

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Шелыгин Ю.А., Веселов А.В., Сербина А.А.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва
(директор – член-корр. РАН, профессор Ю.А.Шелыгин)

MAIN DIRECTIONS OF ORGANIZATION OF A SPECIALIZED COLOPROCTOLOGICAL MEDICAL CARE

Shelygin Yu.A., Veselov A.V., Serbina A.A.
State Scientific Center of Coloproctology, Moscow, Russia

*Адрес для переписки: Веселов А.В., ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,
ул. Саляма Адия, д. 2, Москва, 123423, e-mail: info@gnck.ru*

В последние годы происходит постоянное увеличение контингента пациентов с заболеваниями толстой кишки, промежности и анального канала, в том числе, злокачественными новообразованиями этих локализаций, которые нуждаются в специализированном хирургическом лечении. Вместе с тем, вопросы улучшения организации специализированной помощи пациентам и приближения ее оказания к населению до настоящего времени во многом остаются нерешенными.

Проведенный во второй половине 20-го века анализ лечения больных колопроктологического профиля позволил выявить ряд недостатков в организации оказания медицинской помощи этим больным. Была установлена низкая обеспеченность амбулаторными приемами и специализированными койками в ряде территорий, а пациенты с заболеваниями толстой кишки госпитализируются, в основном, в хирургические, терапевтические, гастроэнтерологические, инфекционные отделения и онкодиспансеры, где их удельный вес в структуре госпитализированных больных доходил до 10% [7].

К середине 80-ых годов специализированная помощь при этих заболеваниях окончательно вышла за рамки весьма небольшого числа операций на дистальных отделах прямой кишки и промежности. Указанное обстоятельство потребовало более дифференцированного подхода к лечению пациентов с учетом медицинских организаций разного территориального уровня, уточнения системы их госпитализации, использования наиболее эффективных форм подготовки и повышения квалификации колопроктологов, а также дальней-

шей разработки методических рекомендаций при формировании порядка организации специализированной службы [1]. Вместо общероссийских нормативных показателей необходим расчет их значений, предусматривающих плотность населения, географические особенности территорий, структуру оказания хирургической помощи в каждом конкретном регионе. Этот подход нашел отражение при формировании территориальных программ государственных гарантий оказания медицинской помощи, утверждаемый во всех субъектах Российской Федерации.

С 1994 года в номенклатуру главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Российской Федерации введена должность главного колопроктолога, что связано с наличием достаточно развитой сети амбулаторных и стационарных подразделений колопроктологической службы, достижениями клинической колопроктологии, появлением соответствующей специальности, утверждением колопроктологии как самостоятельного вида помощи, потребовавшей более оперативного и всестороннего решения широкого круга задач по ее оказанию. Задачи и функции главных внештатных специалистов определены Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 октября 2012 года № 444 «О главных внештатных специалистах Министерства здравоохранения Российской Федерации» [2].

Наряду с оснащением медицинских организаций современным оборудованием и внедрением информационных технологий, управление качеством диагностики и лечения колопроктологических заболеваний требует продуманного подхода к их

использованию для повышения эффективности работы. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08 июня 2016 года № 358 «Об утверждении методических рекомендаций по развитию сети медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения» разработаны методические рекомендации, которые предназначены для перспективного планирования развития сети медицинских организаций и расчета нормативной потребности в объектах здравоохранения на основе сложившейся региональной инфраструктуры здравоохранения, учитывающей допустимый уровень обеспеченности объектами здравоохранения и являющейся основой для принятия нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации. Определение потребности в объектах системы здравоохранения и планирование сети медицинских организаций целесообразно проводить в рамках разработки текущих и стратегических планов развития здравоохранения в субъектах Российской Федерации [3].

Для оценки использования имеющихся ресурсов здравоохранения и их оптимального использования проводится анализ следующих плановых и фактических показателей по каждому субъекту Российской Федерации в динамике за 3-5 лет:

- объем первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в том числе в неотложной форме, и в условиях дневного стационара;
- объем специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;
- обеспеченность врачебными кадрами, койками дневного и круглосуточного стационаров.

