УДК 617-089 (571.65)

DOI: 10.34215/1609-1175-2020-1-5-10

Хирургическая помощь в регионах Дальнего Востока

А.Ш. Ревишвили, В.Е. Оловянный

Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, Россия

Статья посвящена состоянию хирургической помощи на Дальнем Востоке. Используются данные официальной статистики, отчетов главных хирургов регионов ДФО и сотрудников НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского о посещении медицинских организаций Приморского и Хабаровского краев, а также Еврейской автономной области в 2019 г. Проведен сравнительный анализ показателей организации хирургической помощи. Выделен ряд организационных проблем, отмечено снижение качества и доступности хирургической помощи по целому ряду заболеваний на Дальнем Востоке. Предложены организационные решения по уменьшению летальности при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости, возможные пути развития хирургической помощи в регионах. Сделан акцент на целесообразности наращивания темпов внедрения малоинвазивных хирургических технологий, централизации сложных видов оперативных вмешательств.

Ключевые слова: организация хирургической помощи, абдоминальная хирургия, лапароскопическая хирургия, эндоскопия

Поступила в редакцию 31.01.2020 г. Принята к печати 10.02.2020 г.

Для цитирования: Ревишвили А.Ш., Оловянный В.Е. Хирургическая помощь в регионах Дальнего Востока. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2020;1:5–10. doi: 10.34215/1609-1175-2020-1-5-10

Для корреспонденции: Ревишвили Амиран Шотаевич – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, главный хирург Минздрава России, директор НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского (117997, г. Москва, ул. Большая Серпуховская, 27), ORCID: 0000-0003-1791-9163; e-mail: vishnevskogo@ixv.ru

Surgical care in the regions of Russian Far East

A.Sh. Revishvili, V.E. Olovyannyi

National Medical Research Center for Surgery named after A. V. Vishnevsky, Moscow, Russia

Summary: The article covers the state of surgical care in the Russian Far East. Data of official statistics, reports of chief surgeons of the regions of the Far Eastern Federal District and employees of NMRC for Surgery named after A.V. Vishnevsky on visiting medical institutions of Primorskiy and Khabarovsk territories as well as Jewish Autonomous Province in 2019 was used. A comparative analysis of the indicators of the organization of surgical care was done. A number of organizational problems were identified; a decrease in the quality and accessibility of surgical care for a number of diseases in the Far East was noted. Organizational solutions to reduce mortality in acute surgical diseases of the abdominal organs, possible ways of developing surgical care in the regions are proposed. The emphasis is on the feasibility of increasing the pace of implementation of minimally invasive surgical technologies, centralizing complex types of surgical interventions.

Keywords: organization of surgical care, abdominal surgery, laparoscopic surgery, endoscopy

Received: 31 January 2020; Accepted: 10 February 2020

For citation: Revishvili ASh, Olovyannyi VE. Surgical care in the regions of Russian Far East. *Pacific Medical Journal*. 2020;1:5–10. doi: 10.34215/1609-1175-2020-1-5-10

Corresponding author: Amiran Sh. Revishvili, MD, PhD, professor, academician of the RAS, chief surgeon of the Russian Ministry of Health, director of the Research Center of Surgery named after A.V. Vishnevsky (27 Bolshaya Serpukhovskaya St., Moscow, 117997, Russian Federation); ORCID: 0000-0003-1791-9163; e-mail: vishnevskogo@ixv.ru

Трудности не только в организации медицинской помощи, но и в проживании на Дальнем Востоке общеизвестны: большие расстояния, сложная логистика, суровый климат, сейсмика, частые наводнения, длительный отопительный сезон – это объективные региональные факторы и условия. Дальневосточный федеральный округ (ДФО) занимает 40,6 % площади всей страны, а население округа составляет всего 5,58 % от населения России при минимальной плотности проживания – 1,18 чел./км², при этом численность населения на Дальнем Востоке снижается [1].

Институт хирургии им. А.В. Вишневского недавно обрел статус национального медицинского исследовательского центра и головного учреждения по профилю

«хирургия». Министерством здравоохранения Российской Федерации перед ним поставлен ряд организационно-методических и стратегических задач по совершенствованию хирургической помощи в стране, подготовке кадров, внедрению новых хирургических и информационных технологий, сбору и анализу показателей работы хирургической службы.

