

г. Москва

18 мая 2021 г.

№ 13/21

## **ПРОТОКОЛ**

### **Заседания Профильной комиссии по хирургии**

### **Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Заседание проходило в формате видеоконференции с 10.00 до 13.30.

Из 102 членов профильной комиссии приняли участие 85, в том числе главные хирурги 73 субъектов РФ и 8 федеральных округов.

#### **Повестка:**

1. Итоги работы хирургической службы страны в 2020 году – Председатель профильной комиссии, главный хирург Минздрава России, академик РАН Ревишвили А.Ш.
2. Отчёты о работе главных хирургов федеральных округов:
  - главный хирург Дальневосточного ФО, член-корреспондент РАН Стегний К.В.;
  - главный хирург Северо-Западного ФО, академик РАН Багненко С.Ф.;
  - главный хирург Приволжского ФО, профессор Кукош М.В.;
  - главный хирург Центрального ФО, профессор Сажин В.П.;
  - главный хирург Южного ФО, профессор Черкасов М.Ф.;
  - зам. главного хирурга Сибирского ФО Яковлев Е.А.;
  - главный хирург Северо-Кавказского ФО, профессор Тотиков В.З.;
  - главный хирург Уральского ФО, профессор Прудков М.И.
3. Обсуждение.
4. О работе Профильной комиссии в 2020-2021 годах – ответственный секретарь профильной комиссии, д.м.н. Оловянный В.Е.
5. Объявления.
6. Заключительное слово Ревишвили А.Ш.

**Ревишвили А.Ш.** – в докладе подведены итоги работы хирургической службы страны в 2020 году, который отмечен, как крайне сложный период, связанный с новой коронавирусной инфекцией в стране и в мире.

В частности, Председатель комиссии отметил, что на сегодняшний день несмотря на то, что вакцинирование населения приобретает массовый характер, ситуация с заболеваемостью COVID-19 остается напряженной и пока трудно оценить, и спрогнозировать истинное влияние пандемии на хирургическую практику. Вероятно, еще не пришло время подводить окончательные итоги. Тем не менее, крайне важно извлечь уроки из пандемии и применять их в будущем.

Отмечены основные факторы, которые могли отрицательно повлиять на организацию хирургической помощи: из-за открытия дополнительных инфекционных отделений и больниц, происходило сокращение хирургических и анестезиологических бригад, сокращение коек и операционных, сокращение диагностического и анестезиологического оборудования, сокращение плановой помощи. Многими исследователями прогнозировалась задержка во времени постановка диагноза и проведение неотложной операции в результате изменений в логистике стационаров, а также увеличение сроков обращения пациентов за неотложной медицинской помощью (боязнь заражения, изменение маршрутизации). И как следствие, увеличение числа осложнений и неблагоприятных исходов.

Для анализа работы хирургической службы страны использована база данных ежегодной отчетности, которая с 2021 года представлена в виде электронной системы на сайте главного хирурга Минздрава РФ. Собраны и проанализированы отчеты 2 895 медицинских организаций всех регионов страны (в 2019г. – 2 751). Распределение медицинских организаций, предоставивших отчеты: I уровень – 1 395, II уровень – 804, III уровень – 320, поликлиники – 412.



Врачебные кадры, включенные в отчеты: хирурги стационаров – 13 270 (12 951), хирурги поликлиник – 5 869 (6 135). Всего – 19 139 (19 086) человек.

Для объективной оценки влияния пандемии на хирургическую помощь приведено сравнение основных показателей 2020 года с данными за 2019 год.

Как и прогнозировали авторы ряда западных публикаций в начале пандемии, количество госпитализированных пациентов хирургического профиля сократилось, а летальность возросла. В нашей стране отклонение по госпитализированным пациентам составило – 21%. Количество летальных исходов увеличилось на 4,7%. Сократилось количество госпитализированных пациентов с острыми заболеваниями органов брюшной полости на 9,7%, как и число оперированных больных. Летальность среди этой категории пациентов возросла (отклонение по сравнению с 2019 годом +11,4%). Удельный вес экстренных лапароскопических операций вырос на 2,3%. Также произошло сокращение госпитализаций пациентов с хирургической инфекцией при увеличении летальных исходов. Значительно (на 17,7%) сократилось количество обращений к хирургам поликлиник.

