



ЗАДАЧИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РОССИИ НА 2020-2021 ГОДЫ

А.Ш. Ревিশвили
директор НМИЦ хирургии имени А.В. Вишневского
главный хирург Минздрава России
академик РАН

14 сентября 2020 г.
Москва

Комментарий к слайду №1

Уважаемые коллеги! Несмотря на отсутствие в последние полгода возможности проводить очные встречи в формате съездов и конференций, мы должны использовать любой шанс для общения. Сегодня такую возможность нам предоставили организаторы Форума – Российское общество хирургов.

Цель моего выступления - показать некоторые итоги работы хирургической службы за 2019 г., которые не удалось подвести из-за переноса съезда хирургов. Данные взяты из отчетов главных хирургов регионов и федеральных округов. Вся статистика будет опубликована в полном объеме в очередном информационно-аналитическом сборнике. Безусловно, необходимо сказать и о задачах, стоящих перед хирургической службой страны.

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ

1. Краткие итоги 2019 года
2. Хирургия в условиях пандемии COVID-19
3. Подготовка кадров
4. Актуализация профессионального стандарта «Врач-хирург»
5. Федеральный проект «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров»
6. Подготовка клинических рекомендаций

Комментарий к слайду №2

Основными задачами на ближайшее время являются организация хирургической помощи в условиях пандемии, подготовка кадров, актуализация профессионального стандарта «врач-хирург», развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и в частности расширение взаимодействия регионов с НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского, а также подготовка (обновление) клинических рекомендаций.

1. Краткие итоги 2019 года
2. Хирургия в условиях пандемии COVID-19
3. Подготовка кадров
4. Актуализация профессионального стандарта «Врач-хирург»
5. Федеральный проект «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров»
6. Подготовка клинических рекомендаций

ВРАЧЕБНЫЕ КАДРЫ*

Федеральные округа	Численность хирургов			Обеспеченность на 10 000 населения		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Российская Федерация	20 437	19 918	19 547	1,75	1,71	1,68
Центральный	5 549	5 454	5 430	1,72	1,69	1,68
Северо-Западный	2 108	2 134	2 086	1,86	1,88	1,84
Южный	2 405	2 338	2 235	1,83	1,78	1,70
Северо-Кавказский	1 255	1 193	1 203	1,75	1,65	1,66
Приволжский	3 985	3 833	3 741	1,69	1,64	1,60
Уральский	1 576	1 535	1 505	1,64	1,60	1,57
Сибирский	2 563	2 203	2 149	1,71	1,65	1,61
Дальневосточный	899	1 132	1 103	1,86	1,79	1,75

4

* Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Ч. 1. М., 2020

Комментарий к слайду №4

Количество хирургов в стране продолжает сокращаться. За два года (-) 890 человек. Наихудшая ситуация с обеспеченностью населения хирургами в Уральском, Приволжском и Сибирском федеральных округах. Наилучшая ситуация – в Северо-Западном ФО.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ХИРУРГАМИ В РЕГИОНАХ РФ (2019)

- - менее 1,50 на 10 тыс. населения
- - более 2,00 на 10 тыс. населения



Средний уровень по РФ – 1,68 на 10 тыс. населения)*

Минимальная обеспеченность	
Регион	Уровень
Еврейская АО	1,14
Псковская обл.	1,17
Кемеровская обл.	1,21
Пензенская обл.	1,33
Татарстан	1,33
Калужская обл.	1,35
Марий Эл	1,37
Челябинская обл.	1,38
Новгородская обл.	1,39
Свердловская обл.	1,39
Вологодская обл.	1,43
Амурская обл.	1,45
Алтай	1,45
Бурятия	1,45

5

* Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Ч. I. М., 2020

Комментарий к слайду №5

Красным цветом выделены регионы с минимальной обеспеченностью хирургами, зеленым цветом – обеспеченность выше среднего уровня.

ГОСПИТАЛЬНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ (%)

Нозология	РФ		Москва		США (Peery A.)
	2018	2019	2018	2019	2012
Желудочно-кишечные кровотечения	4,97	4,88	1,32	1,28	3,5
Острая непроходимость кишечника	3,99	7,12	0,68	4	2,7
Перфоративная язва	9,89	11,76	4,54	4,53	-
Ущемленная грыжа	3,07	2,82	0,79	0,99	-
Острый аппендицит	0,15	0,14	0,05	0,05	0,04
Острый холецистит	0,87	0,91	0,19	0,18	0,4
Острый панкреатит	2,76	2,71	2,18	2,42	1,0

4

Комментарий к слайду №6

Показатели госпитальной летальности при острых заболеваниях органов брюшной полости в целом с небольшой тенденцией к снижению, за исключением перфоративной язвы. Летальность при острой кишечной непроходимости увеличилась за счет включения в отчетную форму опухолевой непроходимости.

УДЕЛЬНЫЙ ВЕС ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНЕЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИЕЙ (%)

Нозология	2000	2010	2017	2018	2019
Желудочно-кишечное кровотечение	42,4	39,3	37,6	39,1	39,7
Непроходимость кишечника	35,0	39,9	41,8	44,4	50,9
Перфоративная язва	13,7	18,6	23,4	25,7	28
Ущемленная грыжа	23,2	25,2	27,8	26,3	32,8
Острый аппендицит	-	26,8	27,8	31,2	32,5
Острый холецистит	-	-	44,9	46,3	44,4
Острый панкреатит	-	-	45,2	46,4	47,5

7

Комментарий к слайду №7

Как общая, так и послеоперационная летальность зависят от сроков обращения пациентов в стационар. К сожалению, доля поздней госпитализации пациентов с острыми хирургическими заболеваниями продолжает возрастать. Улучшить данный показатель в первую очередь можно за счет повышения транспортной доступности, работы первичного звена и скорой помощи, и информированности населения. Примеров, когда пациенты сутками не обращаются за медицинской помощью даже в крупных городах, очень много.

ЧАСТОТА ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ (%)

Название операции	РФ		Москва	
	2018	2019	2018	2019
Холецистэктомия экстренная	52,6	58	96,4	96,4
Аппендэктомия	25,1	26,2	97,3	97,3
Ушивание перфоративной язвы	9,4	9,8	55,4	55,5
Холецистэктомия плановая	82,1	78,7	98,2	98,7
Фундопликация	72,3	72,6	76,4	76,3
Адреналэктомия	56,2	58,3	65,4	...*
Паховая герниопластика	10,5	21,9	...*	97,9