Что сегодня всех волнует в организации хирургической помощи в стране, и каковы основные факторы, определяющие ее качество? Прежде всего, это обеспеченность врачебными кадрами, материально-техническое оснащение больниц, организация маршрутизации пациентов и внедрение современных диагностических и лечебных технологий. Есть ли особенности

в организации и уровне хирургической помощи в регионах ДФО?

Проведен сравнительный анализ качественных и количественных показателей организации хирургической помощи в регионах ДФО с уровнем хирургической помощи в других федеральных округах и Российской Федерации в целом.

Врачебные кадры

К одному из критериев, характеризующих доступность хирургической помощи, относится обеспеченность населения врачами-хирургами (на 10 тыс. населения). В целом по округу этот показатель выше среднероссийского – 1,78 (против 1,7 по РФ). Однако он снижается более интенсивно, чем в других округах, за исключением Северо-Западного, где отмечен небольшой рост (с 1,86 до 1,88). За два года показатель обеспеченности хирургами в ДФО снизился на 0,2, тогда как по стране – на 0,16. Наилучшая кадровая ситуация в Чукотском автономном округе (6,25), Магаданской (2,63) и Сахалинской (2,59) областях. Значительный дефицит хирургов зарегистрирован в Еврейской автономной области (показатель обеспеченности – 0,96), что сопровождается крайне высоким уровнем совместительства (2,94) и свидетельствует о большой нагрузке на врачей. Выше среднероссийского в ДФО и уровень обеспеченности населения врачами-эндоскопистами – 0,38 (против 0,33 по РФ). Среди регионов округа этот показатель ниже только в Забайкальском крае – 0,27 [2].

Обеспеченность хирургическими койками

При среднем уровне обеспеченности хирургическими койками по стране в 4,86 на 10 тыс. населения, в большинстве регионов ДФО этот показатель выше: Чукотский АО – 13,98, Сахалинская обл. – 7,9, Магаданская обл. – 7,84. Ниже данный показатель только

в Хабаровском крае (4,46) и Амурской области (4,52) [2]. Об избытке коек хирургического профиля, на наш взгляд, следует говорить только применительно к конкретным медицинским организациям с учетом средней занятости и оперативной активности. В регионах с обширной территорией и низкой плотностью населения (Сибирь, Дальний Восток) наблюдается более высокая обеспеченность хирургическими койками и более длительный средний срок лечения: в ДФО – 10,25 дня, в РФ – 8,75 дня. Оперативная активность крайне вариабельна и зависит от уровня медицинской организации и превалирования плановой или экстренной помощи. Встречаются районные больницы с уровнем оперативной активности менее 20 %.

Экстренная хирургическая помощь

Отчетные данные главных хирургов регионов за 2017–2018 гг. показали существенные различия в качестве оказания экстренной хирургической помощи, как между федеральными округами, так и между отдельными регионами в пределах одного федерального округа, по уровню летальности, оперативной активности, доле применения малоинвазивных технологий, организации маршрутизации пациентов, в чем регионы ДФО не исключение [3, 4].

В целом по ДФО уровень послеоперационной летальности при острых хирургических заболеваниях выше среднероссийского, за исключением острого аппендицита и перфоративной язвы, широко распространенных, но менее тяжелых заболеваний, не требующих для лечения в большинстве случаев специального оборудования, длительной интенсивной терапии или экстренной транспортировки пациентов в региональные медицинские центры (табл. 1). С задачей лечения здесь успешно справляются хирурги на местах, независимо от уровня организации медицинской помощи. Однако там, где летальность высокая, требуется пристальное

Таблица 1

Послеоперационная летальность при острых заболеваниях органов брюшной полости в РФ и регионах ДФО (2018)