При статистическом анализе результатов выявлены значимые различия в уровне госпитальной летальности среди всех пациентов хирургического профиля – 3,68% против 2,76% ( $p=0,0002$ ), среди пациентов с острыми заболеваниями органов брюшной полости – 3,24% против 2,59 % ( $p=0,0065$ ), и послеоперационной летальности – 4,08% против 3,46 % ( $p=0,0147$ ). Значимым оказалось сокращение числа госпитализированных пациентов с хирургической инфекцией в 2020 г. ( $p=0,002$ ), как и увеличение госпитальной летальности – 5,05% против 3,53 % ( $p=0,001$ ).

Среди госпитализированных с острыми заболеваниями органов брюшной полости (ОЗОБП), как и в предыдущие годы, преобладали пациенты с острым аппендицитом. Доля острого холецистита и острого панкреатита уменьшилась. Возросла доля пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, ущемленной грыжей и прободной



язвой. Однако произошедшие изменения в соотношении отдельных форм ОЗОБП оказались достоверно не значимыми ( $p>0,05$ ).

Соотношение количества оперированных пациентов с ОЗОБП также достоверно не изменилось. Аппендэктомия среди всех экстренных и неотложных операций составила 42%, холецистэктомия – 25%, операции при ущемленной грыже и кишечной непроходимости – по 11,1% от общего числа вмешательств.

Произошло достоверно значимое увеличение поздней госпитализации в период пандемии среди пациентов с острым холециститом ( $p=0,007$ ) и острой кишечной непроходимостью ( $p=0,0016$ ). Сократилась доля поздней госпитализации среди пациентов с ущемленной грыжей ( $p=0,0001$ ). В целом статистически значимого увеличения поздней госпитализации в неотложной хирургии не произошло.

Как и прогнозировалось, выявлено увеличение летальности при всех острых заболеваниях органов брюшной полости. Статистически не значимыми оказались различия только при остром аппендиците и остром холецистите.

Отмечено, что послеоперационная летальность в последние годы возросла при всех острых заболеваниях органов брюшной полости.

Общее количество экстренных лапароскопических операций сократилось всего на 1,5%. Статистически значимо увеличилось число лапароскопических вмешательств при остром аппендиците, остром панкреатите, ущемленной грыже и сократилось при остром холецистите и перфоративной язве.

Соответствует прогнозам и сокращение плановых операций. Из представленных наиболее часто выполняемых оперативных вмешательств в общей и абдоминальной хирургии их количество в целом в 2020 году сократилось на 40%, за исключением операций на печени (их количество увеличилось). В меньшей степени сократилось количество операций на поджелудочной железе, толстой и прямой кишке, что можно связать с



большой долей этих операций, относящихся в высокотехнологичной медицинской помощи и онкологическим показаниям.

Количество эндоскопических вмешательств также значительно сократилось, за исключением стентирования желчных протоков. Увеличилось на 11,4% число диагностических лапароскопий, что следует признать положительной тенденцией, прежде всего, в неотложной хирургии.

В докладе показано отклонение ряда показателей по федеральным округам в сравнении с 2019 годом. Так, количество госпитализаций сократилось во всех округах. А количество летальных исходов увеличилось только в пяти. Увеличилось число умерших с острыми заболеваниями органов брюшной полости во всех округах, как и пациентов с хирургической инфекцией. Плановая госпитализация сократилась во всех округах: от 33,6% в Северо-Кавказском ФО до 47% в Сибирском ФО.

При оценке влияния пандемии на хирургическую практику приведены данные зарубежных авторов, касающиеся в основном первой волны коронавирусной инфекции. Эти показатели близки к отечественным данным. Однако публикаций общенациональных данных по другим странам пока нет.

**В заключении** отмечено, что пандемия COVID-19 оказала крайне негативное влияние на организацию и качество хирургической помощи в Российской Федерации. Представленные данные – одно из первых исследований, в котором на национальном уровне оценивается влияние пандемии COVID-19 на хирургическую помощь. Негативное влияние пандемии SARS-CoV-2 на хирургическую практику носит многофакторный характер. Очевидно, что не только доступность, но и качество экстренной хирургической помощи существенно снизились. Зафиксировано значительное сокращение плановых операций и амбулаторных обращений по всей стране. Долгосрочное влияние таких изменений пока трудно оценить, но они потенциально опасны. Несмотря на то, что заболеваемость COVID-19 стабилизировалась, в организации хирургической помощи необходимо строго придерживаться выработанных рекомендаций по защите



медицинского персонала и пациентов от заражения новой коронавирусной инфекцией.