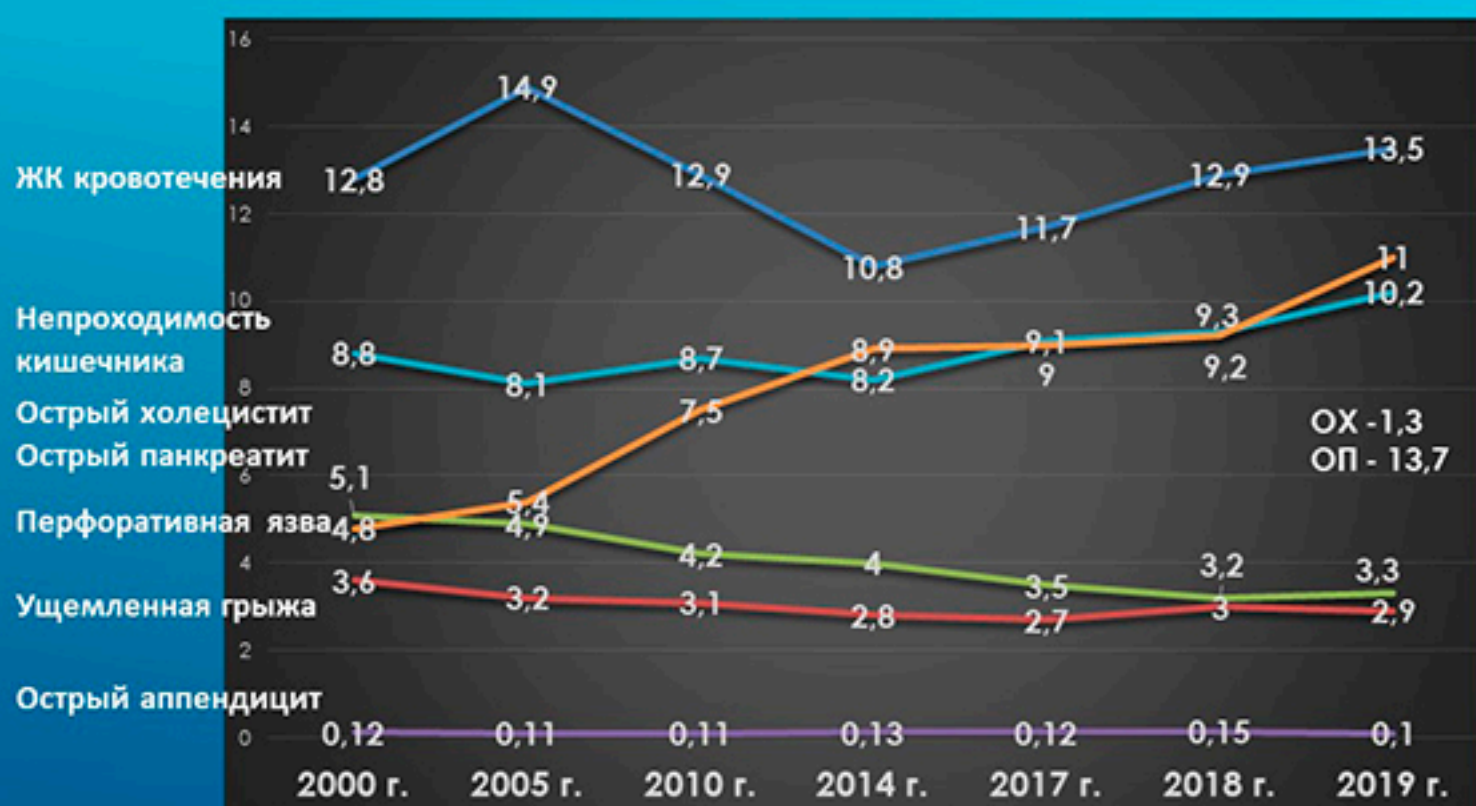
8

* данные не предоставлены

Комментарий к слайду №8

В применении лапароскопической техники зафиксирован существенный прогресс в лечении паховых грыж (увеличение в два раза). Есть небольшая динамика в использовании лапароскопии в экстренной хирургии. Однако среднероссийские показатели пока существенно отстают от столичных.

ДИНАМИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ (2000 – 2019)



Комментарий к слайду №9

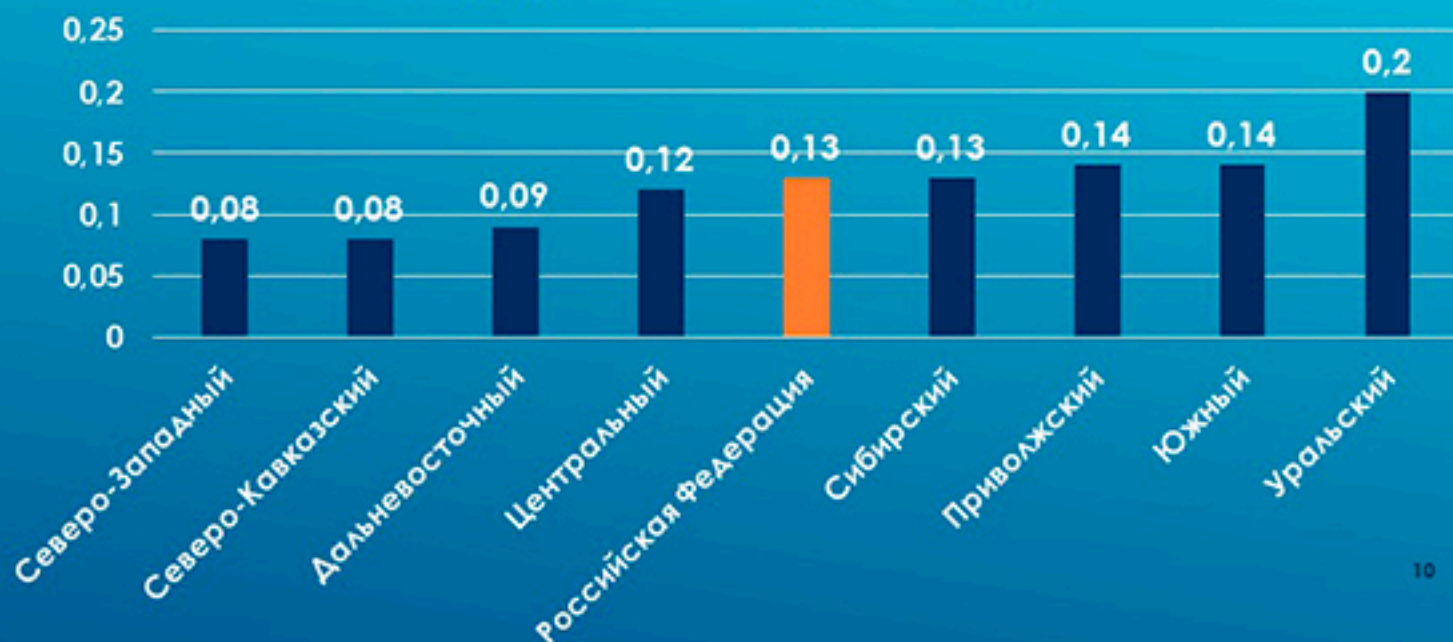
Динамика послеоперационной летальности при острых абдоминальных заболеваниях за последние 20 лет представлена на слайде.

Отрицательную тенденцию мы продолжаем видеть у больных с перфоративной язвой (выделено оранжевым цветом).

