



Трехуровневая система хирургической помощи в регионах Российской Федерации



Ревишвили Амиран Шотаевич

Главный хирург Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Директор ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России,
академик РАН

3 октября 2024 года

Актуальность темы

- **Трехуровневая система хирургической помощи начала формироваться в отдельных регионах страны в 2011 – 2012 гг.**
- **Последнее обсуждение вопросов организации трехуровневой системы хирургической помощи в регионах РФ состоялось на профильной комиссии Минздрава России 11 декабря 2018 года.**
- **Общего для всей страны нормативного документа, определяющего организационные принципы уровней хирургической помощи пока нет.**
- **Сейчас появилась возможность представить основные показатели для каждого уровня хирургической помощи в масштабах страны и определить роль каждого уровня.**

Источники информации

Информационно-аналитическая система НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского

Хирургическая служба РФ | Профильные комиссии | Клинические рекомендации | Информационные материалы | Правовая информация

Главный хирург и эндоскопист, Межакадемик РФ, директор НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского Минздрава России, академик РАН, профессор, доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки РФ

Ревишвили
Амиран Шотаевич

ЗАДАТЬ ВОПРОС главному хирургу МЗ РФ

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС

Национальный хирургический конгресс пройдет 2-4 октября в Петербурге

ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА
сбор и обработка отчетных статистических форм

Информационно-аналитический сборник за 2023 год

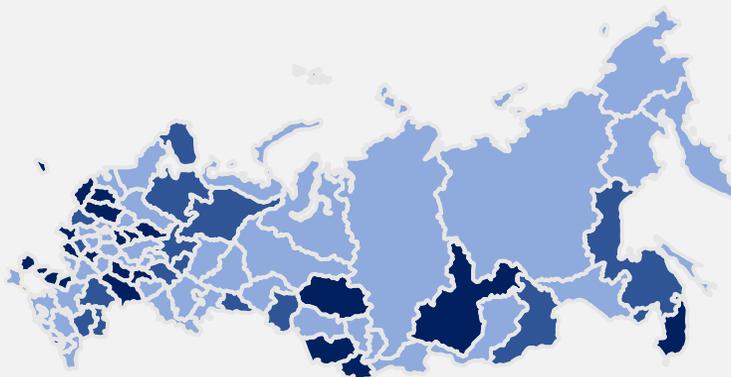
Хирургическая помощь в Российской Федерации

Информационно-аналитический сборник за 2023 год

Информационно-аналитический сборник за 2023 год

Объем хирургической помощи в Российской Федерации

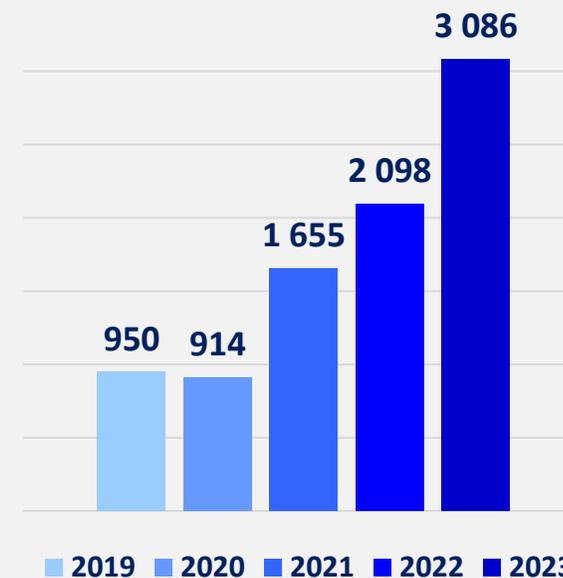
Посещение регионов



С 2019 г. – 146 выездов в регионы страны с посещением медицинских организаций всех уровней