Также было сообщено, что на основании приказа Минздрава России от 19.04.2021 г. № 374 «О главных внештатных специалистах Министерства здравоохранения Российской Федерации в федеральных округах Российской Федерации» главные специалисты хирурги являются и главными специалистами эндоскопистами. Отмечен более широкий круг вопросов, по которым необходимо работать главным хирургам федеральных округов.

В докладе **Стегния К.В.** содержался анализ отчётов главных хирургов десяти субъектов ДФО. Указано на ежегодное отсутствие полноценных отчетов от Еврейской автономной области, в которой в настоящее время нет главного внештатного специалиста хирурга. У большинства субъектов проблемы одинаковые. Это связано с тем, что в 2020 году пришлось работать в условиях пандемии и как следствие, сильно пострадала плановая медицинская помощь, в том числе и по профилю «хирургия». Уменьшилось количество хирургических коек в связи с перепрофилированием и как следствие, примерно на 25% пролечено меньше пациентов и выполнено операций. Это отразилось на всех показателях, в том числе и на общей летальности. Кроме того, отмечено, что пандемия сыграла свою роль в повышении уровня поздней обращаемости и соответственно в увеличении летальности от основных экстренных заболеваний. Общими вопросами являются следующие: недостаточное оснащение больниц и кадровый дефицит. Особенно остро это ощущается в центральных районных больницах. Следует обратить внимание на внедрение современных технологий интенсивного обучения и повышения квалификации хирургов, создание межрайонных хирургических центров, а также создание полноценной хирургической телемедицинской службы. Эта работа уже планомерно ведется.

В докладе главного хирурга Северо-Западного ФО, академика РАН **Багненко С.Ф.** сообщались сведения об оказании хирургической помощи



населению округа. Затронуты вопросы онкохирургии в общехирургических стационарах, скорой медицинской помощи, важность организации единых диспетчерских центров в регионах. При имеющемся дефиците кадров и оснащения в медицинских организациях первого уровня, целесообразна концентрация специализированной хирургической помощи в больницах второго и третьего уровней и организация межрайонных медицинских центров

Главный хирург Приволжского ФО, профессор **Кукош М.В.** сообщил, что пандемия 2020 года повлекла за собой репрофилирование хирургических коек и хирургов в «инфекционистов-интенсивистов» и ликвидацию плановой хирургии, появление большого количества больных с запущенными формами заболеваний, поздним обращением. Казалось бы, относительно низкие показатели летальности при остром аппендиците, остром холецистите и даже при ущемлённой грыже живота обусловлены поздним обращением пациентов. Так, например, в Кировской области пятеро больных обратились в больницу после 24-х часов с момента заболевания и все пятеро умерли. По мнению докладчика, летальность при остром аппендиците не очень влияет на общую послеоперационную летальность, но позднее обращение при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки в некоторых областях достигает 15 – 29%, (в Саратовской области летальность 15,3%, а позже 24-х часов – уже 34,8%), в Пензенской области умерло 45% с прободной язвой, обратившихся за медицинской помощью позже 24-х часов. Так же обстоит дело и с острой кишечной непроходимостью. Летальность при ОКН опухолевой этиологии достигает 30% (Пензенская область). Говоря о лечении язвенной болезни и её осложнениях, нельзя не остановиться на резекции желудка: повсеместно в больницах ПФО выполняется всего от 8 до 20 резекций в год, что подтверждает успешное лечение язвенной болезни врачами-терапевтами. Предложено включить в годовой отчет отдельные виды операций, выполняемые при осложнениях язвенной болезни. Несмотря на постоянно



увеличивающееся количество эндоскопического гемостаза при язвенном кровотечении, проблема ещё далека от своего разрешения. Послеоперационная летальность при язвенном кровотечении колеблется от 7 до 9%, а в Татарстане и Ульяновской области – 15,8% и 19%, соответственно. В отчетной форме не дифференцируются показатели летальности при легком и тяжелом панкреатите, целесообразно отдельное кодирование этих состояний. Отмечено, что качество хирургической помощи напрямую зависит от кадрового состава. За отчетный период ПФО потерял 1 343 хирурга. Теперь в некоторых районах нет не только анестезиологов, но и хирургов.