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Показатель	2000	2010	2014	2017	2018	2019
оперировано (тыс. чел.)	320,1	261,2	224,4	174,5	159,2	166,5
из них умерло (%)	0,4 (0,12)	0,3 (0,11)	0,3 (0,13)	0,2 (0,12)	0,2 (0,15)	0,2 (0,13)

Летальность по федеральным округам (%)



10

Комментарий к слайду №10

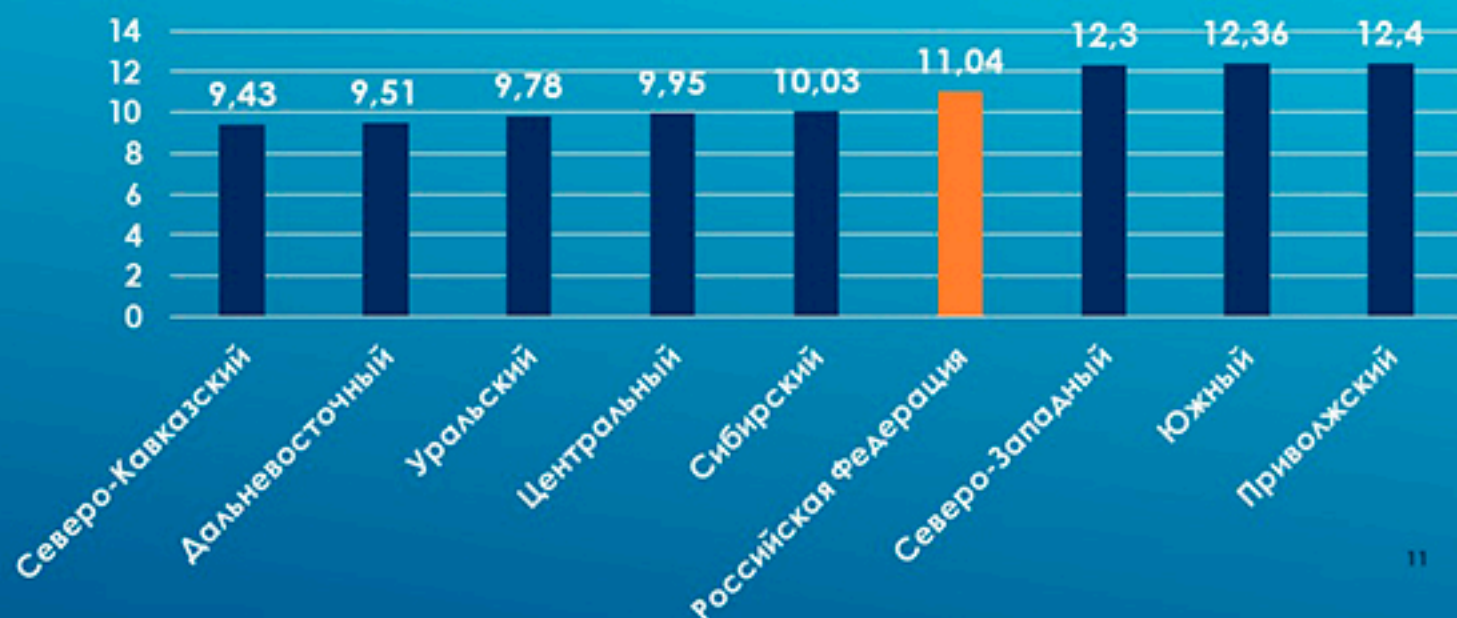
Остановимся на отдельных формах острых хирургических заболеваний. Начнем с острого аппендицита. В России количество аппендэктомий за последние 20 лет сократилось почти в 2 раза. Это привело к уменьшению количества летальных исходов, однако показатель летальности не изменился (0,13%).

Следует отметить наиболее высокую летальность при остром аппендиците в 2019 г. в Уральском федеральном округе. Прошу проанализировать причины главного хирурга округа профессора Прудкова Михаила Иосифовича.

ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА

Показатель	2000	2010	2014	2017	2018	2019
оперировано (тыс. чел)	37,6	24,0	19,0	19,1	19,2	18,4
из них умерло (тыс. чел)	1,8	1,8	1,7	1,7	1,8	2,0

Летальность по федеральным округам (%)



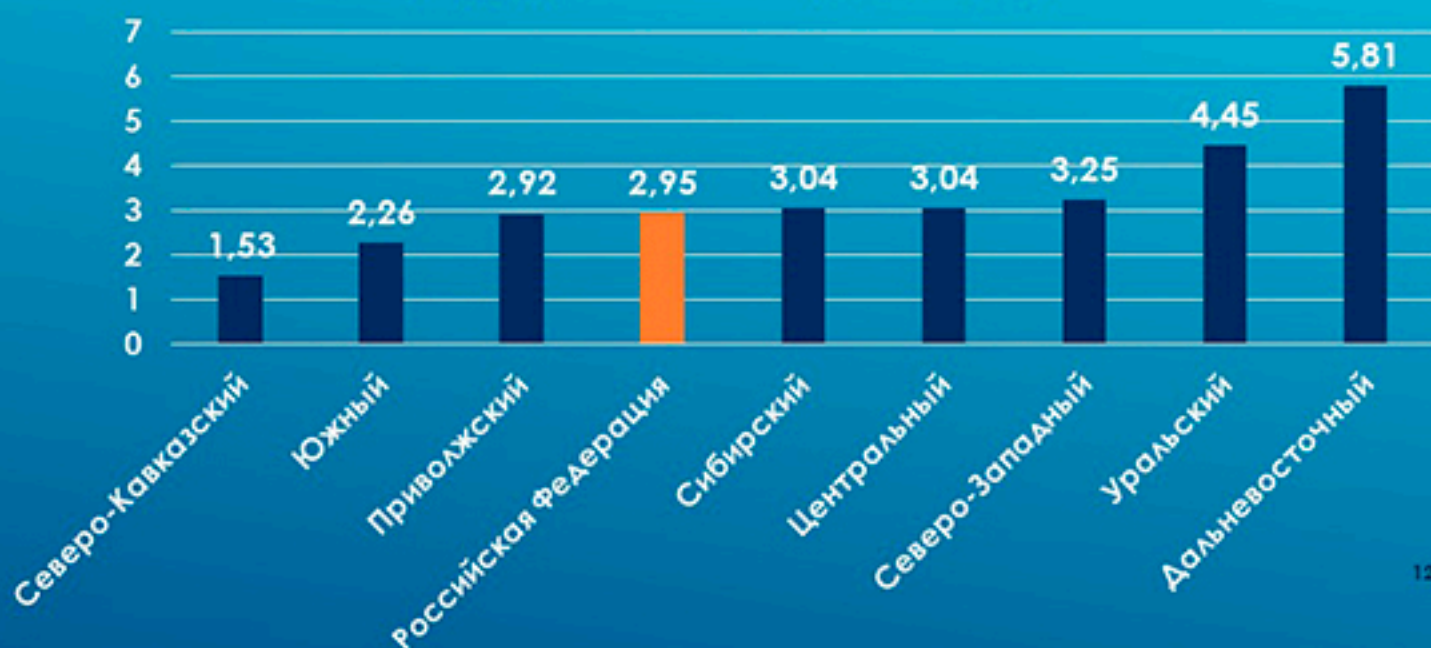
Комментарий к слайду №11

Количество больных перфоративной язвой также продолжает снижаться. Основные причины высокой летальности известны – пожилой возраст пациентов, коморбидность. Чтобы уменьшить негативную тенденцию роста летальности, вероятно, необходимо обратить внимание не только на сроки госпитализации, но и на диспансеризацию пациентов с язвенной болезнью.