Субъект РФ	Летальность по заболеваниям*, %						
	ОКН	ОА	ГДПЯ	ЖКК	УГ	ОХ	ОП
РФ в целом	9,22	0,14	9,09	12,90	3,00	1,21	12,96
ДФО в целом	10,74	0,12	7,17	16,34	4,17	2,70	17,34
Республика Бурятия	17,09	0,08	5,41	10,20	3,97	3,03	11,84
Республика Саха	15,52	–	1,12	4,76	5,43	0,23	15,52
Забайкальский край	12,15	0,06	6,77	20,83	4,93	4,37	14,41
Камчатский край	5,06	0,66	5,88	75,00	5,00	3,40	37,50
Приморский край	8,06	0,10	5,96	11,97	3,13	3,98	11,48
Хабаровский край	13,46	0,36	8,77	29,63	2,66	2,30	27,78
Амурская область	5,81	0,30	10,61	12,00	9,50	1,92	34,78
Магаданская область	27,78	–	15,79	37,50	–	1,64	14,29
Сахалинская область	6,87	–	9,80	18,75	6,94	2,11	33,33
Еврейская АО	15,79	–	6,67	–	4,00	4,69	–
Чукотский АО	–	–	–	–	11,11	–	–

* ОКН – острая кишечная непроходимость, ОА – острый аппендицит, ГДПЯ – гастро-дуоденальная перфоративная язва, ЖКК – желудочно-кишечное кровотечение, УГ – ущемленная грыжа, ОХ – острый холецистит, ОП – острый панкреатит.

Таблица 2

Удельный вес поздней госпитализации при острых заболеваниях органов брюшной полости в РФ и регионах ДФО (2018)

Субъект РФ	Доля поздних госпитализаций по заболеваниям*, %						
	ОКН	ОА	ГДПЯ	ЖКК	УГ	ОХ	ОП
РФ в целом	44,4	31,2	25,7	39,1	26,3	46,3	46,4
ДФО в целом	53,2	32,9	25,8	38,1	26,7	55,7	54,4
Республика Бурятия	75,5	37,9	41,4	50,3	33,6	59,2	60,2
Республика Саха	53,8	32,1	11,2	33,8	23,3	47,3	49,1
Забайкальский край	58,9	29,3	21,1	38,9	25,6	53,9	53,4
Камчатский край	75,9	40,5	31,4	73,6	31,7	52,5	43,9
Приморский край	49,6	36,1	21,5	32,6	33,3	49,9	48,4
Хабаровский край	54,8	32,1	33,3	39,5	26,6	59,3	60,1
Амурская область	38,3	25,0	26,5	48,9	40,0	61,4	58,5
Магаданская область	75,4	46,9	47,5	87,5	67,7	72,0	70,3
Сахалинская область	36,8	27,7	23,9	31,3	28,8	71,1	53,1
Еврейская АО	34,8	42,2	18,8	54,8	30,8	70,2	68,3
Чукотский АО	66,7	46,4	–	85,7	40,0	8,3	28,6

* ОКН – острая кишечная непроходимость, ОА – острый аппендицит, ГДПЯ – гастро-дуоденальная перфоративная язва, ЖКК – желудочно-кишечное кровотечение, УГ – ущемленная грыжа, ОХ – острый холецистит, ОП – острый панкреатит.

внимание и анализ причин со стороны руководителей регионального здравоохранения.

В причинах высокой летальности при острых хирургических заболеваниях невозможно указать какой-то определяющий фактор, они комплексные. Например, при остром холецистите обращает на себя внимание низкая оперативная активность в целом по федеральному округу и отдельным регионам: РФ – 62,7 %, ДФО – 48,7 %, Приморский край – 43,6 %, Забайкальский край – 43,2 %, Хабаровский край – 42,6 %. При сравнении по федеральным округам уровня оперативной активности и послеоперационной летальности отмечается достоверная обратная зависимость: чем чаще и раньше выполняется холецистэктомия, преимущественно лапароскопическим доступом, тем ниже послеоперационная летальность [4].

Отдельно рассмотрим показатели Чукотской АО, где в 2018 г. из всех экстренных пациентов умер один с ущемленной грыжей. Однако всего было госпитализировано 75 человек, оперировано 66, из которых 42 % пришлось на больных острым аппендицитом. Следует отметить достаточно молодое население этого северного региона, как фактор, влияющий на показатели заболеваемости и смертности. Доля людей в возрасте 65 лет и старше в Чукотском АО – 2,2 % (в среднем по РФ этот показатель в 2015 г. составлял 13,9 %, а по ДФО – 21,6 %) [1]. Нельзя не отметить и высокую обеспеченность хирургами, хорошее оснащение лечебно-диагностическим оборудованием, на что указывает высокая частота применения лапароскопической техники в хирургии [4].

