

НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИИ В ОТЕЧЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

ДИРЕКТОР
ГУ «ИНСТИТУТ ХИРУРГИИ
ИМЕНИ А.В. ВИШНЕВСКОГО»
РАМН
Владимир Дмитриевич
Федоров



Хирургическая служба всегда была и остается одной из ведущих составляющих в общей системе здравоохранения. С ней связаны вопросы профилактики развития тяжелых осложнений и онкологических заболеваний, радикальная помощь при травмах (в том числе связанных с транспортом, техногенными и природными катастрофами). Развитие хирургической помощи населению приводит к существенному росту и совершенствованию современных методов клинической, инструментальной и высокотехнологичной аппаратной диагностики заболеваний, долгое время протекающих без клинически или с малыми клиническими проявлениями. Это делает необходимым использование современных скрининговых методов (диспансеризация на высоком технологическом уровне).

Для этого необходима не только доступность профилактических осмотров у медицинских работников, но и широкое оснащение их эндоскопической аппаратурой, ультразвуковой и доплеровской, компьютерной рентгеновской и магнитно-резонансной техникой, а также и специальная высококвалифицированная подготовка специалистов, основанная не только на теоретической основе, но и на большом опыте доказательных медицинских исследований с учетом разностороннего разбора заболевших группой различных специалистов, оценкой результатов операций и морфологических исследований.

Ранняя диагностика опухолевых заболеваний первоначально входила в задачи создавшейся в 1960–1975 годы онкологической службы. Однако уменьшение внимания к санпросветработе, ослабление роли районных онкологов в поликлиниках и превращение онкодиспансеров главным образом в лечебные и зачастую маломощные учреждения (до 100–200 коек на все профили онкологической заболеваемости) не обеспечило решения этой важнейшей задачи здравоохранения, особенно в условиях роста онкологических заболеваний. Даже стационарная помощь больным с наиболее распространенными заболеваниями оказывается в онкологических учреждениях лишь в 17–34% случаев (по разным локализациям). Остальные пациенты лечатся в стационарах общей сети, в том числе в хирургических клиниках и отделениях больниц.

Таким образом, для того чтобы выполнить национальный проект «Здоровье», в который включается программа профилактики, диспансеризации и раннего лечения ради увеличения продолжительности жизни населения России, помимо решения социальных проблем, необходимо программное повышение оснащения крупных многопрофильных больниц, подготовка высококвалифицированных кадров по системе резидентуры (3–5 лет обучения, при крупных медицинских центрах областного и федерального подчинения). Это прежде всего необходимо для специалистов по различным направлениям хирургии, которая требует особенно высокого уровня теоретической, практической и организационной подготовки и контакта со многими смежными специалистами – анестезиологами, терапевтами, профессионалами лучевой диагностики и пр.

Если идти по другому пути – создания новых узкопрофильных и хорошо оснащенных центров (артрологических, кардиохирургических, нейрохирургических и т.п.), то это принесет какой-то эффект, но он будет временным, не создаст больших перспектив в развитии медицинской помощи и разрушит замечательные традиции русской медицины, основанной на высоких гуманитар-

ных принципах и глубоких разносторонних клинических подходах к лечению каждого пациента, а не отдельного заболевания у него. Узкоспециализированный подход к лечению пациента приводит к недообследованию его состояния в целом и возникновению осложнений со стороны других органов и систем или ошибкам в диагностике других, более значимых для жизни заболеваний.

С такими ситуациями мы достаточно часто встречаемся в последние годы, когда ряд больных уезжает за границу на операции по поводу определенных заболеваний (например, для аортокоронального шунтирования), а возвращается с последствиями нарушения мозгового кровообращения из-за атеросклеротического сужения сонных сосудов, обследование которых не было включено в оплату лечения, и т.п.

В этом отношении прекрасным примером рациональной организации профилактического и лечебного характера является создание Центра грудной хирургии при Краевой больнице в г. Краснодаре, который по инициативе Губернатора, опиравшегося на руководителя Центра – профессора В.А. Порханова, всесторонне оснастил этот Центр современной аппаратурой, добился высокой степени быстрого всестороннего обследования больных в поликлинике, интенсивного лечения и т.п. Сейчас уже вся Краевая больница является единым комплексным звеном с этим Центром и в ней идет очень активная работа по разностороннему обследованию больных за 1–2 дня, включая УЗ и КТ исследования, ангиографию, выполняются десятки операций в день по поводу острого инфаркта миокарда и ИБС, пороков сердца, заболеваний легких.