УЩЕМЛЕННАЯ ГРЫЖА

Показатель	2000	2010	2014	2017	2018	2019
Оперировано (тыс. чел)	41,6	41,8	42,4	41,4	40,2	43
из них умерло (тыс. чел)	1,5	1,3	1,2	1,1	1,2	1,3

Летальность по федеральным округам (%)



12

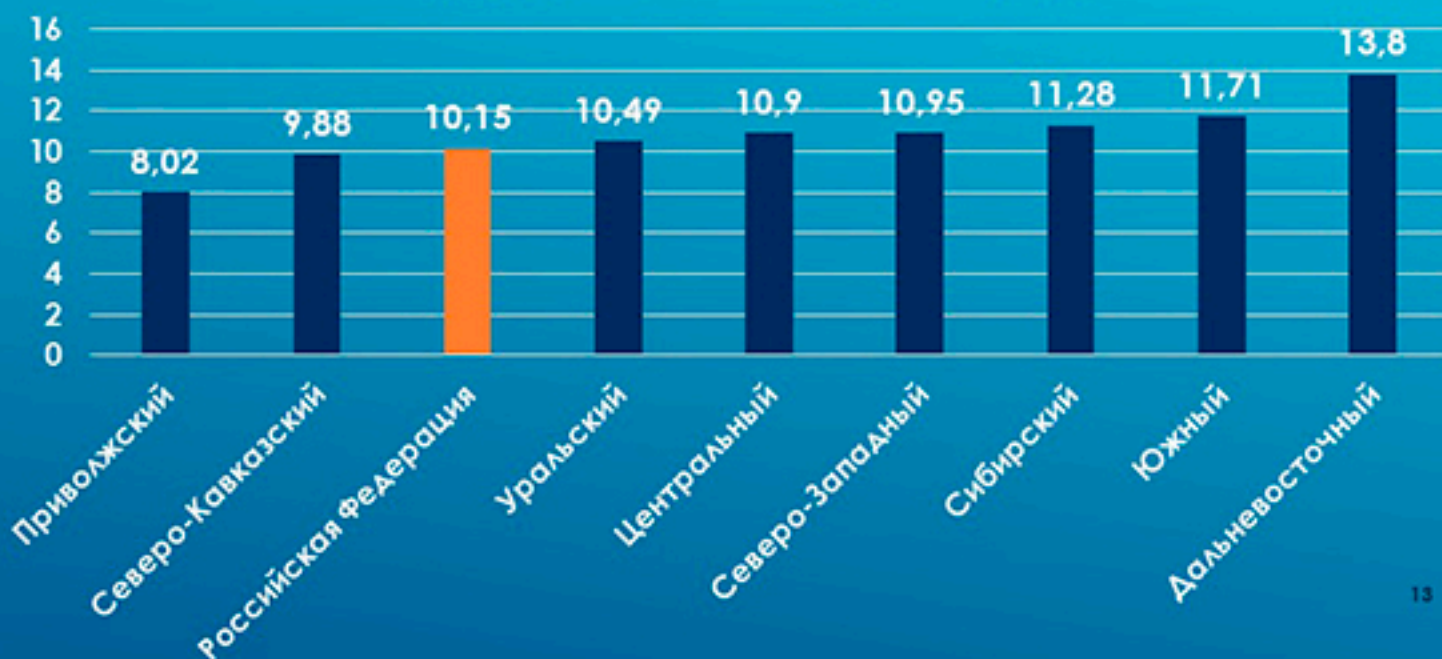
Комментарий к слайду №12

Количество больных с ущемленной грыжей, напротив, увеличивается, несмотря на рост плановых операций. Здесь надо обратить внимание главного хирурга Дальневосточного округа профессора Стегния Кирилла Владимировича на высокую летальность. Одной из возможных причин, мы считаем, могут быть большие расстояния и сложности в доставке пациентов в больницы. Необходим анализ и принятие организационных мер.

ОСТРАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА

Показатель	2000	2010	2014	2017	2018	2019
оперировано (тыс. чел)	27,4	25,3	25,5	27,4	29,3	49,5
из них умерло (тыс. чел)	2,4	2,2	2,1	2,5	2,7	5,0

Летальность по федеральным округам (%)



13

Комментарий к слайду №13

Увеличение количества больных и летальности при острой кишечной непроходимости связано с включением нами в отчеты информации по опухолевой кишечной непроходимости. Здесь также нужен анализ по Дальнему Востоку.

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Количество госпитализированных пациентов			Госпитальная летальность (%)			Оперативная активность (%)			Послеоперационная летальность (%)		
2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
162 958	162 523	164 530	1 552 (1,0)	1 416 (0,9)	1 502 (0,91)	97 388 (59,8)	101 899 (62,7)	103 861 (63,13)	1 334 (1,4)	1 247 (1,2)	1 345 (1,3)

Соотношение госпитальной летальности и оперативной активности



14

Комментарий к слайду №14

Уже традиционно мы сравниваем показатели оперативной активности и летальности при остром холецистите. Наблюдается прямая обратная зависимость этих двух показателей.

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

Количество госпитализированных пациентов			Госпитальная летальность (%)			Оперативная активность (%)			Послеоперационная летальность (%)		
2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
155 567	153 331	157 319	4 234 (2,7)	4 231 (2,8)	4 256 (2,71)	17 352 (11,2)	20 176 (13,2)	20 045 (12,74)	2 672 (15,4)	2 614 (13,0)	2 750 (13,72)

Соотношение госпитальной летальности и оперативной активности



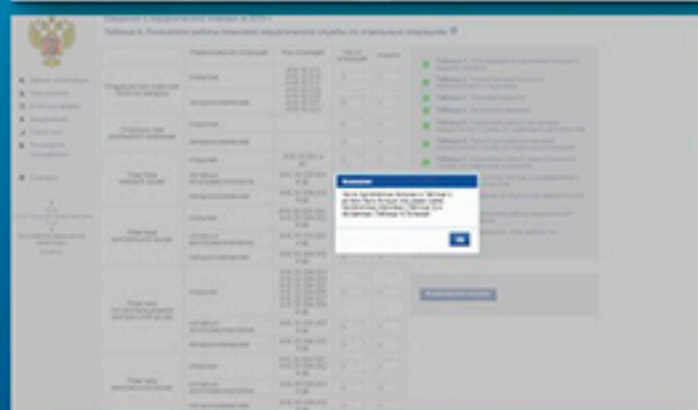
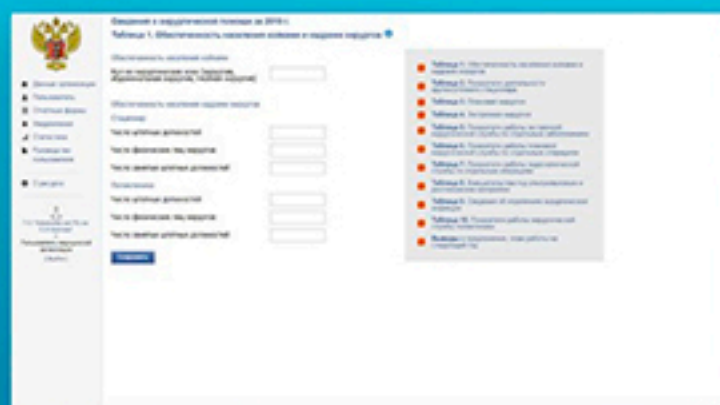
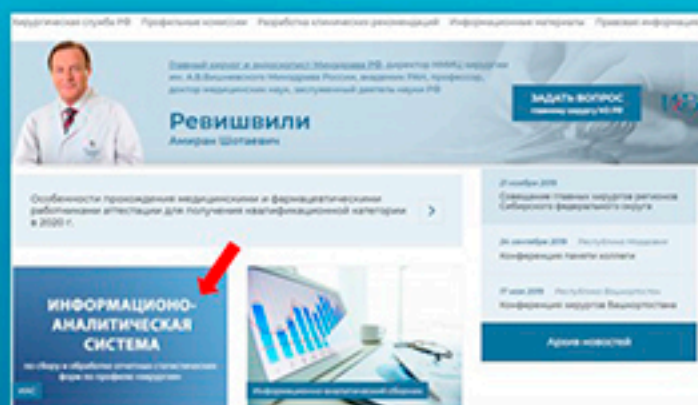
15

