

Жапаров К.А., Таирова Ж.С., Барынбаева А.А.

**ШААРДЫК АМБУЛАТОРДУК ХИРУРГИЯЛЫК ЖАРДАМЫНЫН ЖОЛДОРУН
ОПТИМАЛДАШТЫРУУ ШАРТТАРЫ**

Жапаров К.А., Таирова Ж.С., Барынбаева А.А.

**ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ В ГОРОДСКИХ УСЛОВИЯХ**

К.А. Zhaparov, Zh.S. Tairova, A.A. Barynbaeva

**WAYS OF OPTIMIZATION OF OUTPATIENT SURGICAL CARE IN
AN URBAN SETTING**

УДК: 610.2:65.018

Бул иште Ош шаарындагы үй-бүлөлүк медицина борборлорундагы амбулаториялык хирургия кызматтарынын жумушуна анализ жүргүзүлгөн. Жашоочулардын медициналык кызматтын сапатына, ага канаттануусуна жана кайрылуунун негизги нозологиялык формаларына анкета жүргүзүүнүн жыйынтыктары көрсөтүлдү. Хирургиялык бөлмөлөрдүн негизги көрсөткүчтөрү жана хирургиялык кийлигишүүлөрдүн көлөмү өзүнчө белгиленди.

Негизги сөздөр: талдоо жүргүзүү, калк, медицина, оору, жыйынтык.

В статье проанализирована деятельность амбулаторных хирургических услуг центра семейной медицины в Оше. Результаты опроса о качестве медицинской помощи и удовлетворенности населения, структура лечения по основным нозологическим формам. Подчеркнуты основные показатели к операции и объем хирургического вмешательства. Предложены диспансеризации взрослого населения и пути оптимизации хирургической помощи в городских условиях.

Ключевые слова: анализ, население, медицина, болезнь, результат.

Activities of outpatient surgical services of family medicine center in Osh is analyzed. The survey results on the quality of medical care and population's satisfaction, treatment structure

on the main nosological forms. The main indicators of the surgery and the amount of surgical interventions are underlined. Medical examination of the adult population and ways to optimize surgical care in urban settings are proposed.

Key words: analysis, population, medicine, disease, the result of the inspection.

При ретроспективном анализе отчетных данных хирургических кабинетов центров семейной медицины основные отчетные данные в динамике особых качественных изменений не претерпели. В плане заболеваемости населения по хирургическим нозологиям, объем работы врача, диспансерные группы больных, результаты профилактических осмотров организованного и неорганизованного контингента населения в цифровом выражении особым колебаниям не подвергались, за исключением некоторых патологических состояний. Однако выявлены факторы, усовершенствование которых, внедрение новых организационных принципов привело бы к значительной оптимизации обсуждаемой отрасли, о чем будет идти речь далее. Для более достоверности и для сравнительного анализа нами взяты отчетные данные за последние 2 года.

Таблица 1

Основные показатели хирургических кабинетов

Показатели	ООЦСМ		Ф№1		Ф№2		Ф№3		Ф№4	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Численность населения	25411	25549	24962	21861	19040	18084	31184	32249	24395	22350
Первичное обращение	1553	1350	1214	1216	827	1190	998	628	468	347
Всего посещений	5367	7403	7446	7787	3922	4878	6960	7279	1924	6602
Больные	4069	3699	2736	2827	1148	2379	1158	1235	468	586
Проф осмотры	1139	3020	4710	4960	2774	2499	5802	6482	1456	3368
Рабочие дни	301	276	278	269	268	267	294	294	302	279
Рабочие часы	1650	1519	1621	1447	1608	1690	1617	1643	1658	1534
Нагрузка в день	17,8	26,2	27,6	28,5	14,6	18,2	23,6	23,4	12,5	23,6
В час	3,2	4,7	5,2	5,7	2,4	2,9	3,38	4,43	2,3	4,3

Согласно данным таблицы 1 численность проживающих на территории ООЦСМ №2 и его филиалах варьирует в сторону увеличения или уменьшения в связи с внутренней и внешней миграцией населения в