Кроме того, для оценки деятельности отдельных видов медицинских организаций необходимо проводить сравнение рекомендуемой и фактической численности обслуживаемого ими населения с учетом его плотности и территориальной доступности до медицинской организации.

На основании комплексной оценки состояния колопроктологической службы Российской Федерации принимается научно обоснованное решение о ее дальнейшем развитии, а по результатам анализа формируются основные требования к планированию сети внебольничных и стационарных подразделений на основе распределения организации медицинской помощи по уровням. В связи с расширением задач и функций в феврале 2015 года было принято решение о преобразовании научно-организационного отдела и отделения научных основ формирования колопроктологической помощи в отдел по организационной работе и развитию

колопроктологической службы ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России.

В статье представлены сравнительные результаты фактических показателей за 2010-2015 гг. зарегистрированных заболеваний у взрослого населения, состава пациентов в стационаре в зависимости от нозологических форм, сроков и исходов лечения, сведения о структурных подразделениях сети колопроктологической службы, кадрового состава врачей-колопроктологов и специалистов смежных специальностей, деятельности медицинской организации по оказанию медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях, хирургической работы медицинских организаций в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, а также деятельность эндоскопических отделений и кабинетов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Аналитическая информация основных показателей амбулаторного и стационарного этапов оказания медицинской помощи при колопроктологических заболеваниях, включающей данные форм статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации», № 14 «Сведения о деятельности стационара» и № 30 «Сведения о медицинской организации». Помимо данных годовых форм федерального статистического наблюдения, все главные внештатные специалисты-колопроктологи субъектов Российской Федерации при поддержке органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья направляют сведения по специально разработанной в ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России годовой форме статистического наблюдения «Сведения о деятельности колопроктологической службы субъекта Российской Федерации».

РЕЗУЛЬТАТЫ

С 2010 года отмечается рост выделенных штатных единиц для оказания специализированной колопроктологической помощи. Общее количество ставок возросло на 14,5% (с 982 в 2010 году до 1124,5 – в 2015 году), значительный прирост отмечается в амбулаторном звене – 24,1% (с 386,5 в 2010 году до 479,75 – в 2015 году). При этом необходимо отметить острую нехватку кадров для осуществления полного объема оказания амбулаторной колопроктологической помощи: диспансеризации, осуществ-

вление ранней диагностики колоректального рака, обследования пациентов, применения стационар-замещающих технологий. Расчетная потребность в специалистах-колопроктологах в амбулаторном звене составляет 1 на 100 тыс. населения [4]. Таким образом, количество ставок для всей Российской Федерации в амбулаторной службе должна составлять не менее 1 450,0.

Данные по штатной численности специалистов-колопроктологов в медицинских организациях за 2010-2015 гг. представлены в таблице 1.

Несмотря на значительный прирост штатных единиц в медицинских организациях, сохраняется дефицит в кадровом составе. В настоящее время требуется не менее 130-140 квалифицированных колопроктологов. Огромный вклад в подготовку специалистов вносит кафедра колопроктологии ФГБУ ДПО РМАНПО Минздрава России, расположенная на базе ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, а также учебно-методическое отделение Центра. В год проходят обучение в ординатуре около 20 колопроктологов, а по циклам профессиональной переподготовки – до 70-80 специалистов в год. Учитывая переход к системе непрерывного медицинского образования и оценке профессиональных компетенций на основе профессиональных стандартов, целесообразно проводить переподготовку кадров в узкоспециализированных колопроктологических Центрах. Сложившаяся ситуация, при которой подготовкой колопроктологов занимаются образовательные организации, не имеющие достаточного опыта по специальности, а их клинические базы не способны продемонстрировать весь спектр колопроктологической патологии, привела к значительному снижению качества оказываемой медицинской помощи. Многие из таких специалистов работают в частной системе здравоохранения, при лечении даже общепроктологических заболеваний допускается нерациональная тактика ведения, что ведет к росту числа послеоперационных осложнений. В дальнейшем такие пациенты обращаются в государственные медицинские организации, а затраты на лечение осложнений полностью ложатся на систему обязательного медицинского страхования. Таким образом, требуется усиление контроля при лицензировании образовательной деятельности по специальности «колопроктология», а также привлечение профессиональной медицинской организации, объединяющей ведущих специалистов Российской Федерации, к аккредитации, как образовательных организаций, так и подготавливаемых ими специалистов.