Доклад главного хирурга Центрального ФО, профессора **Сажина В.П.** содержал сравнительный анализ статистических данных по округу. Число штатных, занятых штатных должностей и физических лиц хирургов в 2020 г. увеличилось по сравнению с 2019 годом на 4%-5%. Несмотря на это по отдельным регионам ЦФО по-прежнему остро стоит проблема подготовки хирургических кадров. Для большинства регионов характерен дефицит врачей–анестезиологов-реаниматологов. Количество хирургических больных в 2020 г. по сравнению с 2019 г. уменьшилось на 18,1%, преимущественно за счёт сокращения плановой госпитализации. Оперативная активность составила 62,32%, что соответствует средним показателям прошлых периодов наблюдения. Госпитальная и послеоперационная летальность составила соответственно 3,79% и 3,20%, что выше показателей 2019 г. Количество плановых хирургических операций уменьшилось в 3,16 раза. Но возросла послеоперационная летальность с 0,17% до 0,24%. В экстренной абдоминальной хирургии госпитализация сократилась на 38,0%, а количество операций – на 43,8%. При этом госпитальная и послеоперационная летальность снизились. Средний показатель доли лапароскопических операций оказался выше в 2019 г. – 50,29%, против 40,71% в 2020 году. В амбулаторной хирургии отмечено увеличение числа хирургов в 2020 году на 80 человек и уменьшение количества обратившихся пациентов почти на 2



млн. человек. Отрицательные результаты работы хирургических служб, такие как уменьшение количества поступивших и оперированных пациентов в плановой хирургии связаны с комплексом противоэпидемических мероприятий. Вероятно, это следует принять во внимание и изучить сложившуюся ситуацию более подробно, с привлечением дополнительной информации из регионов. Влияние пандемии на результаты лечения хирургических больных показаны на примере Больницы скорой медицинской помощи им. К. Н. Шевченко (г. Калуга), где было организовано отделение неотложной хирургической помощи для больных с новой коронавирусной инфекцией. Оперативная активность составила всего 26,5%, а госпитальная и послеоперационная летальности, соответственно, 19,2% и 15,9%. По отчетам главных хирургов регионов хирургические отделения для больных COVID-19 были организованы не везде. Пандемия ещё не объявлена законченной, поэтому вопрос об успешной организации хирургической помощи требует дальнейшего анализа.

Главный хирург Южного ФО, профессор **Черкасов М.Ф.** сообщил, что в округе сохраняется дефицит хирургов (укомплектованность в стационаре на 69%, в поликлинике на 70%), наибольший кадровый дефицит в Волгоградской области и Краснодарском крае. Отмечено снижение числа пролеченных в хирургических стационарах больных до 267 443 (383 486 в 2019 г.), число оперированных пациентов снизилось до 146 111 (198 328 в 2019 г.). Число операций снизилось до 164 301 (231 037 в 2019 г.). Умерло после операций 4 899 человека (в 2019 г. - 5 484). Снижение показателей связано с ограничением плановой госпитализации в условиях пандемии. Проведен детальный сравнительный анализ показателей работы экстренной хирургической службы за 2018-2020 гг. Продемонстрирована динамика госпитальной летальности при острых заболеваниях органов брюшной полости: Острая кишечная непроходимость – 7,2%, 8,7%, 11%. Острый аппендицит – 0,2%, 0,2%, 0,2%. Перфоративная язва – 11%, 13,1%, 14,9%. Желудочное кровотечение – 4,9%, 5,7%, 7,8%. Ущемленная грыжа – 2,3%



2,3% 2,9%. Острый холецистит – 0,8%, 0,7%, 1%. Острый панкреатит – 1,9%, 2,6%, 3,2%. Общая летальность в экстренной хирургии – 2,2%, 2,7%, 3,6%. В связи с ограничением плановой госпитализации, количество плановых операций уменьшилось по сравнению с 2019 г. на 65%.