Комментарий к слайду №15

Показатели летальности при остром панкреатите за последние три года существенно не меняются, как и количество больных.

ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ПО СБОРУ И ОБРАБОТКЕ ОТЧЕТНЫХ СТАТИСТИЧЕСКИХ ФОРМ

веб-сайт: главный-хирург.рф



16/38

Комментарий к слайду №16

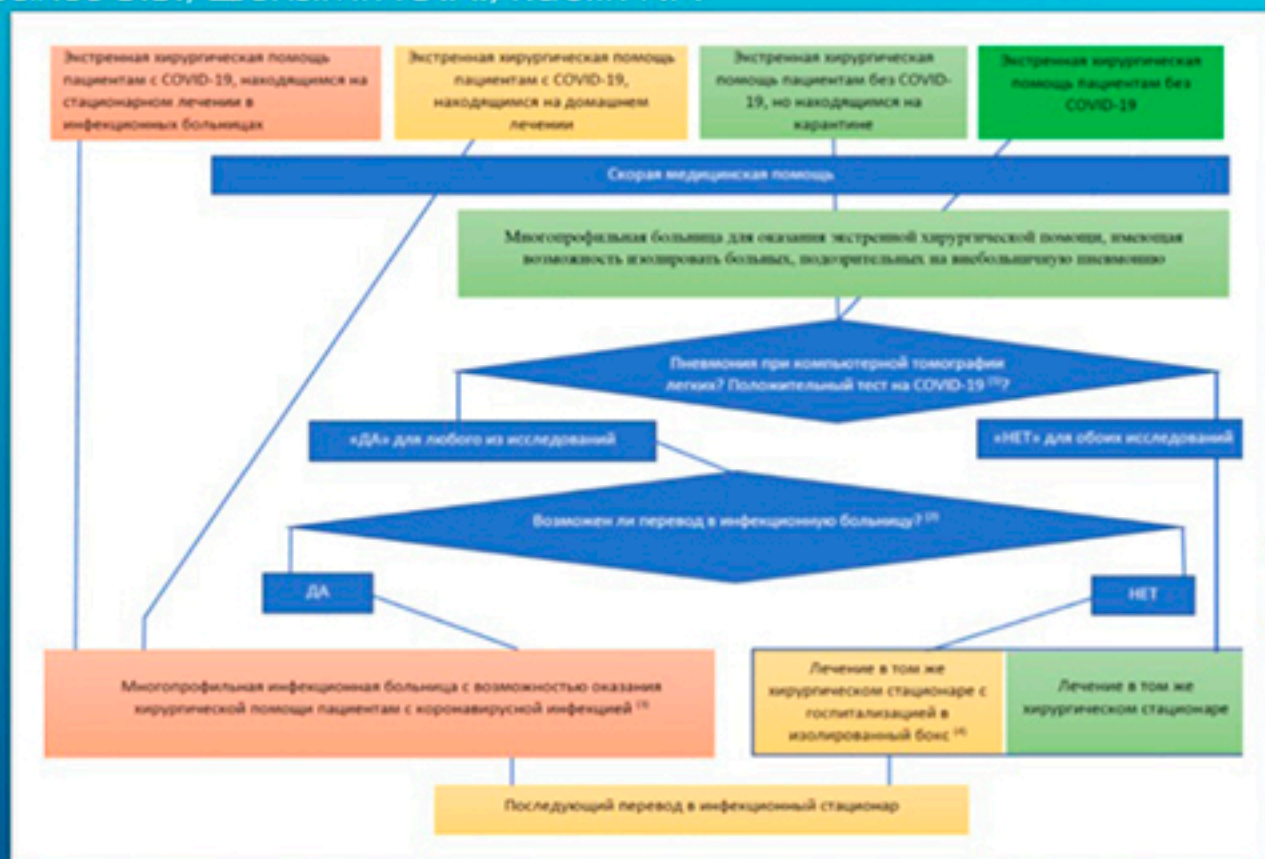
Уважаемые коллеги! Мы благодарны вам за предоставление статистической информации. Она используется не только для демонстрации на наших форумах, но и для выявления и оценки существующих проблем в регионах и информирования на регулярной основе, как федерального министерства, так и региональных органов исполнительной власти.

В следующем году мы планируем собирать отчетную информацию в электронной форме. Нами разработана программа, доступ к которой будет обеспечен на сайте главного хирурга для всех руководителей хирургических подразделений страны и главных хирургов. Надеемся, что такая форма отчетности поможет в первую очередь главным хирургам регионов. Главное, чтобы все отнеслось к заполнению такой формы с пониманием и ответственностью.

1. Краткие итоги 2019 года
2. Хирургия в условиях пандемии COVID-19
3. Подготовка кадров
4. Актуализация профессионального стандарта «Врач-хирург»
5. Федеральный проект «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров»
6. Подготовка клинических рекомендаций

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ «ЭКСТРЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ COVID-19»

Готье С.В., Ревিশвили А.Ш., Пушкарь Д.Ю., Адамьян Л.В., Крылов В.В., Шельгин Ю.А., Касян Г.Р.



18

Комментарий к слайду №18

Многие знакомы с методическими рекомендациями по оказанию экстренной хирургической помощи в условиях COVID-19. Эти рекомендации по-прежнему актуальны.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

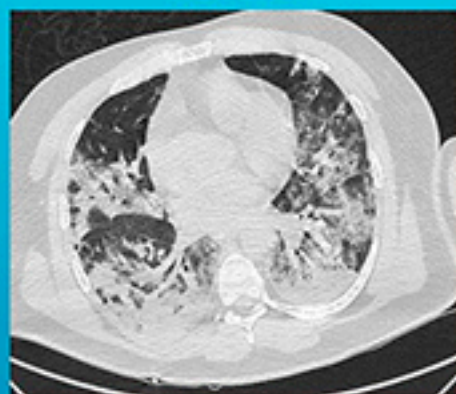
Всего поступило в Центр – 414
Средний – $69 \pm 11,3$ [min 24, max 97]
Летальных исходов – 19 (4,6%)

Через ПИТ и ОРИТ – 156 пациентов (37,7%)
На ИВЛ – 84 (50,6% от поступивших в
ОРИТ/ПИТ.)