В связи с необходимостью улучшения качества и доступности пациентам колопроктологического

профиля эндоскопической диагностики, ежегодно направлялась информация в органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья о необходимости увеличения, как штатных единиц, так и врачей специалистов, которые по основному месту работы занимают ставку врача-эндоскописта. В таблице 2 продемонстрирована динамика прироста, как штатных единиц, так и физических лиц врачей-эндоскопистов. При этом основной прирост отмечается именно в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях. Так, с 2010 по 2015 гг. общее число штатных единиц возросло на 6,5%, а в амбулаторно-поликлиническом звене на 18,5%, общее количество врачей-эндоскопистов возросло на 12,0%, а в амбулаторно-поликлиническом звене – на 32,2%.

С 2010 года в ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России осуществляется подготовка по программам ординатуры по специальности «эндоскопия», с 2013 года проводятся четырехмесячные циклы профессиональной переподготовки, циклы тематического усовершенствования. В 2015 году подписано соглашение с ГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, в рамках которого ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России стал второй базой кафедры эндоскопии Хирургического факультета РМАНПО. По итогам 5-летней работы, только на базе ГНЦ колопроктологии подготовлено 112 врачей-эндоскопистов, большинство из которых направлены из субъектов Российской Федерации и продолжили свою профессиональную деятельность в медицинских организациях амбулаторно-поликлинического звена.

В течение последних пяти лет отмечается стабилизация показателей амбулаторного приема пациентов (показатель возрос лишь на 3,8%). Также отмечаются достаточно низкие показатели участия врачей-колопроктологов во втором этапе диспансеризации. Действующий Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» предусматривает осмотр врача-колопроктолога и проведение ректороманоскопии для диагностики новообразований толстой кишки, а по показаниям, выполнение колоноскопии [5]. Однако далеко не во всех субъектах Российской Федерации колопроктологическая служба задействована в реализации программы диспансеризации взрослого населения.

Достаточно часто возникают разногласия между медицинскими организациями и представителями страховых медицинских организаций о праве врачей-колопроктологов выполнять ректороманоскопию.

Таблица 1. Число должностей и физических лиц врачей-колопроктологов, в целом по Российской Федерации, 2010-2015 гг.*

Год	Штаты всех мед. организаций		Штаты поликлинических мед. организаций	
	По штату	Занято	По штату	Занято
2010	982,00	920,00	386,50	332,75
2011	1015,50	939,25	405,75	344,50
2012	1018,75	925,25	418,75	345,50
2013	1047,75	941,50	443,25	357,50
2014	1138,50	1014,25	487,75	403,50
2015	1124,50	997,00	479,75	393,00

* Сводные данные формы статистической отчетности № 30, табл. 1100

Таблица 2. Число должностей и физических лиц врачей-эндоскопистов, в целом по Российской Федерации, 2010-2015 гг.*

Год	Число штатных единиц		Число физических лиц	
	Всего	В том числе в амбулаторных условиях	Всего	В том числе в амбулаторных условиях
2010	8677,00	3447,75	4120	1474
2011	8866,75	3641,00	4216	1577
2012	9030,25	3765,00	4234	1699
2013	9099,25	3852,00	4341	1751
2014	9445,25	4216,75	4530	1929
2015	9241,50	4084,75	4615	1948

* Сводные данные формы статистической отчетности № 30, табл. 1100

Таблица 3. Сведения о работе колопроктологических кабинетов за 2011-2015 гг.*

Год	посещений к колопроктологу, всего	из них по поводу заболевания	из них с профилактической целью
2011	1 161 314	1 113 357	47 957
2012	1 158 627	1 104 590	54 037
2013	1 188 588	1 095 302	93 286
2014	1 196 486	1 136 984	59 502
2015	1 206 963	1 156 052	50 911