Телемедицинские консультации сотрудников НМИЦ хирургии

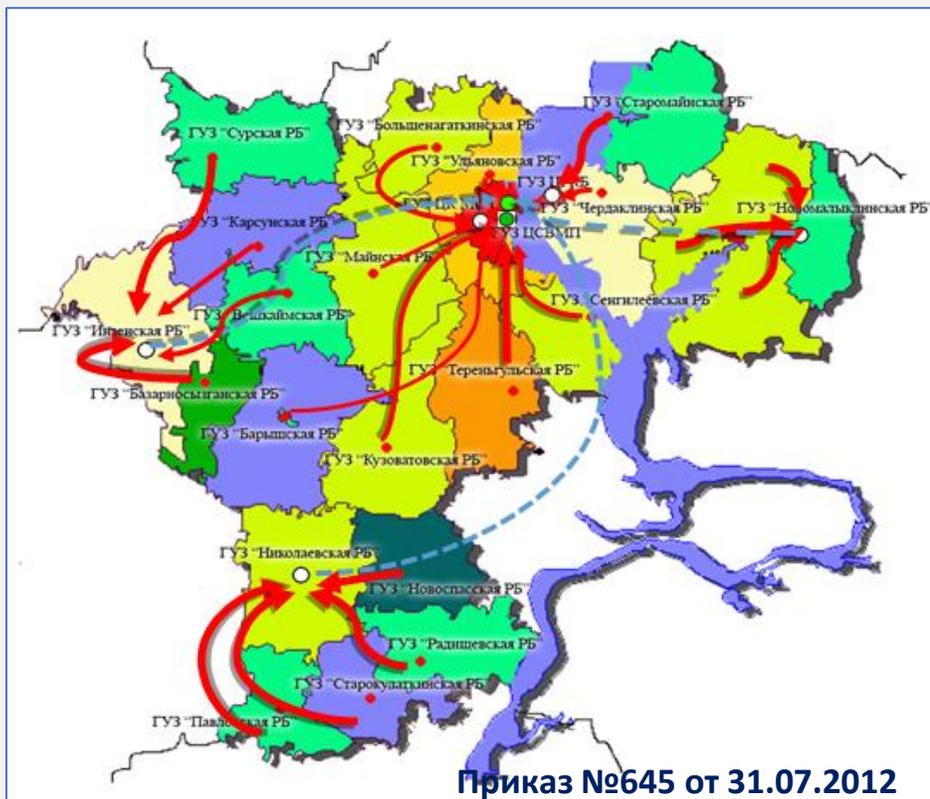
ИД	Имя	Фамилия	Специальность	Статус	Дата	Время	Длительность
001000001	Иванов	Иван	Хирург	Завершено	2023-10-26	10:00	15:00
001000002	Петров	Петр	Хирург	Завершено	2023-10-26	10:15	15:15
001000003	Сидоров	Сидор	Хирург	Завершено	2023-10-26	10:30	15:30
001000004	Смирнов	Смирнов	Хирург	Завершено	2023-10-26	10:45	15:45
001000005	Климов	Климов	Хирург	Завершено	2023-10-26	11:00	16:00
001000006	Кузнецов	Кузнецов	Хирург	Завершено	2023-10-26	11:15	16:15
001000007	Лебедев	Лебедев	Хирург	Завершено	2023-10-26	11:30	16:30
001000008	Мухоморов	Мухоморов	Хирург	Завершено	2023-10-26	11:45	16:45
001000009	Попов	Попов	Хирург	Завершено	2023-10-26	12:00	17:00
001000010	Соловьев	Соловьев	Хирург	Завершено	2023-10-26	12:15	17:15
001000011	Тихонов	Тихонов	Хирург	Завершено	2023-10-26	12:30	17:30
001000012	Фролов	Фролов	Хирург	Завершено	2023-10-26	12:45	17:45
001000013	Харин	Харин	Хирург	Завершено	2023-10-26	13:00	18:00
001000014	Цыганков	Цыганков	Хирург	Завершено	2023-10-26	13:15	18:15
001000015	Чайков	Чайков	Хирург	Завершено	2023-10-26	13:30	18:30
001000016	Шарин	Шарин	Хирург	Завершено	2023-10-26	13:45	18:45
001000017	Шкворцов	Шкворцов	Хирург	Завершено	2023-10-26	14:00	19:00
001000018	Щеглов	Щеглов	Хирург	Завершено	2023-10-26	14:15	19:15
001000019	Юдин	Юдин	Хирург	Завершено	2023-10-26	14:30	19:30
001000020	Якушев	Якушев	Хирург	Завершено	2023-10-26	14:45	19:45



К системе подключено 2 990 медицинских организаций

Примеры организации трехуровневой системы хирургической помощи в регионах РФ

Ульяновская область



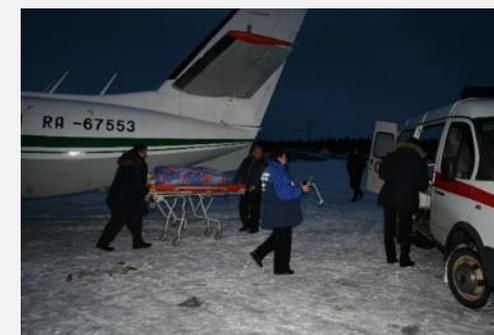
Пензенская область



I уровень – Центральные районные больницы **II уровень** – Межрайонные и городские больницы **III уровень** – Областная больница

Особенности организации хирургической помощи в больших по площади регионах

- большие расстояния, сложная логистика
- низкая плотность проживания населения
- в основном авиационное сообщение



Что важно подразумевать под трехуровневой системой хирургической помощи

- Это трехуровневая система **специализированной хирургической помощи**, т.е. три уровня хирургических стационаров.
- **Нет необходимости выделять** в отдельный уровень первичную медико-санитарную помощь.
- **Первичная специализированная** или амбулаторная хирургическая помощь может оказываться в больницах всех трех уровней.



Основные принципы организации региональной системы хирургической помощи

- **Основная цель** формирования уровней хирургической помощи – нивелирование дефицита кадров и технологий в малых городах и сельской местности.
- **Необходимо учитывать** географические и демографические особенности регионов.
- **При маршрутизации** пациентов важно учитывать наличие специалистов и технологий в медицинских организациях и возможность **выполнения клинических рекомендаций**.



Тенденции в материально-техническом и кадровом обеспечении трехуровневой системы хирургической помощи

I уровень (районные и центральные районные больницы)

- **Постановление Правительства РФ от 9 октября 2019 г. N 1304 «О модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации»:**
 - **капитальный ремонт зданий**
 - **новое оборудование**
 - **35% медицинских организаций имеют лапароскопическое оборудование**
- **Постановление Правительства РФ от 31 декабря 2022 г. N 2568 «О дополнительной государственной социальной поддержке медицинских работников...»:**
 - **дополнительные выплаты сотрудникам первичного звена, сельских медицинских организаций**



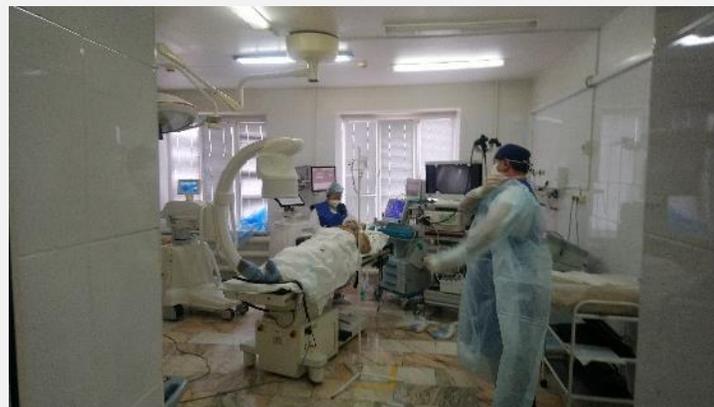
II уровень (межрайонные и городские больницы)

- **Дефицит хирургов, эндоскопистов** – распространенное явление.
- **Материально-техническое оснащение** – не все больницы второго уровня, оказывающие хирургическую помощь, имеют лапароскопическое оборудование (по данным анкетирования - **92%**).
- **Количество лапароскопических хирургических комплексов** – **1,6** на одну МО.
- **Количество наборов лапароскопических инструментов** ограничено – **2,5** на одну МО.
- **Доля хирургов, владеющих лапароскопической техникой** составляет **64%**.