Количество эндоскопических вмешательств за прошедший год снизилось на 2,5% и составило 11 759 (в 2019 г. - 12 059). Наибольшее количество эндоскопических вмешательств выполнено в Краснодарском крае и Ростовской области, наименьшее – в Республике Калмыкия, Республике Крым, что связано с недостаточным материально-техническим обеспечением и отсутствием квалифицированных специалистов. Количество вмешательств под УЗ- и R-контролем за прошедший год снизилось на 45,8% и составило 4 529 (8 350). В показателях лечения пациентов с гнойными заболеваниями прослеживается тенденция к снижению количества случаев госпитализаций до 61 594 (в 2019 г. - 69 885) и выполненных операций до 51 041 (55 973), а также увеличение числа умерших до 2 637 (2 064). Отмечено повышение числа обращений к хирургам поликлиник до 2 525 412 (2 365 391), однако общее количество операций, выполненных в поликлинике, снизилось до 127 753 (139 158). С учетом глобальных изменений в работе медицинской службы, связанных с необходимостью борьбы с распространением новой коронавирусной инфекции, адекватно интерпретировать динамику показателей работы хирургической службы по сравнению с 2019 годом не представляется возможным и большая часть вышеуказанных изменений, вероятнее всего, имеет временный характер. Однако даже в отрыве от проблем, связанных с пандемией, можно судить о сохраняющемся в настоящий момент в ЮФО кадровом дефиците и недостаточном обеспечении современным хирургическим оборудованием, что не позволяет выйти на хорошие показатели по количеству эндоскопических вмешательств, миниинвазивных операций под рентген- и УЗ-контролем, эффективности эндоскопического гемостаза. Также в отдельных регионах не решена проблема маршрутизации пациентов.



Доклад главного хирурга Сибирского ФО Юданова А.В. представил **Яковлев Е.А.** Число хирургических коек в большинстве регионов СФО уменьшилось, что связано с эпидситуацией в стране. Отмечено также, что с учётом особенностей работы в условиях пандемии COVID-19, когда в течение года число хирургических коек существенно изменялось, целесообразно указывать среднегодовое значение. В целом, по хирургической службе в медицинских организациях СФО проблема дефицита врачебных кадров остаётся актуальной: уменьшается число хирургов, работающих в медицинских организациях (за год число работающих в стационарах сократилось на 16 человек, в 2019 г. уменьшение составило 41 человек). Укомплектованность хирургами по стационару составила 56%, а в некоторых субъектах – ещё ниже (Кемеровская область – 45%, Алтайский край – 47%). Нагрузка на хирурга в стационаре остаётся высокой: коэффициент совместительства составил 1,5. Как правило, актуальность этой проблемы связана с качеством подготовки специалистов. Об этом, в том числе, говорят данные о проценте аттестованных на категорию хирургов – их менее половины и число их продолжает снижаться. Качество подготовки следует считать приоритетом в решении проблемы дефицита хирургических кадров. В целом по СФО все объёмные показатели снижены: количество пролеченных пациентов уменьшилось на 64 186 (на 18%), в том числе экстренных – на 9%, количество оперированных – на 24%, количество операций – на 20%. Оперативная активность в сравнении с 2019г. снижена на 2% и составила 67%. При этом качественные показатели оказались хуже прошлогодних: послеоперационная летальность составила 4,5% против 2,8% в 2019 г., а госпитальная летальность выросла с 3,3% до 4,6%. На показатель госпитальной летальности в округе оказали влияние данные Кемеровской (5,3%), Томской (5,2%), Омской (5,1%) областей. Показатели послеоперационной летальности оказались самыми высокими в Кемеровской (6,0%) и Томской (5,4%) областях. Основная причина повышения летальности – резкое сокращение числа плановых оперативных