периоды приезда и отъезда трудовых мигрантов в разные области республики, ближнего и дальнего зарубежья. По данным переписи населения в 2014 году в районе обслуживания города проживало - 120093 че-

ловек, т.е. почти 50% официально зарегистрированных граждан всего города. А по неофициальным данным в южной столице проживает около 500000 жителей. Из приписанного населения 60636 мужчины т.е. 50,49%, женщины – 59457 т.е. 49,51%. Пенсионеры – 8512 (7,08%), а дети до 15 лет – 43293(36,04%) и застрахованные – 84944(70,73%). Как указано в таблице количество первично обратившихся больных в хирургические кабинеты имеет тенденцию к снижению. Это связано с реформами, проводимыми в здравоохранении КР в последние годы. Многие семейные врачи и медсестры, а также частно-практикующие врачи активно лечат простых хирургических патологий в ЦСМ и на дому. Нужно отметить, что такая картина наблюдается во многих лечебно-профилактических организациях. Несмотря на это, поток посетителей хирургических кабинетов амбулаторий достаточно велик. Например: из всех 446409 посещений в ООЦСМ 33949 человек посетили пяти амбулаторных хирургов(7,6%), из

всех 78933 первично обратившихся больных 4731 обратились в хирургический кабинет (5,99%). Одновременно наблюдается значительное увеличение количества населения, посещающее хирургические кабинеты с целью получения консультации по поводу различных заболеваний и для профилактических осмотров, 10726 и 20329(2,4% и 4,5%) человек соответственно. Как видно из таблицы №1 в течение года хирургические кабинеты ЦСМ посещают огромное количество людей, а амбулаторная хирургическая служба остается одной из самой востребованной службой не только в структуре ПМСП, но и в целой системе здравоохранения Кыргызстана, особенно в условиях больших городов. При месячной нагрузке-478 посещений на приеме, в день – 19,1, в час – 3,47 по нормативу, почти все хирургические кабинеты работают с перегрузкой. И этот рост нагрузок в разрезе филиалов колеблется от 0,5 в филиалах №1 и №2 до 2,0 посещений в час в филиале №4.

Таблица 2

Структура обращений по основным нозологическим формам

Нозологические формы	ООЦСМ		Ф №1		Ф №2		Ф №3		Ф №4	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Остеомиелит	7	7	6	6	6	19	9	14	9	8
Грыжи	65	68	35	37	36	19	51	36	12	14
Аппендицит	23	17	18	25	24	26	34	34	18	12
Холецистоэктомия	26	24	34	27	6	5	54	33	12	10
Заболевания сосудов	36	42	92	55	32	33	82	57	35	58
Раны	148	149	107	108	97	76	54	38	59	64
Спаечная болезнь	7	7	30	31	5	6	-	-	10	12
Мастит	8	8	9	11	-	-	-	-	-	-
Эхинококкоз	7	4	3	4	8	8	10	10	10	8
Переломы	57	49	8	9	21	36	17	27	11	12
Урологич. заб-я	80	71	10	27	45	57	49	12	48	20
Ортопедические заболевания	255	235	88	91	168	195	87	102	78	45
Доброкач. опухоли	67	59	70	73	15	35	26	15	24	20
Ушибы	208	181	136	137	218	157	110	48	81	30
Ожоги	24	28	28	29	9	9	38	10	34	18
Проктологич. заб-я	40	58	42	43	2	2	25	31	4	6
Нагноит. заб. кожи	230	178	416	218	172	192	96	30	96	80

В структуре обращаемости по заболеваниям в течение многих лет одно из лидирующих мест занимает нагноительные заболевания кожи и подкожной клетчатки, в виде фурункулов, абсцессов, флегмон, панарициев и различных инфицированных ран. Также отмечается рост ортопедических патологий из года в год. Возможно, сказывается ухудшения качества питания, загрязнения окружающей среды и рыночный образ жизни, т.е. многие такие больные с утра до вечера сидят на базаре, зарабатывая на кусок хлеба. Одно из ведущих мест в структуре заболеваемости занимает травматизм, как детский, так и взрослый. Объясняется это с увеличением транспортных средств в городе, не соблюдением правил дорожного движения и техники