III уровень (областные, краевые, республиканские больницы, БСМП, университетские клиники)

- Дефицит хирургов и эндоскопистов – исключительно редкое явление.
- **Материально-техническое оснащение** – в целом удовлетворительное, но есть исключения. Все больницы имеют лапароскопическое оборудование - по **2,9 комплекса** на одну МО, количество наборов инструментов – **6,4** на одну МО, **74%** хирургов владеют лапароскопией.



Основные показатели организации хирургической помощи по уровням (2023)

I уровень



II уровень



III уровень



Показатель	I уровень	II уровень	III уровень
Количество медицинских организаций (МО)	1 469	795	244
Количество хирургов на одну МО	2,9	9,1	24,9
Количество хирургических коек на одну МО	15	44	89
Количество пролеченных больных на одну МО	475	1 643	3 680

Соотношение пролеченных больных и оперативной активности по уровням хирургической помощи

**В хирургических стационарах в 2023 г.
пролечено 2,9 млн чел.**

Распределение больных
по уровням, %



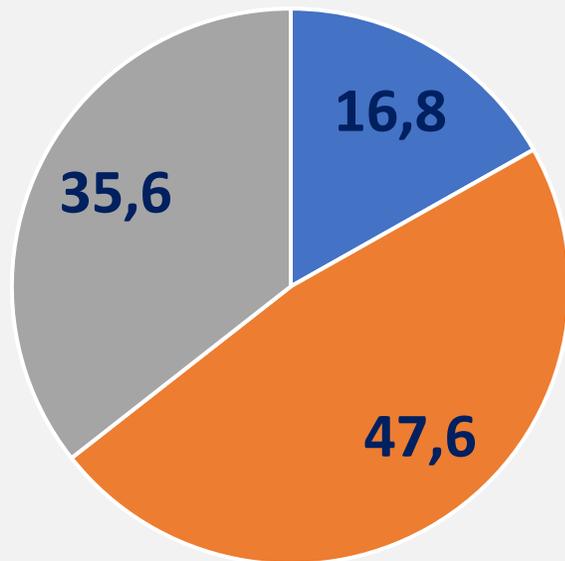
Оперативная активность, %



Показатели неотложной хирургии по уровням медицинской помощи (2023)

Неотложная хирургическая помощь

Доля больных по уровням, %



■ I уровень ■ II уровень ■ III уровень

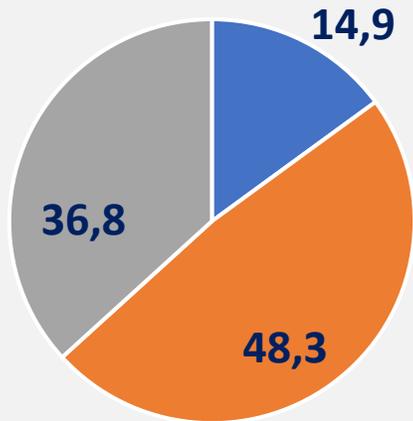
Доля госпитализаций после 24 часов, %



Острый аппендицит (n=150 605)

■ I уровень
■ II уровень
■ III уровень

Распределение операций по уровням, %



Доля лапароскопических операций, %



Летальность, %



Выводы:

- Внедрение лапароскопической аппендэктомии целесообразно в больницах I уровня с прикрепленным населением более 20 тыс. человек (при меньшем населении количество выполняемых операций недостаточно для освоения технологии).
- На III уровне доля лапароскопических аппендэктомий может быть выше 71% при освоении операции большинством хирургов, участвующих в оказании неотложной помощи.

+ Острый аппендицит у взрослых

ID: 325

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **K35.2, K35.3, K35.8, K36, K37, K38.0, K38.1, K38.2, K38.3, K38.8, K38.9**

Возрастная категория: **Взрослые**

Год утверждения: **2023**

Просмотр на год: **2026**

Дата размещения: **24.11.2023**

Статус: **Действует**

Применяется ⓘ

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Разработчик клинической рекомендации:
Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов"

[Открыть](#)
[Скачать в формате .pdf](#)

Клинические рекомендации
актуализированы в 2023 г.