Вероятно, этими же причинами можно объяснить отсутствие или низкую послеоперационную летальность при ряде острых хирургических заболеваний в Магаданской области, где пожилого населения всего 3,6 %. Однако доля поздно госпитализированных пациентов в данном регионе составляет более 70 %, и в этом

основная причина высокой летальности при кишечной непроходимости, перфоративной язве и желудочно-кишечных кровотечениях.

В целом госпитальная летальность на хирургической койке в ДФО выше среднего уровня по стране – 1,58 % против 1,19 % [2]. Летальность в группе пациентов, госпитализированных после 24 часов от начала заболевания в 2–3 раза выше, чем среди пациентов, доставленных в первые сутки. Удельный вес поздних госпитализаций в РФ увеличивается: в 2000 г. – 32,9 %, в 2010 г. – 36,1 %, в 2017 г. – 37,8 %, в 2018 г. – 39,54 %, что, вероятно, и удерживает послеоперационную летальность в экстренной хирургии на одном уровне почти на протяжении 20 лет несмотря на развитие малоинвазивных технологий, диагностической службы и интенсивной терапии [4]. Поздняя госпитализация – важнейший показатель, который должен анализироваться организаторами здравоохранения. Уровень его в меньшей степени зависит от работы хирургической службы, и в большей степени – от первичного звена, скорой медицинской помощи, информированности населения и транспортной доступности. Однако достоверность этого показателя обусловлена качеством заполнения медицинской документации.

В целом в ДФО доля пациентов, обратившихся за медицинской помощью более чем через сутки от начала заболевания, превышает средние показатели по стране (табл. 2). При желудочно-кишечных кровотечениях поздняя обращаемость менее выражена, следовательно причины высокой летальности надо искать в недостатках организации эндоскопической помощи.

Малоинвазивные хирургические технологии

Еще одним важным фактором, влияющим на снижение послеоперационной летальности, признается уровень внедрения малоинвазивных хирургических технологий. Показатели применения лапароскопической

Таблица 3

Применение лапароскопической техники в РФ и регионах ДФО (2018)

Субъект РФ	Частота применения при заболеваниях*, %								
	ОХ	ОА	ПЯ	ЖКБ	ГПОД	ЗН	ЗС	ГБС	ЗТК
РФ в целом	52,61	25,10	9,42	82,14	72,31	56,24	24,74	7,88	19,91
ДФО в целом	34,57	9,94	2,32	86,18	46,17	44,44	31,75	4,78	7,3
Республика Бурятия	27,51	3,91	6,76	91,78	76,47	66,67	–	2,37	18,75
Республика Саха	46,92	19,95	7,87	93,81	68,33	–	71,43	6,86	22,92
Забайкальский край	34,95	7,11	0,75	86,90	97,18	100,00	36,36	1,44	5,17
Камчатский край	47,66	9,30	–	84,18	–	–	–	–	–
Приморский край	36,75	3,54	0,43	85,30	–	62,50	–	2,33	17,24
Хабаровский край	21,84	1,42	2,63	81,61	13,09	36,36	22,22	–	0,46
Амурская область	36,16	17,44	1,52	86,74	73,91	–	50,00	10,30	6,63
Магаданская область	60,66	11,11	–	69,23	–	–	–	3,13	–
Сахалинская область	10,56	19,15	3,92	83,56	15,00	–	28,57	11,95	7,14
Еврейская АО	20,31	0,79	–	21,18	–	–	–	–	–
Чукотский АО	100,00	100,00	100,00	93,62	100,00	–	–	48,15	18,18

* ОХ – острый холецистит, ОА – острый аппендицит, ПЯ – перфоративная язва, ЖКБ – желчнокаменная болезнь, ГПОД – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, ЗН – заболевания надпочечников, ЗС – заболевания селезенки, ГБС – грыжи брюшной стенки, ЗТК – заболевания толстой кишки.