безопасности со стороны водителей, пассажиров и пешеходов, а также с увеличением числа криминальных элементов. В связи с этим актуальной в работе амбулаторного хирурга остается проведение санитарно-просветительской пропаганды соблюдения личной гигиены, ведения здорового образа жизни и соблюдение правил безопасности на улице, на работе и в учебных заведениях совместно со всеми заинтересованными сторонами среди населения и больных в период, до и после лечения. Одновременно такие социально значимые и искалечивающие (часто приводящие к инвалидности) население патологии, как эхинококкоз, остеомиелиты и сосудистые патологии не должны оставаться вне поля зрения врача хирурга. Как видно из

таблицы №2 врач-хирург в ЦСМ принимает огромное количество не только хирургических больных, но травматологических, ортопедических, урологических, онкологических, проктологических, гинекологических и других больных, что требует дополнительных серьезных знаний по вышеуказанным разделам медицины. Более того врач хирург должен хорошо ориентироваться в возрастных особенностях детского организма, так как согласно требованиям реформы здравоохранения он обязан обслужит и взрослый, и детский контингент больных приписанного населения. Из этого само собой можно делать выводы о том, что для

подготовки грамотного врача хирурга ЦСМ, как и для подготовки матерого оперирующего хирурга требуется не одно десятилетие.

Основные малые операции проводятся по поводу гнойно-воспалительных заболеваний кожи и пжк. А также проводятся такие операции: удаление доброкачественных опухолей, вправление вывихов, закрытая репозиция переломов с наложением гипсовых повязок, малые косметические операции. Операции проводятся под местным обезболиванием с использованием современных анестетиков и шовных материалов.

Таблица 3

Объемы хирургических вмешательств

Наименование операций	ООЦСМ		Ф.№1		Ф.№2		Ф.№3		Ф.№4	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Вскрытие фурункула	11	43	33	36	13	29	38	12	34	44
Мастита	3	1	9	11	-	-	-	-	-	-
Панариций	13	33	22	23	16	25	36	29	22	18
Абсцесса	4	7	19	21	2	6	4	1	24	37
Гидроаденита	1	3	13	15	4	2	-	1	-	2
Парапроктита	4	3	8	9	1	2	3	4	1	2
Флегмоны	2	5	10	12	2	17	3	2	2	14
Гематомы	2	3	4	6	2	3	-	2	-	-
Удаление липомы	2	3	2	1	3	3	11	6	24	21
Атеромы	12	7	12	13	9	12	2	3	3	4
Ногтевой пластинки	43	48	20	23	3	5	4	3	11	23
Инородного тела	6	9	10	12	7	8	5	4	6	4
Иссечение мозоли	5	7	8	9	4	3	5	6	3	2
ПХО раны	99	49	63	67	59	52	40	24	15	22
Циркумцизия	9	13	6	5	8	4	9	11	5	6
Прочие операции	28	19	8	12	41	28	2	11	32	19
Перевязки	226	423	372	398	310	913	365	993	253	278
Гипсовые повязки	10	14	24	31	22	19	7	3	-	-

Все удаленные опухоли подвергаются гистологическому исследованию. Часто назначаются антибиотики последнего поколения. Часто назначаются антибиотики последнего поколения. При необходимости определяется микрофлоры с уточнением чувствительности их к антибиотикам. Практикуется местное применение ферментов, фагов при гнойно-некротических ранах, что дает хороший эффект. Как видно из таблицы №3 в стенах хирургических кабинетов ЦСМ ежедневно проводятся не одна малая операция и перевязка. В целях оптимизации хирургической помощи, экономии средств государственной казны и самих больных целесообразно расширит объем хирургических вмешательств в амбулаторных условиях. При организации дневных хирургических стационаров за минимум затраты можно провести грыжесечение при малых грыжах, орхидопексия при паховой ретенции, устранению

водянок яичек и прочих операций, которые делаются в стационарных условиях.