* Сводные данные формы статистической отчетности № 30, табл. 2100

носкопию – основное инструментальное исследование для диагностики заболеваний прямой и дистального отдела сигмовидной кишок. Иногда ошибочно звучит мнение, что для выполнения ректороманоскопии необходимо наличие диплома о профессиональной переподготовке и сертификата специалиста по специальности «эндоскопия». Однако Приказом Минздрава СССР от 21 июля 1988 года № 579 «Об утверждении квалификационных характеристик врачей-специалистов» (в редакции Приказа Минздрава России от 25.12.1997 № 380) в квалификационных характеристиках врача-колопроктолога вменяется в обязанность выполнение ректороманоскопии [6]. Это положение потребовало предусмотреть в стандарте оснащения колопроктологических подразделений (как амбулаторных, так и стационарных), утвержденных Приказом Минздравсоцразвития России от 02 апреля 2010 года № 206н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению Российской Федерации с заболевани-

ями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля» наличие ректороманоскопа (осветителя и тубусов), а средний норматив временных затрат на прием врача-колопроктолога включает усредненную частоту предоставления медицинской услуги «ректороманоскопия» и составляет 20 минут [4]. Отсутствие значительного прироста числа посещений к врачу-колопроктологу также может быть объяснено еще двумя обстоятельствами. Во-первых, с 2014 года в методических рекомендациях по разработке программы государственных гарантий оказания медицинской помощи населению Российской Федерации отдельно учитываются посещения врача-специалиста и обращение по поводу заболевания (которое включает несколько посещений). В формах статистического наблюдения в настоящее время данная информация не учитывается. Во-вторых, отмечается рост показателей деятельности врачей-колопроктологов при оказании спе-

специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара. До 2013 года включительно отдельного статистического наблюдения за хирургическими вмешательствами при лечении общепроктологических заболеваний не велось, однако, с 2014 года в таблицу 2800 формы № 30, по рекомендации ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, включена информация по лечению геморроя.

При анализе выполнения хирургических вмешательств в амбулаторных условиях и в дневном стационаре следует отметить следующее. Прежде всего, в порядке оказания медицинской помощи по профилю «колопроктология» отсутствует понятие дневного стационара, при этом, стандарт оснащения колопроктологического кабинета избыточен по требованиям к оборудованию для выполнения малоинвазивных вмешательств. Также необходимо подчеркнуть, что федеральная форма годового статистического наблюдения содержит сведения только по нозологической форме «геморрой», сведения о других общепроктологических заболеваниях (анальная трещина, свищ прямой кишки, острый парапроктит и др.) – отсутствуют. В 2014 году впервые стали подавать сведения по общепроктологическим заболеваниям (включая анальную трещину и парапроктит), а в 2015 году в таблицу 2800 вносили сведения только о геморрое. Учитывая данные дополнительной формы статистического наблюдения «Сведения о деятельности колопроктологической службы субъекта Российской Федерации», которую заполняют главные внештатные специалисты-колопроктологи субъектов Российской Федерации, в 2015 году по поводу анальной трещины было прооперировано 2114 человек (в амбулаторных условиях – 712, в условиях дневного стационара – 1402), по поводу острого парапроктита – 1094 пациента (в амбулаторных условиях – 354, в условиях дневного стационара – 740). Таким образом, суммарно в 2015 году в амбулаторных условиях и в дневном стационаре было прооперировано 9668 пациентов, что значительно выше, чем в 2014 году.

Еще один аспект – отсутствие федеральных стандартов оказания медицинской помощи при хирургическом лечении общепроктологических заболеваний амбулаторно и в дневном стационаре, что вызывает значительные трудности при расчете норматива финансовых затрат. Частично проблема решена включением в клинико-статистические группы для дневного стационара КСГ 32 и 33 «Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1 и 2, соответственно)».

Особое внимание уделяется сохранению коечного фонда, а также интенсификации работы с уче-

том имеющихся ресурсов. В целом, в Российской Федерации в период с 2012 по 2015 гг. проведена значительная оптимизация коечного фонда, по многим направлениям сокращение достигало 20-25%. За период проведенного статистического наблюдения общий фонд проктологических коек сократился лишь на 145, что составило 3,8%. При этом отмечается значительный рост числа пролеченных пациентов на 10 585, что составило 8,2%. В настоящее время внедряются современные технологии, проводится модернизация оборудования, реконструкция операционных блоков. Все эти мероприятия позволили сократить среднее пребывание на проктологической койке с 11,0 до 9,5 (на 15,8%). Также отмечается снижение уровня госпитальной летальности.