Таблица 4

Применение гибкой эндоскопии в РФ и регионах ДФО (2018)

Субъект РФ	Количество процедур*, на 100 тыс. взрослого населения					
	ЭПСТ	СЖП	СПП	ЭГ	ПЭЖ	ПЭК
РФ в целом	22,13	6,92	0,84	29,97	15,49	30,15
ДФО в целом	8,69	1,05	0,48	20,39	24,13	23,06
Республика Бурятия	28,12	7,62	3,88	65,53	132,17	76,34
Республика Саха	10,57	0,43	–	3,14	5,86	4,86
Забайкальский край	3,73	–	–	28,00	5,60	17,30
Камчатский край	7,19	–	–	99,11	22,38	51,15
Приморский край	–	–	–	–	–	–
Хабаровский край	10,9	0,28	–	6,25	8,62	13,55
Амурская область	6,63	–	–	16,33	33,46	52,21
Магаданская область	20,18	–	–	42,12	5,26	14,04
Сахалинская область	–	–	–	–	–	–
Еврейская АО	–	–	–	–	–	–
Чукотский АО	–	–	–	–	–	–

* ЭПСТ – эндоскопическая папиллосфинктеротомия, СЖП – стентирование желчных протоков, СПП – стентирование панкреатического протока, ЭГ – эндоскопический гемостаз, ПЭЖ – полипэктомия желудка, ПЭК – полипэктомия кишки.

техники в большинстве регионов ДФО в экстренной хирургии уступают среднероссийским, причем в Республике Бурятия, Забайкальском, Приморском, Хабаровском краях отставание значительное, а в Еврейской АО внедрение лапароскопических технологий остается на уровне конца XX века (табл. 3).

Несколько лучше ситуация с применением лапароскопических вмешательств обстоит в плановой хирургии, но и здесь доля и спектр выполняемых операций меньше, чем в целом по стране. Вероятно, не везде надо проводить сложные эндохирургические вмешательства, но в экстренной хирургии острого холецистита, острого аппендицита, перфоративной язвы и в плановой хирургии желчнокаменной болезни их доля должна возрастать.

Использование внутрисветной эндоскопии с лечебной целью в округе также значительно уступает среднему уровню, достигнутому в стране (табл. 4). Возможно, низкий уровень внедрения гибкой эндоскопии – результат издержек в заполнении отчетной формы главными хирургами регионов. Вряд ли ведущие клиники Приморского края обходятся без рутинных эндоскопических процедур. Тем не менее при посещении экспертами НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского Владивостокской клинической больницы № 2, которая оказывает экстренную и неотложную помощь жителям краевого центра, отмечен крайне низкий уровень использования эндоскопии. В клинике на тот период не выполнялся эндоскопический гемостаз при желудочно-кишечных кровотечениях,

Таблица 5

Плановая хирургия в РФ и регионах ДФО (2018)

Субъект РФ	Количество операций*, на 100 тыс. взрослого населения					
	ОЯБ	ГП	ХЦЭ	ОЖП	ОП	ОПЖ / ПДР
РФ в целом	5,1	173,8	128,9	6,9	3,1	7,3 / 0,8
ДФО в целом	4,1	129,4	103,5	4,8	3,4	7,4 / 0,7
Республика Бурятия	0,7	99,5	97,8	7,2	1,7	6,2 / 1,2
Республика Саха	4,1	89,6	170,8	4,9	6,3	2,7 / 0,6
Забайкальский край	4,5	172,4	143,5	7,7	7,1	11,2 / -
Камчатский край	1,2	85,5	63,1	10,8	0,4	2,0 / -
Приморский край	2,3	114,5	51,3	1,0	0,8	3,8 / 0,7
Хабаровский край	7,6	96,1	82,4	4,6	1,4	14,7 / -
Амурская область	5,5	188,3	151,1	5,2	2,9	8,4 / 1,6
Магаданская область	6,1	168,5	159,7	18,4	-	7,0 / -
Сахалинская область	6,7	260,4	116,7	2,6	-	8,0 / 2,3
Еврейская АО	2,4	65,8	68,2	-	38,5	3,2 / 1,6
Чукотский АО	2,7	147,0	127,9	10,9	21,8	10,9 / -

* ОЯБ – операции при язвенной болезни, ГП – герниопластика, ХЦЭ – холецистэктомия, ОЖП – операции на желчных путях, ОП – операции на печени, ОПЖ – операции на поджелудочной железе, ПДР – панкреатодуоденальная резекция.