Хорошие обезбоживания, применение в работе удобных хирургических инструментов, антибиотиков широкого спектра действия, антисептических средств, качественных шовных материалов, проведение профилактических, метафилактических бесед, все это в совокупности дает хорошую возможность к более быстрому выздоровлению.

Среди диспансерных групп больных проводятся большая работа. Все больные наблюдаются, обследуются и оздоравливаются индивидуально в положенные им сроки. Для обследования и лечения применяются современные методы диагностики и лечения, эффективные препараты. При необходимости направляются на стационарное лечение, консультируются

ведущими специалистами г. Ош и Бишкека. Диспансерные больные 1-2 раза в год получают противоречивое лечение.

При изучении работы хирургических кабинетов Центра семейной медицины г.Ош установлено наличие у них 156 инвалидов по хирургическим и травматолого-ортопедическим заболеваниям, что составляет 6,44% от числа всех инвалидов (всего инвалидов-2422 чел.), и 0,11% всего населения. Из всех инвалидов хирургических кабинетов - инвалиды по травматолого-ортопедическим заболеваниям составили -85 больных (54%), а дети -58 больных (37%).

Таблица №4

Состав инвалидов по нозологическим формам выглядит таким образом

№	Нозологические формы	Абс. число	%
1	Сосудистые заболевания	20	12,8
2	Травматологические больные	14	8,9
3	Ортопедические больные	71	45,5
4	Остеомиелиты	19	12,1
5	Проктологические болезни	1	0,64
6	Резекция желудка и кишечника	5	3,2
7	Незарращение неба	11	7,05
8	Болезнь Гиршпрунга	1	0,64
9	Эхинококкоз, альвеококкоз	4	2,56
10	Опухоли головного и спинного мозга	3	1,96
11	Спаечные болезни	5	3,2
12	Урологические болезни	1	0,64
13	Поликистоз легких	1	0,64
14	Всего	156	100

Как показывают данные таблицы №5 в общей структуре инвалидности хирургических кабинетов ЦСМ №2 г.Ош единоличное лидирующее место занимает - ортопедические заболевания – 71 больных (45,5%), а следом идут из костно-суставных патологий – остеомиелиты-19 больных (12,1%) и посттравматические состояния в виде переломов, ампутаций конечностей - 14 больных (8,9). В совокупности инвалиды по костно-суставным патологиям составляют более 65% из всех инвалидов хирургических кабинет

Эти данные лишнее доказательство того, что в настоящее время патологии костно-суставной системы являются одним из самыми искалечивающими заболеваниями. И требуют они длительного и упорного труда, как со стороны медицинских работников, так и самих больных и их родственников. В плане лечения, оздоровления таких больных, важное значение имеет широкий комплекс реабилитационных мероприятий. От качества этих мероприятий зависит дальнейшая судьба больных, т.е. сроки выздоровления и восста-

новления трудоспособности, активности образа жизни и т.д.

Для изучения удовлетворенности населения качеством амбулаторной хирургической помощи проводился опрос среди 285 посетителей хирургических кабинетов центров семейной медицины. Опрос проводился анонимно и методом случайностей на основе добровольности. Среди опрошенных 247 больных (86,6%) в целом выразили удовлетворенности полученной услугой, но одновременно хотели бы более лучшего сервиса, как в частных клиниках (как многие выразились), меньше очередей. 261 человек (91,5%) предпочли бы дневные стационары, чем больницы.

Таким образом, сравнительный анализ работы хирургических кабинетов Центров семейной медицины, опрос посетителей и оценка их деятельности лишней раз доказывает о огромной роли амбулаторной хирургической помощи в системе здравоохранения, особенно в условиях больших городов, когда вокруг лечебного учреждения находятся многоквартирные дома, школы с трехсменным обучением, большие организации, городские рынки, где целый день торгуют люди с окраин города и соседних районов, а также ВУЗы и СУЗы, оживленные улицы и проспекты, наполненные людьми и автотранспортом. Наличие этих служб в структуре ЦСМ, обеспечивает доступность и приближенность специализированной помощи в густонаселенных районах города.