Такой интенсивно работающий диагностический и хирургический центр существенно изменил результаты работы здравоохранения в крае и может служить истинным примером развития профилактического и лечебного направления в хирургии для других регионов, тем более что там уже создан проект дальнейшего строительства и переоснащения всей Краевой больницы. Одним из залогов успеха в работе этой больницы, кроме регионального высокого уровня финансирования, является широкая возможность взаимодействия специалистов соседних отделений разного профиля.

Мощная, современная хирургическая служба развития в Краевой больнице Красноярского края, где совместно с клиниками медицинской академии разработаны и внедрены в практику современные стандартизированные методы оказания хирургической и реанимационной помощи больным с острыми заболеваниями органов живота, травмами, применяются ангиографические методы диагностики и лечения заболеваний сосудов и многое другое.

В Иркутске на базе областной больницы активно работает ГУ Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. Есть еще ряд крупных клинических подразделений подобного рода (г. Ростов-на-Дону, г. Омск, г. Пермь, г. Уфа, г. Нижний Новгород, г. Самара и др.), к которым можно было бы присоединить или слить с ними намечаемые к строительству новые специализированные и хорошо оснащенные центры. Это значительно повысило бы эффективность финансовых вложений в здравоо-

хранение и способствовало росту квалификации врачебного состава в разных регионах страны.

Если говорить о задачах дальнейшего развития хирургических методов лечения, то нужно упомянуть, кроме расширения количества операций на сердце и сосудах (направленных в основном на лечение ишемической болезни сердца и профилактики инсульта мозга), широкое внедрение лапароскопических и торакокопических операций, которые обеспечивают более быстрое выздоровление больных, сопряжены с меньшим риском осложнений, сокращением сроков нетрудоспособности и экономически выгодны. Анализ частоты этих вмешательств свидетельствует о большой разнице внедрения их в отдельных регионах каждого субъекта Федерации. С одной стороны, это связано с недостаточным оснащением их специальной аппаратурой, а с другой – с недостаточными требованиями, предъявляемыми к хирургам в овладении методикой видеоэндоскопических операций.

В последнее десятилетие у нас в стране стали организовываться специальные хирургические центры по лечению заболеваний печени и поджелудочной железы, вплоть до трансплантации этих органов. Такое современное направление необходимо приветствовать и заботиться о его оснащении и подготовке специалистов в этом сложном разделе хирургии, так как частота хронических поражений этих органов вплоть до развития злокачественных опухолей (в связи с этаноловой интоксикацией и распространением вирусных гепатитов) нарастает и приобретает национальное значение.

На хирургическую службу ложится большая ответственность в организации и методике лечебных мероприятий в случаях массовых поражений при техногенных, природных и военного характера катастрофах, особенно с возникновением тяжелых ожогов и комбинированных травмах, нередко сопровождающихся синдромом длительного сдавливания конечностей и возникновения распространенных гнойных процессов.

С организационной точки зрения хирургические коллективы должны понимать, что МЧС и служба «Защита» Минздравсоцразвития призваны обеспечивать извлечение, эвакуацию пострадавших и оказание первичной, а иногда и специализированной помощи на базе разворачиваемых передвижных госпиталей или местных районных больниц. Однако высококвалифицированная хирургическая помощь должна проводиться при участии ведущих специалистов крупных лечебных учреждений, а иногда и на их базе.

Для этого должна быть организована четко и быстро работающая государственная служба, обеспечивающая своевременное решение о характере и объеме поражения и распоряжающаяся всеми необходимыми силами (транспорт, авиация, бригада МЧС, служба «Защита», медицинские учреждения на местах и федерального уровня, снабжение и пр.).

Термические травмы достаточно часты на всех территориях нашей страны. Общее число пострадавших в год достигает 1 млн. человек. Такие поражения



(глубокие ожоги) регистрируются у 60–70% из них, а у 20–30% из этого числа возникают и термоингаляционные травмы (ожоги слизистой бронхиального дерева). Такие поражения особенно опасны для жизни или сопровождаются инвалидностью. Эффективная помощь оказывается в 60 специализированных ожоговых центрах, но более 20 регионов не имеют таких отделений в больницах, и пострадавшие там даже в случае излечения имеют тяжелые рубцовые деформации конечностей и туловища, теряют трудоспособность и становятся психически ущербными. Поэтому одной из организационных проблем является создание специальных ожоговых центров во всех субъектах Федерации.

С точки зрения методологии лечения ожогов отечественные хирурги владеют всеми современными возможностями, но широкое распространение их сдерживает недостаточное финансирование, необходимое для обеспечения квалифицированной реаниматологической помощи с использованием кроватей на воздушной подушке, дыхательной аппаратурой, широким спектром антибиотикотерапии, известных методов клеточной технологии и иммунотерапии.

Создание национальной программы «Здоровье» и выделение под нее соответствующих финансовых средств на федеральном и региональном уровнях позволяет надеяться на постепенное решение указанных проблем.