вмешательств и оперированных пациентов в связи с пандемией. На показатели летальности также повлияло увеличение числа пролеченных пациентов пожилого и старческого возраста с тяжёлой сопутствующей патологией, в том числе и с пневмониями, особенно, в случаях поздней госпитализации. Сводные данные СФО в экстренной хирургии суммарно по 7-ми учётным нозологиям в 2020 г. сопоставимы с таковыми в 2019 г., при этом отмечено уменьшение числа пролеченных пациентов на 2,8% (71 752 против 73 781). Доля пациентов, госпитализированных позднее 24 часов от начала заболевания увеличилась с 36 до 39%. Показатели летальности выросли: госпитальная летальность составила 3,6% (2,9%), послеоперационная летальность увеличилась до 4,5% (3,6%). Причины ухудшения качественных показателей были названы выше. Приведена динамика показателей по отдельным заболеваниям. Острый аппендицит – пролечено 18 801 пациентов, что на 1 964 меньше, чем в 2019 г., госпитальная летальность выросла до 0,19% (0,13%). Показатель летальности выше среднего по СФО зафиксирован в Кемеровской (0,37%) и Омской (0,26%) областях и в Республике Хакасия (0,26%). Острый холецистит – пролечено 16 885 пациентов, что на 1 671 человек меньше. Госпитальная летальность составила 1,37% (1,32%), послеоперационная летальность осталась на том же уровне – 2,0%; показатель оперативной активности составил 59% (58%). Показатели госпитальной летальности выше среднего по СФО зафиксированы в Тыве (3,2%) и Омской области (2,6%). Острый панкреатит – пролечено 16 739 пациентов, что на 1 106 человек меньше, чем в 2019 году, госпитальная летальность составила 3,6% (2,9%), послеоперационная летальность составила 20%, причём лапароскопически прооперировано 24% от всех оперированных пациентов (в 2019 году – 30%); показатель оперативной активности не изменился и составил 11,0%. Госпитальная летальность выше среднего уровня по СФО зафиксированы в Омской области (6,1%), Хакасии (5,6%), Томской области (4,7%). Острая кишечная непроходимость (неопухолевого генеза) – пролечено 5 445



пациентов, что на 860 человек меньше, чем в 2019 году, госпитальная летальность составила 6,% против 4,9%, послеоперационная летальность составила 5,0% против 8,2%; показатель оперативной активности не изменился и составил 49%. Госпитальная летальность выше среднего уровня по СФО зафиксирована в Омской области (12,0%), Красноярском крае (7,2%), Иркутской области (6,5%). Перфоративная язва желудка и 12 п.к. – пролечено 2 154 пациентов, что на 92 человека меньше, госпитальная летальность составила 14,3% против 10,5 % , послеоперационная летальность - 13,0% против 10,0%. Госпитальная летальность выше среднего уровня по СФО зафиксирована в Кемеровской области (19,0%) и Тыве (25,9%). Язва желудка и двенадцатиперстной кишки с кровотечением – пролечено 4 558 пациентов, что на 673 человек меньше. Госпитальная летальность составила 7,0% против 5,1% , послеоперационная летальность - 15,8% против 15,4%; показатель оперативной активности составил 16,0% против 16,9% в 2019 году. Госпитальная летальность выше среднего уровня по СФО зафиксирована в Иркутской области (9,0%), Омской области (8,2%), Томской области (8,5%). Ущемлённая грыжа – пролечено 4 455 пациентов, что на 127 человек больше, госпитальная летальность составила 3,6% против 3,2%, послеоперационная летальность - 3,5% против 3,0% в 2019 году. Госпитальная летальность выше среднего уровня по СФО зафиксирована в Омской области (6,4%). Объёмы в плановой хирургии в 2020 году были значительно сокращены по объективным вышеназванным причинам. В целом по СФО число пролеченных плановых пациентов уменьшилось на 36%. В 2020 году отмечено снижение эндоскопических вмешательств: папиллосфинктеротомия на 27%, ретроградная холангиопанкреатография – на 18%, билиарное стентирование - на 9%, стентирование вирсунгова протока – на 46%, остановка желудочно-кишечного кровотечения – на 2%. Возможности для выполнения указанных операций есть только в МО III-ого и, отчасти, II-ого уровня, но в 2020 году эти возможности были существенно ограничены в связи с COVID-2019, отсюда и соответствующие результаты.