Original articles

Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова
2022, №10 с. 5-14
<https://doi.org/10.17116/hirurgia20221015>

Pirogov Russian Journal of Surgery
2022, No. 10, pp. 5-14
<https://doi.org/10.17116/hirurgia20221015>

Летальность при остром аппендиците в России

© А.Ш. РЕВИШВИЛИ, В.Е. ОЛОВЯННЫЙ, Д.В. КАМИНИН, А.В. КУЗНЕЦОВ

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия

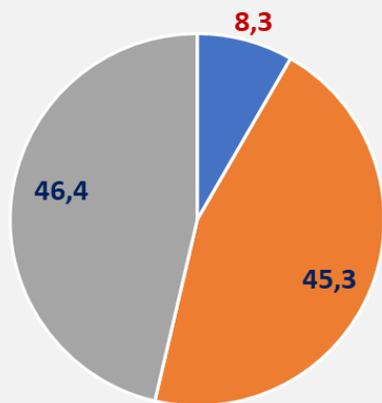
Резюме
Цель исследования. Анализ причин летальных исходов острого аппендицита в России.
Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование летальности при остром аппендиците в РФ в 2020 г. Использован метод анкетирования государственных медицинских организаций, в которых в электронной базе данных ежегодной отчетности главному хирургу Министерства здравоохранения РФ зафиксированы летальные случаи.
Результаты. Зарегистрировано 259 летальных исходов среди 150 393 пациентов с острым аппендицитом в возрасте 18 лет и более (госпитальная летальность 0,17%). В результате анкетирования получены данные о 248 (95,8%) летальных случаях, среди которых 214 (86,3%) осложненных и 34 (13,7%) неосложненных формы заболевания. Два (0,8%) пациента умерли без операции. Среди умерших 145 (58,2%) мужчины и 103 (41,8%) женщины, средний возраст пациентов 66,2 года

Острый холецистит (n=158 577)

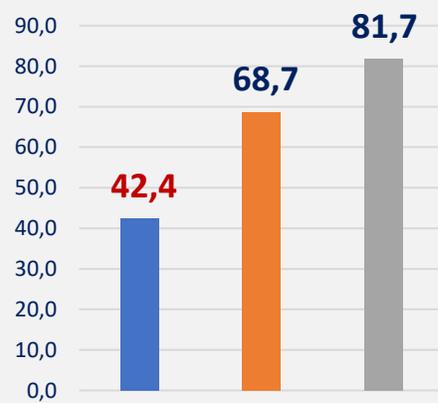
■ I уровень
■ II уровень
■ III уровень

Оперировано – 101 944 чел.

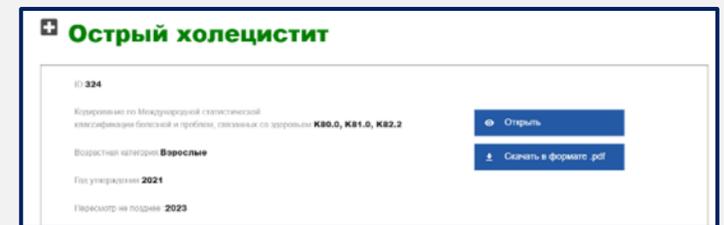
Распределение операций по уровням, %



Лапароскопические операции, %



Послеоперационная летальность, %

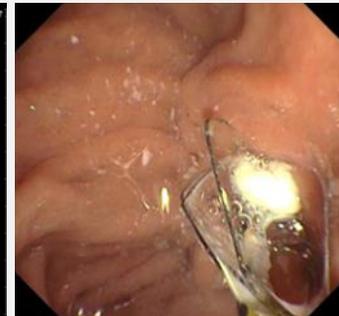
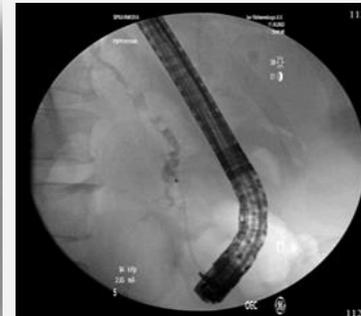


Клинические рекомендации включены в рекомендации по желчнокаменной болезни (K80), в стадии утверждения.



Выводы:

- Возможности хирургического лечения пациентов с острым холециститом на I уровне ограничены.
- Целесообразен ранний перевод пациентов на II и III уровень, где доступны минимально инвазивные методы лечения.

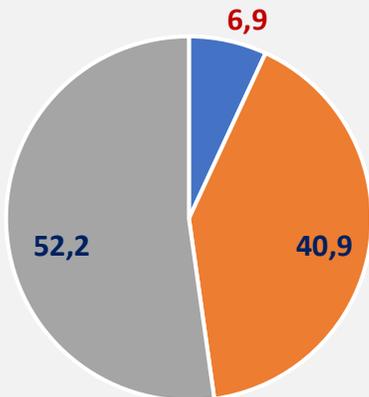


Острый панкреатит (n=167 208)

■ I уровень
■ II уровень
■ III уровень

Оперировано – 16 027 чел.

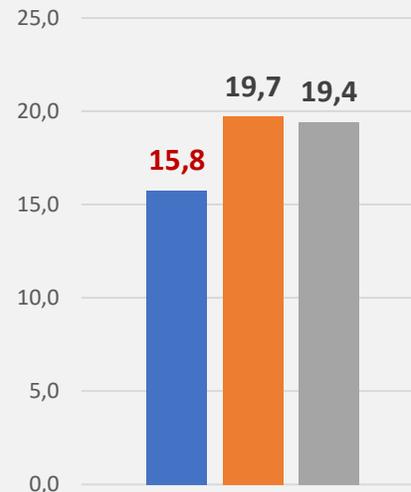
Распределение оперированных больных, %



Оперативная активность, %



Послеоперационная летальность, %



Острый панкреатит

ID: 326

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **K85.0, K85.1, K85.2, K85.3, K85.8, K85.9**

Возрастная категория: **Взрослые**

Год утверждения: **2020**

Пересмотр не позднее: **2022**

Дата размещения: **27.05.2021**

Статус: **Действует**

Применяется ⓘ

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Разработчик клинической рекомендации:
Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов"

[Открыть](#)
[Скачать в формате pdf](#)

Клинические рекомендации по острому панкреатиту актуализированы, проходят экспертизу.