Сняты с ИВЛ 59 - 70,2% от всех ИВЛ
Летальность в ОРИТ и ПИТ – 12,2%
Выживаемость без ИВЛ – 79,7%

Средняя длительность пребывания $9,4 \pm 3,9$
– для выживших [min 2 max 34].

начало



исход



Комментарий к слайду №19

Институт хирургии также получил опыт работы в формате инфекционного госпиталя. Вот некоторые итоги.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С SARS-COV-2

- Сортировка с участием анестезиолога-реаниматолога на этапе приема
- Формирование инфекционных отделений по тяжести состояния пациентов с последующей ротацией
- Предварительное прогнозирование и развертывание большего числа реанимационных коек с возможностью ИВЛ (28 - 18% вместо 15-10% по плану)
- Создание ПИТ с работой анестезиолога-реаниматолога и возможностью как неинвазивной вентиляции, так и проведения ИВЛ
- Обеспечение возможности ранней аппаратной мультиорганной поддержки

Комментарий к слайду №20

Основные моменты в организации нашей работы были следующие.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С SARS-COV-2



Комментарий к слайду №21

Так работа Центра запечатлена в фотохронике.

1. Краткие итоги 2019 года
2. Хирургия в условиях пандемии COVID-19
3. Подготовка кадров
4. Актуализация профессионального стандарта «Врач-хирург»
5. Федеральный проект «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров»
6. Подготовка клинических рекомендаций

ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ-ХИРУРГОВ (2020)

Федеральные округа	Ординатура
Российская Федерация	1195
Центральный	386
Северо-Западный	171
Приволжский	198
Южный	121
Сибирский	154
Дальневосточный	49
Уральский	58
Северо-Кавказский	58

23

Комментарий к слайду №23**На слайде представлена информация по количеству выпускников-хирургов в 2020 г**

НОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ

Первичная специализированная аккредитация по специальности «хирургия» состоится в 2020 г.

Приказ Минздрава России «Об особенностях проведения аккредитации специалистов в 2020 г.» проходит государственную регистрацию в Минюсте России



Комментарий к слайду №24

В соответствии с приказом № 806 н от 04.08.2020 г. первичная специализированная аккредитация состоится в 2020 г. по 94 специальностям, включая специальность «хирургия». В ближайшее время появится приказ МЗ, в котором будут прописаны особенности аккредитации 2020 г., учитывающие сложную эпидемическую обстановку.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ХИРУРГИЯ»

В соответствии с распоряжением Минздрава России в НМИЦ хирургии имени А.В. Вишневского создан **Методический аккредитационно-симуляционный центр**, под руководством которого хирургическим сообществом был создан **Фонд оценочных средств** для первичной специализированной аккредитации:

- Тестовые задания – **5 000 шт.**
- Паспорта симуляционных станций – **4 шт.**
- Ситуационные задачи – **350 шт.**

Репетиционный экзамен открыт на сайте Методического центра аккредитации специалистов - fmza.ru

Комментарий к слайду №25

Хирургическим сообществом и НМИЦ хирургии имени А.В. Вишневского разработан Фонд оценочных средств для аккредитации. У выпускников есть возможность пройти репетиционный экзамен на сайте fmza.ru
Хочу выразить благодарность всем, кто принимал участие в этой работе.

1. Краткие итоги 2019 года
2. Хирургия в условиях пандемии COVID-19
3. Подготовка кадров
- 4. Актуализация профессионального стандарта «Врач-хирург»**
5. Федеральный проект «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров»
6. Подготовка клинических рекомендаций

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ «ВРАЧ-ХИРУРГ»



 ЗАРЕГИСТРИРОВАНО
 Регистрационный № 52964
 от 11 декабря 2018 г.

**МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
 РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
 (Минтруд России)

ПРИКАЗ
 от 26 ноября 2018 г. № 743н
 Москва

**Об утверждении профессионального стандарта
 «Врач-хирург»**

В соответствии с пунктом 16 Правил разработки и утверждения профессиональных стандартов, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 22 января 2013 г. № 23 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 4, ст. 293; 2014, № 39, ст. 5266; 2016, № 21, ст. 3002; 2018, № 8, ст. 1210), приказываю:

Утвердить прилагаемый профессиональный стандарт «Врач-хирург».

Министр  М.А. Тополкин

УТВЕРЖДЕН
 приказом Министерства
 труда и социальной защиты
 Российской Федерации
 от 26 ноября 2018 г. № 743н

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ
Врач-хирург

1224
 Регистрационный номер

Содержание

I. Общие сведения 1
 II. Описание трудовых функций, входящих в профессиональный стандарт (функциональная карта вида профессиональной деятельности) 2
 III. Характеристика обобщенных трудовых функций 4
 3.1. Обобщенная трудовая функция «Оказание первичной медико-санитарной помощи пациентам в амбулаторных условиях по профилю «хирургия» 4
 3.2. Обобщенная трудовая функция «Оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по профилю «хирургия» 21
 IV. Сведения об организации - разработчике профессионального стандарта 58

I. Общие сведения

Врeчебная практика в области хирургии 02.043
(наименование вида профессиональной деятельности) Код

Основная цель вида профессиональной деятельности:

Профилактика, диагностика и лечение хирургических заболеваний и (или) состояний, медицинская реабилитация пациентов

Группа занятий:

2212	Врачи-специалисты	-	-
<small>(код ОКЗ)</small>	<small>(наименование)</small>	<small>(код ОКЗ)</small>	<small>(наименование)</small>

Отрасли и виды экономической деятельности:

86.10	Деятельность больничных организаций
86.22	Специальная врачебная практика
<small>(код ОКЗ/ОД)</small>	<small>(наименование вида экономической деятельности)</small>

Комментарий к слайду №27

Почти два года назад был принят этот документ, определяющий не только профессиональную деятельность хирурга, но и его подготовку. Многие из коллег ратовали за пересмотр профстандарта.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Специальность	Коды А и В	Уровень и количество умений	Включены навыки из других специальностей	Функции ассистента
Детский хирург	А – амбулаторный В - стационар и ди. стационар	А – минимальный В - минимальный	Травматология Урология	нет
Сердечно-сосудистый хирург	Только А	Одна запись: Диагностические или лечебные манипуляции на периферических сосудах	Интенсивная терапия	да (5 пунктов)
Уролог	А – амбулаторный и ди. стац. В - стационарный	А - ассистенты и операции (мни) В - выполнять отдельные этапы операций под контролем зав./отд.	Ультразвуковая диагностика	да
Нейрохирург	А – амбулаторный и стационарный В – ВМП	А – максимальный В – максимальный	Сосудистая хирургия	нет
Травматолог-ортопед	А – амбулаторный и ди. стац. В - стационарный	А – максимальный В – максимальный	Хирургия Нейрохирургия	нет
Хирург	А – амбулаторный В – стационар и ди. стационар	А - минимальный В – минимальный (33)	Травматолог, Уролог, лор	да (300 пунктов)
Торакальный хирург	Только А	максимальный и операции при неотложных состояниях и травмах (без перечисления)	Эндоскопия (бронхоскопия, торакоскопия, медиастиноскопия)	нет
Колопроктолог	А – амбулаторный и дневной стационар В - стационарный	А - минимальный – 40 В – максимальный уровень.	Эндоскопия, Ультразвуковая диагностика, Онкология Гинекология	нет
Пластический хирург	А - амбулаторный В - стационарный	А – консультативная работа В – максимальный объем операций распределен по anat. областям	ЧЛХ, ЛОР, хирург, травматолог-ортопед, сосудистый хирург, нейрохирург, уролог, гинеколог	нет

28

Комментарий к слайду №28

Мы обобщили предложения коллег, изучили профессиональные стандарты других хирургических специальностей. Во всех есть как общие положения, так и особенности, которые можно применить и к профстандарту «врача-хирурга».