эндоскопическая литоэкстракция при холедохоли-
тиазе, ретроградное трансдуоденальное стентиро-
вание при механической желтухе. На момент проверки
в больнице не было ни одного исправного эндоскопа
для выполнения экстренной эзофагогастродуодено-
скопии и остановки кровотечения.

В областной больнице Еврейской АО эксперты за-
фиксировали аналогичную ситуацию. Лечение выше-
указанных хирургических заболеваний осуществ-
лялось либо консервативно, либо с использовани-
ем открытых вмешательств. Сложившаяся ситуа-
ция обусловлена проблемами технического обеспе-
чения и отсутствия подготовленного персонала. На момент
проверки в больнице не существовало возможности
проведения диагностических алгоритмов, включа-
ющих компьютерную и магнито-резонансную томо-
графическую диагностику заболеваний хирургиче-
ского профиля. Проблема возникла из-за отсутствия
исправного оборудования. В сложившейся ситуации
сложно что-то говорить об использовании эндоскопии
в районных больницах.

Плановая хирургическая помощь

Население регионов ДФО обеспечено плановой хи-
рургической помощью на среднероссийском уровне
(табл. 5). Главным хирургам регионов следует сопо-
ставить уровень летальности при ущемленной грыже,
остром холецистите с объемом плановой хирургии
грыж и желчнокаменной болезни. Необходимо обра-
тить внимание на уровень применения аллопластики
в хирургии грыж – в ДФО он ниже среднероссийского
показателя: 36,29 против 58,67 %.

Основные оперативные вмешательства при забо-
леваниях печени и поджелудочной железы выполня-
ются в большинстве регионов. Однако объем сложных
пособий в отдельно взятых субъектах небольшой, нет
явных лидеров регионального уровня, где можно было

бы концентрировать пациентов для организации меж-
регионального центра хирургии печени и поджелудоч-
ной железы, а целесообразность в организации таких
центров очевидна – результаты лечения при большом
потоке пациентов улучшаются.

Маршрутизация пациентов хирургического профиля

Еще один важный вопрос в организации хирурги-
ческой помощи на современном этапе. При разном
уровне оснащения медицинских организаций, дефи-
ците хирургов в медицинских учреждениях первого
уровня важна организация маршрутизации пациентов
хирургического профиля не только в экстренных, но
и в плановых ситуациях. И здесь необходимы норма-
тивные документы регионального уровня, обеспечи-
вающие рациональное распределение пациентов по
медицинским организациям в зависимости не только
от тяжести состояния, нозологии, но и лечебно-диа-
гностических возможностей.

При изучении ряда региональных нормативных
документов, касающихся организации хирургической
помощи, выясняется, что в большинстве своем они
только дублируют «Порядок организации медицин-
ской помощи взрослому населению по профилю «хи-
рургия» (приказ МЗ РФ от 15.11.2012 г. № 922н) и не ка-
саются маршрутизации хирургических пациентов. Нет
рекомендаций по маршрутизации в зависимости от
нозологии и тяжести состояния, объема и вида хирур-
гической помощи. Не везде выделены межрайонные
больницы, которые при достаточном к ним внимании
могут решать более серьезные задачи при известных
ограничениях возможностей районных лечебно-про-
филактических учреждений, не только в экстренной,
но и в плановой помощи, разгружая региональные
центры от рутинных операций. Во многих регионах
Центрального и Приволжского федеральных округов,
Урала и Северо-Запада страны такие межрайонные

хирургические центры организованы, а нормативные документы детально определяют работу хирургической службы (Тульская область, Республика Чувашия, Свердловская область и др.). Инициатива в этом вопросе должна исходить от главных хирургов регионов. На основании многофакторного анализа ситуации хирургической помощи в своем регионе необходимо убеждать региональные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья, где, какие, какого уровня медицинские организации следует усиливать, развивать в первую очередь за счет современных технологий, а усиление каких нецелесообразно или невозможно по объективным причинам, где и какие пациенты могут получить более эффективную помощь.

В 2019 г. в стране активизирована работа по проведению телемедицинских консультаций федеральными центрами региональных медицинских организаций третьего уровня. НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневого провел более 940 таких консультаций. Все регионы ДФО обращались в Центр хирургии, наиболее активными были Камчатский и Забайкальский края (более 20 обращений в течение года).