Выводы:

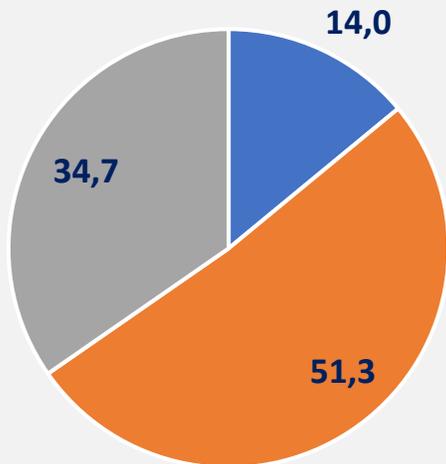
- На I уровне лечение пациентов с острым тяжелым панкреатитом должно **ограничиваться диагностикой и ранним переводом на III уровень.**
- На I уровне не должно проводиться оперативное лечение пациентов с острым панкреатитом.
- На всех уровнях все еще допускается выполнение ранних лапаротомий.
- На III уровне должны использоваться все возможные минимально инвазивные методы лечения.

Острая неопухолевая кишечная непроходимость (n=51 994)

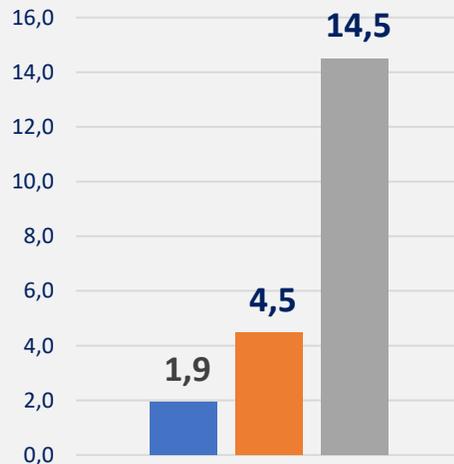
■ I уровень
■ II уровень
■ III уровень

Оперировано – 26 545 чел.

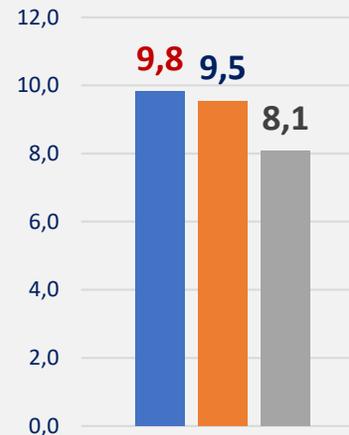
Распределение больных, %



Доля лапароскопических операций, %



Послеоперационная летальность, %



Выводы:

- Результаты лечения сопоставимы между уровнями.
- На I уровне целесообразность применения лапароскопических операций при спаечной кишечной непроходимости **сомнительна**.
- На III уровне целесообразно применение лапароскопических операций при спаечной кишечной непроходимости при тщательном отборе пациентов.

Острая неопухолевая кишечная непроходимость

ICD-327

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **K56.0, K56.2, K56.3, K56.4, K56.5, K56.6**

Возрастная категория: **Взрослые**

Год утверждения: **2021**

Пересмотр на основе: **2023**

Дата реализации: **03.09.2021**

Статус: **Действует**

III Применяется ⓘ

Содержит: Научно-рациональные Советы Минздрава РФ

Разработчик клинической рекомендации:
Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов"

Открыть
Скачать в формате pdf

Клинические рекомендации актуализированы, проходят экспертизу.

Original articles

Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова
2024, №9, с. 5–15
<https://doi.org/10.17116/hirurgia20240915>

Prigov Russian Journal of Surgery
2024, No. 9, pp. 5–15
<https://doi.org/10.17116/hirurgia20240915>

Неотложная лапароскопическая хирургия в России: текущее состояние

© А.Ш. РЕВИШВИЛИ, В.Е. ОЛОВЯННЫЙ, А.В. КУЗНЕЦОВ

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия

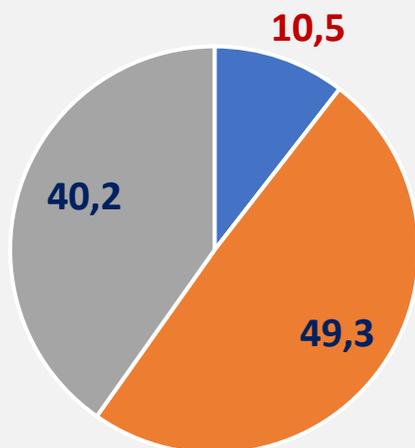
Резюме
Цель исследования. Определить текущее состояние и основные факторы, влияющие на уровень неотложной лапароскопической хирургии в Российской Федерации.
Материал и методы. В ретроспективный общенациональный анализ включены пациенты 18 лет и более, оперированные по поводу острого холецистита (ОХ), острого аппендицита (ОА), периферитивной язвы и острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН). Использована база данных главного хирурга Минздрава России за 2018–2022 гг. Для исследования возможных причин, влияющих на уровень внедрения неотложных лапароскопических операций, проведены онлайн-опрос медицинских организаций, подключенных к системе электронной отчетности.
Результаты. За 5 лет частота лапароскопических операций увеличилась при ОХ с 52,6 до 70,5% ($p<0,001$), при ОА с 25,1 до 41,0% ($p<0,001$), при периферитивных гастроульцерозных язвах с 9,4 до 13,2% ($p<0,001$), при ОСКН с 5,9 до 8,5% ($p<0,001$). Удельный вес неотложных лапароскопических операций в больницах, расположенных в сельской местности (II уровень), составил 14,8%, в больницах II уровня — 40,2%, III уровня — 67,7% ($p<0,001$). На предложенную анкету полу-

Острая кишечная непроходимость опухолевой этиологии (n=25 837)

■ I уровень
■ II уровень
■ III уровень

Оперировано – 20 008 чел.