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ИЗМЕНЕНИЮ ПРОФСТАНДАРТА «ВРАЧ-ХИРУРГ»

- 1. Ввести единый код для хирурга** без разделения на амбулаторного и стационарного.
- 2. Ввести перечень умений хирурга с выделением разделов по смежным специальностям** (травматология, урология, торакальная хирургия, сосудистая хирургия, эндоскопия, ультразвуковая диагностика, детская хирургия).
- 3. Включить положение об угрожающих жизни состояниях**, когда хирург имеет право (и обязан) выполнять оперативные вмешательства не только взрослым, но и детям, не только при заболеваниях, но и при травмах, не зависимо от анатомической области заболевания и повреждения.
- 4. Исключить раздел ассистенций.**

Комментарий к слайду №29

На недавнем заседании правления Российского общества хирургов была принята концепция изменения профессионального стандарта. С этими предложениями мы обратимся в Национальную медицинскую палату и Министерство здравоохранения. Вопросам образования хирургов будет посвящен сегодня круглый стол. В идеале конечно возвращение старой системы с субординатурой и интернатурой по хирургии. В нынешних условиях сложно увеличить срок обучения более двух лет.

1. Краткие итоги 2019 года
2. Хирургия в условиях пандемии COVID-19
3. Подготовка кадров
4. Актуализация профессионального стандарта «Врач-хирург»
- 5. Федеральный проект «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров»**
6. Подготовка клинических рекомендаций

УЧАСТИЕ НМИЦ ХИРУРГИИ ИМЕНИ А.В. ВИШНЕВСКОГО В ФП «РАЗВИТИЕ СЕТИ НАЦИОНАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ ЦЕНТРОВ И ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ»

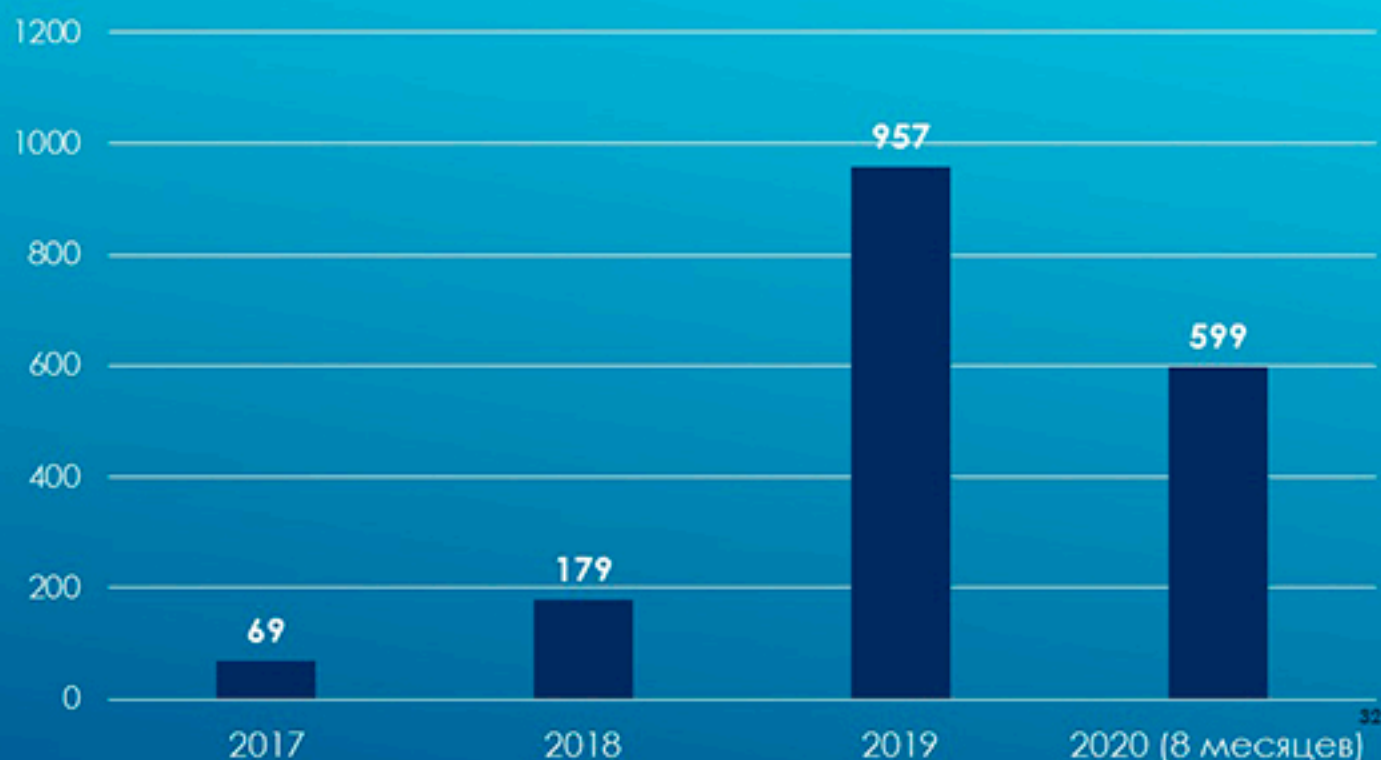


31

Комментарий к слайду №31

НМИЦ хирургии имени А.В. Вишневского осуществляет организационно-методическое руководство по профилям «хирургия» и «хирургия (комбустиология)». Данная работа включает анализ показателей деятельности хирургической службы РФ и организационно-методическую помощь регионам: проведение выездных мероприятий, телемедицинских консилиумов и консультаций, научно-практических и образовательных мероприятий с использованием телемедицинских технологий.

ДИНАМИКА ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ, ПРОВЕДЕННЫХ СПЕЦИАЛИСТАМИ НМИЦ ЧЕРЕЗ КАНАЛ ВЦМК «ЗАЩИТА»



Комментарий к слайду №32

На слайде представлена динамика телемедицинских консультаций за 3 года и 8 месяцев 2020 года.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

- В 2019 году проведено **42** научно-практических мероприятия с использованием ТМК.
- В 2020 г. запланировано **50** мероприятий, которые будут транслироваться в регионы, включая международные конференции с участием иностранных экспертов и трансляций показательных операций.