Выводы

- ◆ Несмотря на имеющиеся организационные, кадровые и материально-технические проблемы, необходимо отметить, что качество оказания специализированной хирургической помощи в регионах ДФО по основным показателям не уступает большинству регионов страны. В то же время ряд показателей хирургической помощи необходимо улучшить.
- ◆ Важен анализ причин высокой послеоперационной летальности при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости с принятием конкретных организационных решений.
- ◆ Целесообразно усилить работу первичного звена, скорой медицинской помощи, и работу со средствами массовой информации по профилактике поздней обращаемости населения за медицинской помощью. Важно обеспечивать своевременный перевод пациентов с тяжелыми острыми хирургическими заболеваниями в медицинские организации более высокого уровня из районных больниц.
- ◆ Необходимо наращивать долю малоинвазивных хирургических вмешательств, что требует в первую очередь оснащения медицинских учреждений лапароскопическим и эндоскопическим оборудованием, особенно в отстающих по данному направлению регионах. Для этого необходимы региональные программы.
- ◆ За счет налаживания единой информационной системы главный хирург региона должен иметь возможность ежедневно контролировать ход лечения пациентов хирургического профиля в медицинских организациях первого и второго уровня. Такая работа

хорошо налажена в Волгоградской, Калининградской, Костромской, Тульской областях и ряде других регионов.

- ◆ Целесообразно актуализировать приказы по маршрутизации хирургических пациентов в субъектах ДФО с учетом возможностей медицинских учреждений разных уровней, используя положительный опыт ряда регионов. При дефиците специалистов и оборудования на первом уровне уместно формирование межрайонных (межмуниципальных) хирургических центров на базе городских и крупных районных больниц.
- ◆ Необходима помощь главным внештатным хирургам в получении ежегодных отчетов от руководителей хирургических служб медицинских организаций и контроль за корректностью заполнения отчетной формы. На основании отчетной формы, ежегодно запрашиваемой и анализируемой экспертами при главном хирурге Минздрава России, делается заключение о состоянии хирургической помощи в регионах РФ. На основании данных отчетной формы предлагаются организационные решения.
- ◆ Важно продолжить на постоянной основе через ВЦМК «Защита» телемедицинскую связь с «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневого» Минздрава России для проведения консультаций/консилиумов по рекомендуемому перечню заболеваний и состояний (<https://www.vishnevskogo.ru>).

Конфликт интересов: авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования: авторы заявляют о финансировании проведенного исследования из собственных средств.

Литература / References

1. Киселев С.Н. Тенденции демографической нагрузки и экономичности роста населения Дальневосточного Федерального округа в начале XXI века. *Дальневосточный медицинский журнал*. 2017;1:78–82. [Kiselev SN. Trends in the demographic burden and economic growth of the population of the Far Eastern Federal District at the beginning of the XXI century. *Far Eastern Medical Journal*. 2017;1:78–82 (In Russ).]
2. Александрова Г.А., Голубев Н.А., Тюрина Е.М., Огрызко Е.В., Шелепова Е.А. *Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения*. М., 2019. [Alexandrova GA, Golubev NA, Tyurina EM, Ogryzko EV, Shelepova EA. *Resources and activities of medical healthcare organizations*. Moscow; 2019 (In Russ).]
3. Ревিশвили А.Ш., Сажин В.П., Федоров А.В., Оловянный В.Е., Нечаев О.И., Шелина Н.В., Захарова М.А. *Хирургическая помощь в Российской Федерации*. М., 2018. [Revishvili ASH, Sazhin VP, Fedorov AV, Olovyanniy VE, Nechaev OI, Shelina NV, Zakharova MA. *Surgical care in the Russian Federation*. Moscow; 2018 (In Russ).]
4. Ревিশвили А.Ш., Оловянный В.Е., Сажин В.П., Нечаев О.И., Захарова М.А., Шелина Н.В., Миронова Н.Л. *Хирургическая помощь в Российской Федерации*. М., 2019. [Revishvili ASH, Olovyanniy VE, Sazhin VP, Nechaev OI, Zakharova MA, Shelina NV, Mironova NL. *Surgical care in the Russian Federation*. Moscow; 2019 (In Russ).]