Распределение оперированных больных, %



Послеоперационная летальность, %



+ **Острая кишечная непроходимость опухолевой этиологии**

ID: 462

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **K56.6**

Возрастная категория: **Взрослые**

Год утверждения: **2024**

Пересмотр не позднее: **2026**

Дата размещения: **06.06.2024**

Статус: **Действует**

Применение отложено ⓘ

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Разработчик клинической рекомендации:
Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России"

[Открыть](#)
[Скачать в формате .pdf](#)

Клинические рекомендации актуализированы в 2024 г., размещены в рубрикаторе МЗ РФ

Выводы:

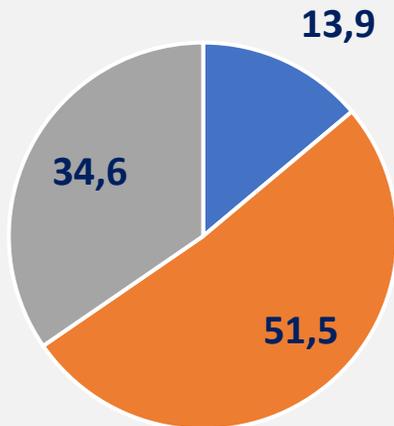
- **Результаты лечения** пациентов с острой кишечной непроходимостью опухолевой этиологии на I и II уровнях **уступают результатам III уровня.**
- **На I и II уровне целесообразно** ограничивать операцию **наложением колостомы.**
- В диагностической и лечебной тактике необходимо ориентироваться на клинические рекомендации.

Прободная язва (n=16 777)

■ I уровень
■ II уровень
■ III уровень

Оперировано – 16 336 чел.

Распределение больных, %



Доля лапароскопических операций, %



Послеоперационная летальность, %



Прободная язва

ID: 328

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **K25.1, K25.2, K25.5, K25.6, K26.1, K26.2, K26.5, K26.6**

Возрастная категория: **Взрослые**

Год утверждения: **2021**

Пересмотр не позднее: **2023**

Дата размещения: **22.06.2021**

Статус: **Действует**

Применяется ⓘ

Содобно Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Разработчик клинической рекомендации:
Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов"

[Открыть](#)

[Скачать в формате .pdf](#)

Клинические рекомендации включены в общие рекомендации по Язвенной болезни, ожидается утверждение.

Выводы:

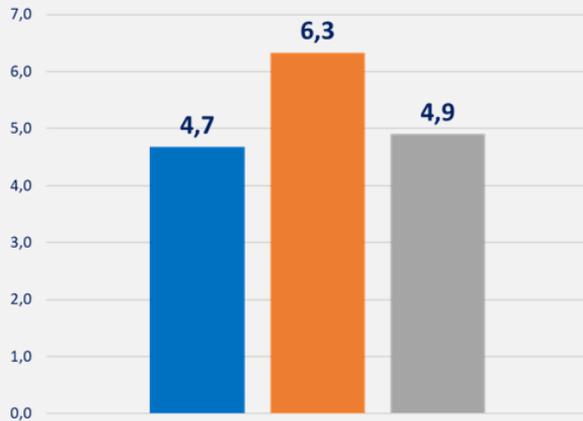
- **Результаты лечения** пациентов с прободной язвой на I уровне не уступают результатам II и III уровней.
- **На II уровне низкая доля** лапароскопических операций объясняется существующим дефицитом оборудования и инструментария, и недостаточным удельным весом подготовленных по данной технологии хирургов.
- **На III уровне** доля лапароскопических операций может быть выше 25%.

Гастродуоденальные кровотечения (n=47 224)

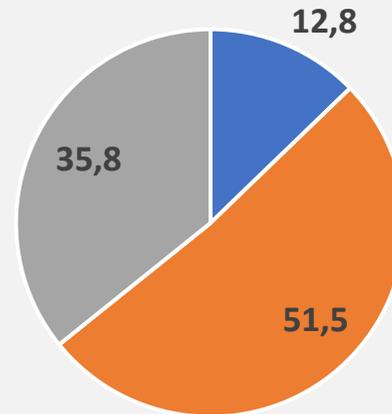
■ I уровень
■ II уровень
■ III уровень

Оперировано – 5 788 чел.

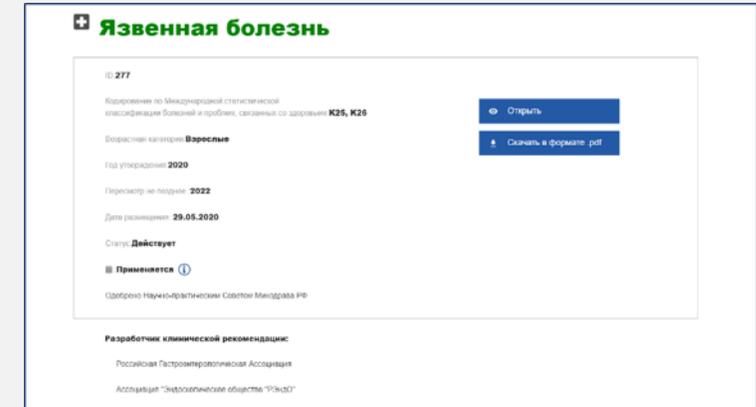
Госпитальная летальность, %



Распределение оперированных больных, %



Послеоперационная летальность, %



Клинические рекомендации включены в общие рекомендации по Язвенной болезни, ожидается утверждение.