33

Комментарий к слайду №33

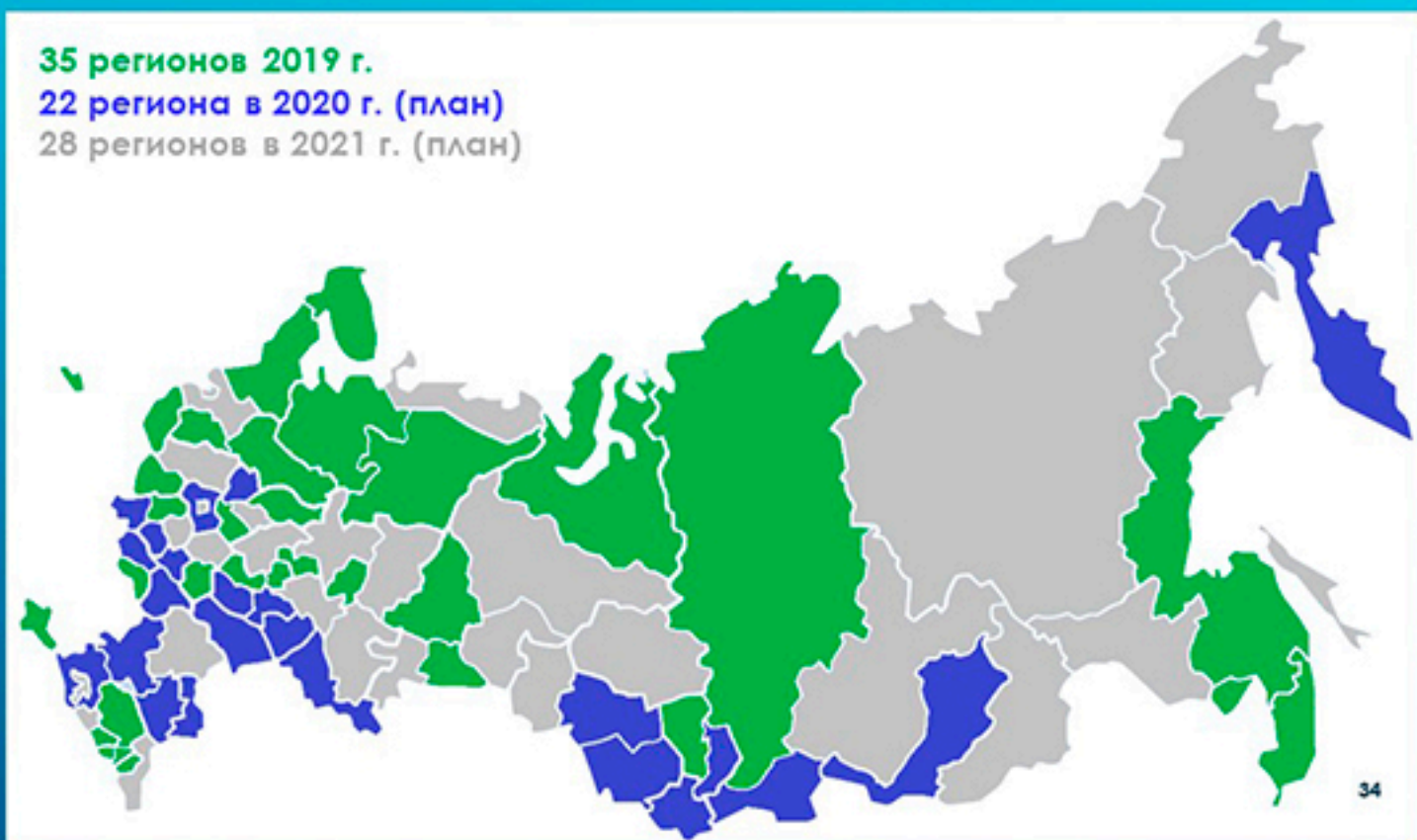
Последние два года НМИЦ хирургии Вишневского осуществляет трансляцию всех конференций, которые проходят в стенах Института. Сотрудники Центра читают лекции через систему связи, организованной ВЦМК «Защита».

ВЫЕЗДЫ В РЕГИОНЫ СОТРУДНИКОВ НМИЦ ХИРУРГИИ ИМЕНИ А.В. ВИШНЕВСКОГО

35 регионов 2019 г.

22 региона в 2020 г. (план)

28 регионов в 2021 г. (план)



34

Комментарий к слайду №34

В 2020 г. запланирован выезд сотрудников центра в 22 региона (план может быть скорректирован исходя из эпидемической обстановки).

1. Краткие итоги 2019 года
2. Хирургия в условиях пандемии COVID-19
3. Подготовка кадров
4. Актуализация профессионального стандарта «Врач-хирург»
5. Федеральный проект «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров»
6. Подготовка клинических рекомендаций

ЗАЯВЛЕННЫЕ НА РАЗРАБОТКУ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ХИРУРГИИ (СОСТОЯНИЕ НА 14.09.2020)

№	Заболевание	Руководитель рабочей группы от РОХ	Готовность	Примечание
1	Хронический панкреатит	Кригер Андрей Германович	в Центре экспертизы контроля качества медицинской помощи	Повторная экспертиза
2	Острый холецистит	Прудков Михаил Иосифович	в ЦЭКМП	Первичная экспертиза
3	Острый панкреатит	Банченко Сергей Федорович	в ЦЭКМП	Повторная экспертиза
4	Язвенные гастродуоденальные кровотечения	Щеголев Александр Андреевич	в рабочей группе (РОХ)	Доработка
5	Прободная язва	Сажин Вячеслав Петрович	в рабочей группе (РОХ)	Доработка
6	Паховая грыжа. Послеоперационная грыжа	Этингер Александр Павлович	в рабочей группе (РОХ)	Доработка
7	Острая неопухолевая кишечная непроходимость	Ларичев Сергей Евгеньевич	в рабочей группе (РОХ)	Доработка
8	Острый аппендицит	Сажин Александр Вячеславович	в рабочей группе (РОХ)	Разрабатывается

34

Комментарий к слайду №36

Год назад было заявлено восемь тем для разработки или обновления клинических рекомендаций. На сегодняшний день часть из них проходит проверку в Центре экспертизы контроля качества медицинской помощи, часть возвращена на доработку авторам. Ждем появления обновленных рекомендаций по острому аппендициту.

ИЗМЕНЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ К КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ (ПО ПРИКАЗУ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 23.06.2020 № 617Н)

- Определено, что КР могут разрабатываться по заболеваниям и состояниям, не включенным в перечень Минздрава России
- Увеличен срок разработки проекта клинических рекомендаций до 8 месяцев
- Реабилитация дополнена методами санаторно-курортного лечения и методами на основе природных факторов
- Уточнено определение лекарственных препаратов «для медицинского применения»
- Формализованы критерии оценки качества медицинской помощи, которые определены как «выполнение в полном объеме тезисов-рекомендаций»
- Определено, что УДД и УРР определяются на основании источников литературы, указанных в данном тезисе-рекомендации

37

Комментарий к слайду №37

Сложная работа, высокие требования. Недавно вышли дополнения к приказу по клиническим рекомендациям. Рассчитываем, что эта работа будет завершена к концу года.



БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!

ФГБУ «НМИЦ хирургии имени
А.В. Вишневского» Минздрава России

www.vishnevskogo.ru

www.главный-хирург.рф