Учитывая пристальное внимание при проведении экспертизы качества оказываемой медицинской помощи, соблюдение порядков оказания медицинской помощи, в 2016 году отмечается тенденция к перепрофилированию части хирургических коек в проктологические. Необходим углубленный анализ использования такого рода «единичных» коек в составе крупных хирургических отделений, профиля госпитализируемых пациентов и характера выполняемых хирургических вмешательств.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Важнейшим направлением в организации колопроктологической службы по-прежнему остается изучение заболеваемости и обращаемости населения при болезнях толстой кишки, анального канала и перианальной области, расширение объема специализированной помощи в амбулаторных условиях, внедрение скрининговых методов для раннего выявления новообразований толстой кишки. Особое внимание необходимо уделить увеличению числа врачей-колопроктологов, специалистов смежных дисциплин, созданию системы непрерывного медицинского образования и мониторинга профессиональных компетенций, в том числе, в частных медицинских организациях.

В дальнейшем основными направлениями организации специализированной колопроктологической помощи должны быть:

1. Внесение изменений в порядок оказания медицинской помощи с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля.
2. Разработка и внедрение медицинских стандартов и клинических рекомендаций диагностики и лечения колопроктологических заболеваний.
3. Совершенствование форм статистической

Таблица 4. Сведения о хирургическом лечении геморроя в амбулаторных условиях и в дневном стационаре*

Год	выполнено операций, всего	из них в амбулаторных условиях	из них в дневном стационаре
2014	7595	4780	2815
2015	6460	4790	1670

* Сводные данные формы статистической отчетности № 30, табл. 2800

Таблица 5. Сведения о работе проктологических коек за 2012-2015 гг.*

Год	кол-во коек	выписано пациентов	общий койко-день	средний койко-день	летальность, абс./%
2012	3939	117 812	1 295 931	11,0	719 / 0,61
2013	3932	122 737	1 313 288	10,7	651 / 0,53
2014	3895	121 280	1 255 954	10,4	689 / 0,57
2015	3794	128 397	1 222 894	9,5	514 / 0,40

* Сводные данные формы статистической отчетности № 30, табл. 3100

отчетности колопроктологических заболеваний, уточнение потребности в колопроктологических койках и кабинетах на основе полученных данных.

4. Расширение сети амбулаторных первичных колопроктологических кабинетов и центров амбулаторной колопроктологии, числа хирургических вмешательств на базе стационаров одного дня.

5. Повышение эффективности использования коечного фонда колопроктологической службы, улучшение качественных показателей его работы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шелыгин Ю.А., Зайцев В.Г., Бойков А.В. и соавт. Организационно-функциональная модель стационарной колопроктологической помощи. Колопроктология. – 2012. – №1 (39). – с. 3-7.
2. Приказ Минздрава России от 25.10.2012 № 444 «О главных внештатных специалистах Министерства здравоохранения Российской Федерации». – URL: <http://docs.cntd.ru/document/902379589>.
3. Приказ Минздрава России от 08.06.2016 № 358

«Об утверждении методических рекомендаций по развитию сети медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения». – URL: <http://docs.cntd.ru/document/420363185>.

4. Приказ Минздравсоцразвития России от 02.04.2010 г. № 206н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля». – URL: <http://base.garant.ru/12175665>.

5. Приказ Минздрава России от 03.02.2015 г. № 36н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». – URL: <http://base.garant.ru/70883132>.

6. Приказ Минздрава СССР от 21.07.1988 г. № 79 «Об утверждении квалификационных характеристик врачей-специалистов». – URL: <http://zakonbase.ru/content/base/70558>.

7. Артюхов А.С. Организация специализированной помощи больным с заболеваниями толстой кишки, промежности и анального канала. В сб. «Проблемы проктологии». – 1981. – Вып. 2. – с. 3-6.