Выводы:

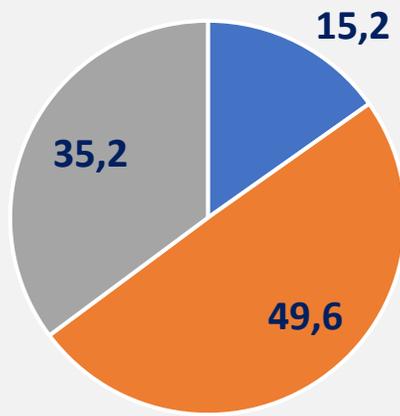
- **Относительно лучшие результаты** на I уровне могут быть связаны как с вызовом специалистов «на себя», так и своевременным переводом пациентов на более высокий уровень.
- На II уровне наиболее высокая летальность может быть связана с дефицитом эндоскопистов и отсутствием навыков эндоскопического гемостаза.
- **Послеоперационная летальность высокая на всех уровнях.**

Ущемленная грыжа (n=51 212)

■ I уровень
■ II уровень
■ III уровень

Оперировано – 49 022 чел.

Распределение
больных, %



Доля лапароскопических
операций, %



Послеоперационная
летальность, %



Выводы:

- Результаты лечения пациентов на I уровне не уступают результатам II и III уровней.
- **Основная причина летальности – поздняя госпитализация: общая летальность 2,9%; среди госпитализированных после 24 часов – 8,3%.**
- **В настоящее время доля госпитализированных больных с ущемленной грыжей после 24 часов составляет 30,3%.**

Паховая грыжа

IP 684

Кодировано по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **K40.0, K40.1, K40.2, K40.3, K40.4, K40.9**

Возрастная категория: **Взрослые**

Год утверждения: **2021**

Пересмотрено издание: **2023**

Дата рекомендации: **07.10.2021**

Статус: **Действует**

Применяется ⓘ

Одобрено I научно-практическим Советом Минздрава РФ

Разработчик клинической рекомендации:
Федеральное государственное учреждение "Общество геронтологов"
Общероссийские общественные организации "Российское общество геронтологов"

Открыть
Скачать в формате pdf

Послеоперационная вентральная грыжа

IP 685

Кодировано по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **K43.2**

Возрастная категория: **Взрослые**

Год утверждения: **2021**

Пересмотрено издание: **2023**

Дата рекомендации: **07.10.2021**

Статус: **Действует**

Применяется ⓘ

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Разработчик клинической рекомендации:
Федеральное государственное учреждение "Общество геронтологов"

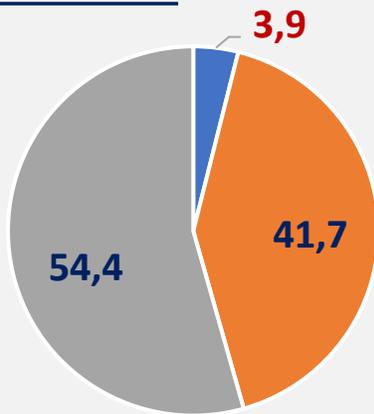
Открыть
Скачать в формате pdf

Клинические рекомендации актуализированы, утверждены, ожидается размещение в Рубрикаторе Минздрава России.

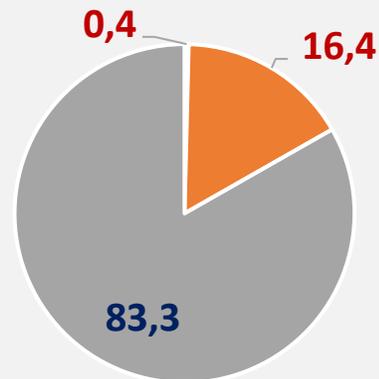
Эндоскопические вмешательства (распределение количества процедур по уровням, %)

■ I уровень
■ II уровень
■ III уровень

Эндоскопический гемостаз

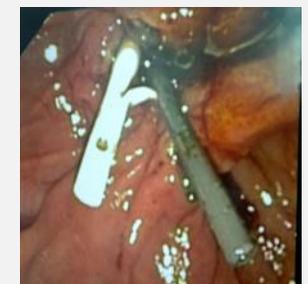


Вмешательства на желчных протоках



Выводы:

- На I уровне дефицит эндоскопистов, недостаток эндоскопических инструментов и современного оборудования, и как следствие, недостаток навыков эндоскопического гемостаза.
- Выход может быть в обучении врачей-хирургов эндоскопическим приемам.
- Эндоскопические вмешательства на желчных протоках преимущественно могут выполняться там, где есть достаточный уровень подготовки эндоскопистов, необходимое оборудование и поток пациентов.

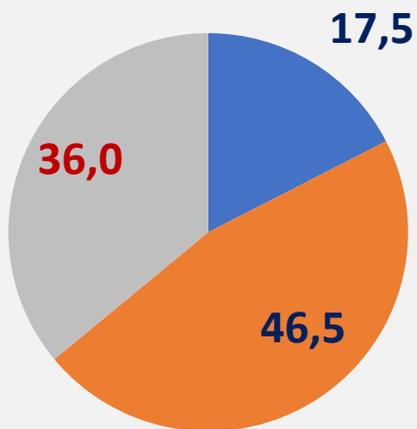


Плановая хирургия
(проанализированы наиболее
распространенные операции, выполняемые на
всех трех уровнях)

Паховая грыжа (n=137 587)