Вмешательства под ультразвуковым и рентгеновским контролем преимущественно выполняются в крупных многопрофильных стационарах, где есть соответствующее оборудование и специалисты. В 2020 году, как и в предыдущем году, больше половины всех вмешательств под ультразвуковым контролем в СФО были сделаны в трёх регионах: Красноярском крае, Кемеровской и Иркутской областях, но количество вмешательств уменьшилось на 39%. А количество вмешательств под рентгеновским контролем даже выросло на 7% и составило 3 036, причём больше половины этих вмешательств (1 783) сделано в Красноярском крае. Существенно увеличилось количество гнойных хирургических коек и объёмы помощи: количество пролеченных пациентов выросло на 25% (на 11 732 человека), на 17% больше выполнено операций. Показатели госпитальной (7,1%) и послеоперационной летальности (7,0%) остались без изменений. Отмечено значительное (на 22%) снижение обращений к амбулаторным хирургам, что объяснимо эпидобстановкой. Число амбулаторных операций на фоне снижения обращений уменьшилось на 9%. Перспективы развития хирургической службы в регионах СФО связаны в первую очередь с более широким внедрением малоинвазивных хирургических технологий в практику работы хирургических подразделений. В настоящее время в регионах степень использования новых технологий и методик в хирургии чрезвычайно различна и, во многом зависит от финансовых возможностей конкретного региона, авторитета главного хирурга, состояния дел с подготовкой и переподготовкой хирургических кадров. В перспективе условия, в которых работают хирурги на территории округа и в других регионах страны должны выравниваться и такую разницу следовало бы минимизировать. С этой целью было бы целесообразным, после принятия Концепции развития хирургической помощи в Российской Федерации, совместными усилиями РОХ и МЗ РФ разработать и утвердить федеральную целевую программу развития хирургии, в том числе и малоинвазивной хирургии.



Высказаны замечания по работе информационно-аналитической системы на сайте главного хирурга. При несомненных плюсах программы ИАС, которые очевидны как для тех, кто составляет отчёт, так и для тех, кто получает сводные данные для анализа, необходимо отметить некоторые моменты, затрудняющие представление объективной картины по тому или иному разделу работы хирургической службы. При оформлении таблицы №1 все должны понимать, что речь идёт о среднегодовых койках. В противном случае мы получим недостоверную информацию. Данные по численности обслуживаемого населения каждой МО программа механически суммирует, поэтому сводные данные не соответствуют реалиям. В перечень МО, которые оказывают на территории хирургическую помощь, некоторые субъекты включают не только государственные, но и частные МО. Надо ли это делать всем? На этот вопрос необходимо дать точный ответ. Практически всегда при первоначальном оформлении таблиц допускаются те или иные ошибки, которые требуют исправления. Можно ли упростить процедуру исправления ошибок на промежуточном этапе? Необходимо в инструкции по заполнению отчётной формы обязательно внести пояснения или рекомендации по оформлению раздела «Выводы и предложения» и «План работы на следующий год», в которых при всей произвольности должен присутствовать аналитический компонент.

Главный хирург Северо-Кавказского ФО, профессор **Тотиков В.З.** в своём докладе сообщил, что различный подход к перепрофилированию стационаров в том числе хирургических, под COVID-19 во всех 7 регионах СКФО создал различные условия для оказания хирургической помощи, в том числе и экстренной. В одних регионах экстренная хирургическая помощь оказывалась в условиях приближенных к штатному режиму, в других – в менее приспособленных или в районных стационарах, что, несомненно, должно было сказаться на результатах. Однако исходя из данных отчетов летальность и количество осложнений не претерпели заметных изменений. В то же время по данным РОССТАТА за 2020 год отмечен рост избыточной



смертности, в том числе внебольничной, что, несомненно, требует изучения и уточнения данного вопроса. Снижение возможности оказания плановой стационарной хирургической помощи в условиях пандемии увеличило количество больных с острыми хирургическими заболеваниями, однако данный вопрос в отчетах слабо отражен. Отмечено увеличение количества больных с желудочно-кишечными кровотечениями, в том числе язвенными, а также с перфоративными язвами. В условиях инфекционных стационаров на фоне противоковидной терапии отмечен резкий рост забрюшинных гематом у больных с COVID-19 на фоне проводимой терапии. По представленным отчетам четко обозначается снижение количества оперативных вмешательств с использованием малоинвазивных технологий, в том числе видеолaparоскопических. Предложено разработать единые правила функционирования стационаров, оказывающих экстренную хирургическую помощь в условиях различных нестандартных ситуаций и утвердить их МЗ РФ. В обязательном порядке во все хирургические операционные блоки необходимо установить видеоаппаратуру для трансляции операций в режиме реального времени. Дооснастить хирургические стационары регионов современной высокотехнологичной техникой. Необходимо рекомендовать региональным органам управления здравоохранением совместно с медицинскими вузами на основных клинических базах создать учебно-симуляционные центры для более быстрого освоения современных высокотехнологичных и малоинвазивных технологий.

Главный хирург Уральского ФО, профессор **Прудков М.И.** поделился выводами по своему федеральному округу, оценив, что в целом, служба справилась с оказанием хирургической помощи населению. По мнению профессора Прудкова М.И. полученные статистические данные не вполне отражают реальность, в связи с тем, что часть случаев, в том числе летальных, ушла в отчетность по COVID-19.

