время обеспечить все хирургические стационары Украины необходимым оборудованием не представляется возможным, рекомендации должны соответствовать уровню оказания медицинской помощи (районная, областная больница, специализированные центры).

Хочу подчеркнуть, что международные и национальные рекомендации стран Европы и США создаются при участии профильных научных ассоциаций. Такая практика должна внедряться и в Украине.

Сегодня украинские хирурги в своей практике руководствуются стандартами диагностики и лечения, утвержденными приказом МЗ Украины от 27.07.1998 г. № 226 «Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України». Однако в МЗ Украины находится на рассмотрении проект новых клинических протоколов по оказанию медицинской помощи по специальности «хирургия», базирующихся на принципах доказательной медицины. В ближайшем будущем мы ожидаем утверждения этих протоколов.

— Обеспечены ли сегодня лечебные учреждения Украины общими хирургами?

— В штатных расписаниях лечебных учреждений, подчиненных МЗ Украины, предусмотрено 9295 должностей общих хирургов. Из них занято 8986 (96,7%), в том числе физическими лицами — 7477 (80,4%), то есть многие хирурги работают более чем на одну ставку. Таким образом,

дефицит общих хирургов на сегодняшний день составляет 1819 человек (19,6%). В восточном регионе Украины он достигает 30%.

Однако следует отметить, что в ряде областей отмечается обратная ситуация — многие хирурги работают на 0,25-0,5 ставки. В связи с этим возникает очень серьезный вопрос: «Как можно аттестовать таких специалистов?».

Вызывает беспокойство и возрастной состав общих хирургов. Из 7477 хирургов 1495 человек (20,9 %) пенсионного возраста и 927 человек (12,4%) — предпенсионного (мужчины 56-60 лет, женщины 50-55 лет). Эти специалисты скоро выйдут на пенсию, и не известно, кто их заменит.

— Как вы можете охарактеризовать уровень подготовки молодых хирургов в нашей стране?

— Уровень подготовки специалистов по хирургии в интернатуре нельзя назвать высоким. И основная причина этого — недостаточная практическая нагрузка у интернов. В интернатуре будущие хирурги очень редко выполняют операции самостоятельно, но даже в качестве ассистентов они участвуют в очень небольшом количестве операций. В европейских странах хирурги за 5-летний период резидентуры должны выполнить не менее 750 операций (самостоятельно и в качестве ассистента), в том числе 280 вмешательств на органах ЖКТ (80 из них эндоскопические), 100 травматологических, 80 торакальных, 40 урологических, гинекологических и на органах малого таза, 100 на сосудах, 50 на органах головы и шеи и др. Следует подчеркнуть, что выполнение необходимого количества операций является жестким условием и в этом заинтересованы сами резиденты, в противном случае их могут отчислить.

К сожалению, не у всех хирургов-интернов в нашей стране есть возможность активно практиковаться даже при наличии желания, так как кафедры последипломного образования, на которых они проходят обучение, не имеют такого серьезного статуса в наших лечебных учреждениях, как в странах Европы и Северной Америки. Изменить ситуацию к лучшему должно утверждение положения о клинических больницах, а идеальным вариантом может стать создание университетских клиник.

— Какие еще мероприятия позволяют приблизить уровень оказания хирургической помощи в нашей стране к европейским стандартам? Какие первоочередные задачи необходимо решить?

— Во-первых, целесообразно объединить всех главных специалистов МЗ Украины хирургического профиля в единый блок под руководством главного хирурга, для координации работы как непосредственно специалистов, так и ассоциаций. Должности главного хирурга МЗ Украины и его помощников должны быть штатными. Во-вторых, необходимо в законодательно-правовом поле повысить роль ассоциаций хирургического профиля. В-третьих, следует определиться с понятием «хирургическое отделение» первого уровня (на базе центральной районной больницы) в отношении количества коек, объемов и видов хирургических вмешательств, штата и нагрузки, оснащения, юридической службы. Обязательно необходимо усовершенствовать статистические формы отчетности. И наконец, желательное ввести следующую систему оплаты труда хирургов — базовая ставка с дополнительными начислениями за сложность выполняемых оперативных вмешательств и профессиональную вредность.

Подготовил Вячеслав Килимчук