■ I уровень
■ II уровень
■ III уровень

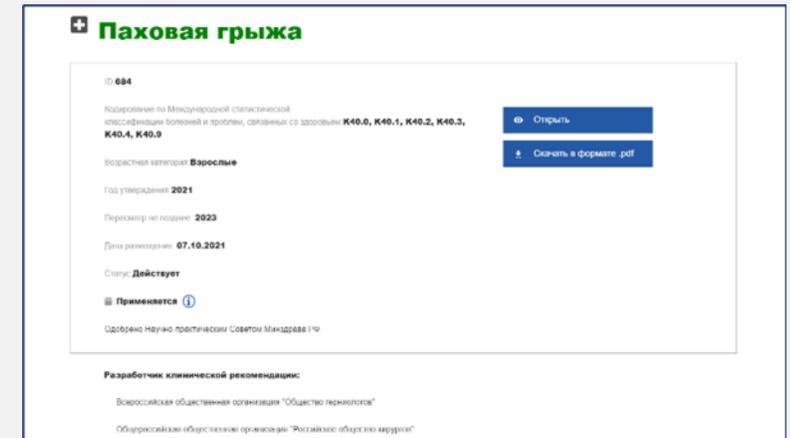
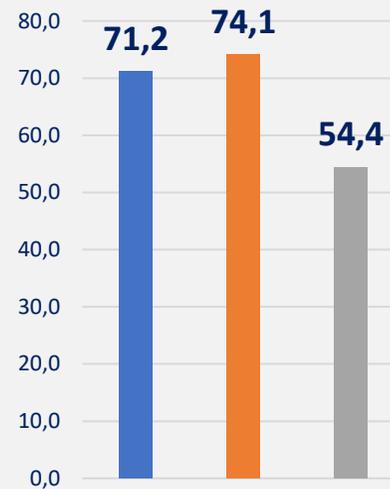
Распределение количества операций, %



Лапароскопические операции, %



Операция Лихтенштейна, %



Клинические рекомендации актуализированы в 2024 г., утверждены.

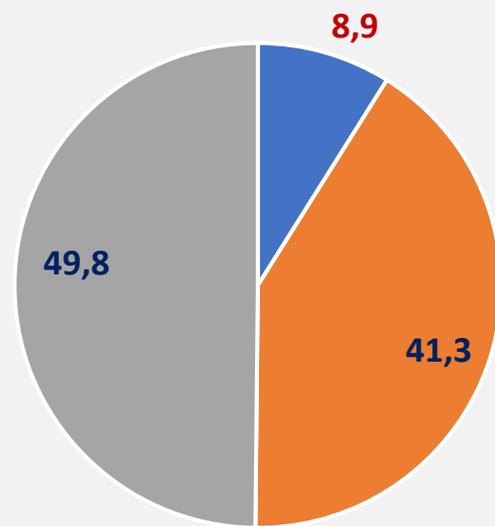
Выводы:

- На I уровне высокая доля применения синтетических материалов при пластике (операция Лихтенштейна), что соответствует клиническим рекомендациям. Целесообразно увеличить количество операций при паховых грыжах на данном уровне.
- Для III уровня количество операций при паховой грыже может быть уменьшено, перераспределив потоки пациентов на I и II уровни.

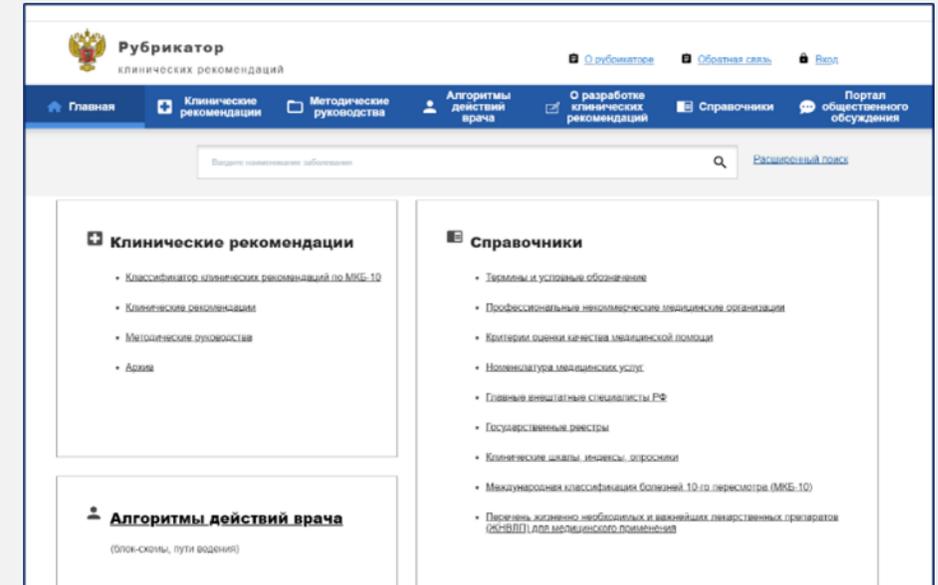
Хронический калькулезный холецистит (n=152 220)

■ I уровень
 ■ II уровень
 ■ III уровень

Распределение операций, %



Лапароскопические операции, %



Разработаны клинические рекомендации по желчнокаменной болезни (K80), ожидается утверждение.

Выводы:

- **Лапароскопическая холецистэктомия** – операция выбора при хроническом калькулезном холецистите.
- **При отсутствии возможности выполнения** лапароскопической операции целесообразно направлять пациентов в медицинские организации, где эти возможности есть.

Заключение

- **В большинстве регионов Российской Федерации** сформировалась трехуровневая система хирургической помощи.
- **Определились задачи и возможности** для каждого уровня хирургической помощи.
- **Необходимо включить основные положения** функционирования трехуровневой системы хирургической помощи с определением роли каждого уровня в нормативный документ – **Порядок организации** медицинской помощи взрослому населению по профилю «Хирургия».
- **На заседании профильной комиссии** Минздрава России планируем обсудить этот важный вопрос и наметить план по внесению дополнений в Порядок по хирургии.



Представленное сравнение показателей трех хирургических уровней прошу воспринимать не только как информацию к размышлению, но и как призыв к работе по совершенствованию системы хирургической помощи в стране.



ВИШНЕВСКИЙ
Александр Васильевич

150 лет со дня рождения
(1874–1948)



80 лет НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского
(1944–2024)

Благодарю за внимание!