Сократилось число неотложных операций, при этом на 4% увеличилась доля экстренных больных, поступивших позже 24 часов. Послеоперационная



летальность после неотложных операций существенно не изменилась. Сократилось число плановых операций по поводу всей абдоминальной патологии, в том числе по поводу гнойных заболеваний. Возросла летальность при гнойных заболеваниях. Однако существенно увеличилось число эндоскопических и навигационных вмешательств.

Предложено уделить внимание реорганизации хирургической помощи в больницах первого уровня, на месте «слабых» сформировать диагностические центры. Специализированную помощь целесообразно концентрировать в крупных многопрофильных стационарах. Предложено учитывать в отчетах время от госпитализации до начала неотложной операции.

В обсуждении докладов приняли участие президент РОХ, академик РАН Затевахин И.И.; главный хирург Департамента здравоохранения г. Москвы, член-корреспондент РАН Шабунин А.В.; профессор Кучин Ю.В. (г. Астрахань); заведующий хирургическим эндоскопическим отделением НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского, профессор Старков Ю.Г.

О работе Профильной комиссии в 2020-2021 годах доложил **Оловянный В.Е.** Отмечена активная работа главных хирургов регионов по внедрению электронной отчетной формы, которая позволила не только в короткие сроки получить отчетную информацию по хирургической помощи от всех регионов страны, но и начать использовать систему для анализа частных вопросов. Так с помощью данной системы получена полная информация по летальным случаям в стране при остром аппендиците. Полученные данные будут проанализированы и доложены хирургическому сообществу.

Отмечено, что все замечания и предложения по дальнейшему функционированию электронной отчетной формы разработчики системы учтут в работе. Часть недостатков уже устранены в процессе получения отчетной информации. Подчеркнута большая роль членов Профильной



комиссии в актуализации профессионального стандарта «Врач-хирург», новый проект которого направлен в Национальную медицинскую палату.

Выражена благодарность главным хирургам регионов за организацию выездных мероприятий сотрудников НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского (в 2020 году сотрудники Центра посетили более 50 медицинских организаций в 30 регионах страны).

Менее продуктивной оказалась работа Российского общества хирургов по актуализации клинических рекомендаций. Из восьми заявленных на разработку тем в сентябре 2019 года, к маю 2021 года приняты только две – острый панкреатит и хронический панкреатит. Необходимо ускорить процесс устранения замечаний по проектам клинических рекомендаций со стороны экспертов ЦЭКМП.

В обсуждении приняли участие главный хирург Южного ФО Черкасов М.Ф., главный научный сотрудник организационно-методического отдела НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского, генеральный секретарь РОХ, профессор Фёдоров А.В., главный хирург Архангельской области профессор Дыньков С.М.

**В заключительном слове** председатель Профильной комиссии Ревитшвили А.Ш. отметил основные задачи в работе Профильной комиссии в 2021 году и предложил внести их в протокол заседания в качестве текущего плана работы.

#### **Решение профильной комиссии по хирургии Минздрава России:**

1. Признать работу Профильной комиссии в 2020 году удовлетворительной.
2. Внести предложенные дополнения в разработанную НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского электронную отчетную систему.
3. Завершить разработку заявленных клинических рекомендаций по профилю «хирургия» к 1 июля 2021 года.
3. Главным хирургам регионов проконтролировать выполнение рекомендаций НМИЦ хирургии по результатам выездных мероприятий в 2020 году и доложить о результатах.



4. Главным хирургам федеральных округов провести совещания (конференции) по итогам работы за 2020 год и задачам по организации работы хирургической службы в период пандемии COVID-19.
5. Провести совещание главных хирургов федеральных округов в сентябре 2021 года во время очередного съезда хирургов России.
6. Провести очередную Профильную комиссию по хирургии Министерства здравоохранения Российской Федерации в декабре 2021 г.
7. Протокол заседания Профильной комиссии разместить на сайте главного хирурга Минздрава России [www.главныйхирург.рф](http://www.главныйхирург.рф).

Председатель Профильной комиссии по хирургии  
Минздрава России,  
академик РАН



Ревিশвили А.Ш.

Ответственный секретарь, д.м.н.



Оловянный В.Е.