Выводы:

1. Хирургические кабинеты работают с достаточной нагрузкой, их посещают здоровые и больные от периода новорожденности до старости, женщины и беременные, инвалиды, люди с разными социально-экономическими возможностями. С учетом того, что им возложена лечебно-профилактическая, диагностическая, консультативная и реабилитационная помощь, амбулаторная хирургическая служба востребована не только на уровне ПМСП, но и в целой системе здравоохранения Кыргызстана, особенно в условиях больших городов.

2. Хирург в амбулатории принимает не только хирургических больных, но и диагностирует и лечит травматологических, ортопедических, урологических, проктологических, гинекологических и других больных, которым требуется вмешательства. Хирургический кабинет в структуре ЦСМ, по сути является основной опорной точкой, на которую по необходимости посылаются другие специалисты и семейные врачи в ходе обследования и лечения больных.

3. Спектр оказываемых хирургических вмешательств широк, в связи с разнообразием обслуживаемого контингента населения. Хотя основное количество опрошенных выражает удовлетворенность полученной помощью, именно здесь находится множество неиспользованных ресурсов. Открытие многопрофиль-

ных дневных стационаров, в том числе хирургических, на базе центров семейной медицины, а не на базе больниц, как предлагают некоторые реформаторы, намного расширил бы объем хирургических вмешательств, тем самым сэкономив бюджетные средства и средства самих больных.

4. Работа с диспансерными больными и инвалидами - это один из основных качественных показателей работы хирургического кабинета. Создание компактных, эффективных реабилитационных отделений на базе центров семейной медицины (а не централизованно для целого города), обеспечит приближенность и доступность этого самого популярного вида медицинской помощи больным, особенно инвалидам и пожилым людям, и к тому же они будут находиться под постоянным присмотром своего лечащего и семейного врача. А необходимые лекарственные препараты будут приобретаться по линии ППГ.

Литература:

1. Абдраимов Т.Д., Каратаев М.М. Аджибаев У.Х. Оценка качества медицинской помощи населению Кыргызской Республики.// Проблемы управления здравоохранением. - Москва, 2007. - №5. - С. 8-11
2. Зарипов С.З. и соавт., Управление учреждениями здравоохранения первичного звена.// Учеб. пособие. - Душанбе, 2003. - С. 174 с.
3. Каратаев М.М., Исакова А.У. О переходе на новые системы финансирования ГСВ// Сборник материалов первого конгресса врачей КР. IV конференция по программе "Манас". - Б., 1998. - С. 83-84.
4. Каратаев М.М., Исраилова З.А., Василевский М.Г. Здоровье населения Ошской области.// Сборник научных трудов: «Перспективы развития института семейной медицины в Республике Таджикистан». - Душанбе, 2003. - С. 32-37.
5. Касиев Н.К., Каратаев М.М., Барашкина Г.С. Изменение системы финансирования амбулаторно-поликлинических учреждений. // Жур. "Здравоохранение Кыргызстана". - Б., 1999. - № 2. - С. 3-5.
6. Кучеренко В.З., Яковлев Е.П., Кудрявцев Ю.Н., Трофимов А.С. Некоторые подходы к оценке качества лечебно-диагностического процесса.//Проблемы управления здравоохранением. - 2003. - №1. - С.13-17.
7. Медик В.А., Юрьев В.К. Первичная медико-санитарная помощь (ПСМП). // Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. - М., 2003. - Ч. 2, лекция 2. - С. 43-95.
8. Мейманалиев Т.С. Кыргызская модель здравоохранения. - Б., 2003. - С. 465.
9. Первичная медико-санитарная помощь.// Международная конференция по медико-санитарной помощи. - Алмата, 1978.
10. Стародубов В.Н., Калининская А.А., Шляфер С.И. Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития. - М.: Медицина, 2007. - С. 261.

Рецензент: к.м.н., доцент Орозалиев К.Ш.