

Жапаров К.А.

**БАШТАПКЫ ДЕҢГЭЭЛДЕ АДИСТЕШТИРИЛГЕН МЕДИЦИНАЛЫК ЖАРДАМ
КӨРСӨТҮҮЧҮ АМБУЛАТОРДУК ХИРУРГДУН ЖУМУШУН БАЛОО**

Жапаров К.А.

**ОЦЕНКА РАБОТЫ АМБУЛАТОРНОГО ХИРУРГА
В ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ**

К.А. Zhaparov

**EVALUATION OF THE OUTPATIENT WORK OF THE SURGEON, IN RENDERING
SPECIALIZED MEDICAL CARE AT THE PRIMARY LEVEL**

УДК: 614.2:616 (075.8)

Ош шаардык үй-бүлөлүк медицина борборунун амбулатордук хирургунун аткарган жумушун изилдөөнүн негизинде, анын баштапкы деңгээлде медициналык жардам көрсөтүүдөгү ролуна баа берилди. Ошондой эле ушул тармактагы кээ бир колдонулбаган мүмкүнчүлүктөр изделди.

Амбулатордук хирургиялык жардам көрсөтүү жолдорунун көлөмүн кеңейтүү жана амбулатордук хирургиялык жардам алууга үй-бүлөлүк медицина борборлорунун хирургиялык кабинеттерине 285 келүүчүлөрдүн бул кабинеттердин сапаты жана натыйжалары менен канааттануусу сунушталган.

Негизги сөздөр: үй-бүлөлүк медицина борбору, күндүзгү стационар, амбулатордук хирургия, баштапкы деңгээл.

На примере изучение работы амбулаторного хирурга центра семейной медицины города Ош, дана оценка его роли в оказании медицинской помощи на первичном уровне. Проанализированы основные показатели деятельности узких специалистов, характер оперативных вмешательств.

Предложены пути расширения объемов оказания амбулаторной хирургической помощи и результаты удовлетворенности населения качеством амбулаторной хирургической помощи среди 285 посетителей хирургических кабинетов центров семейной медицины.

Ключевые слова: центр семейной медицины, дневной стационар, амбулаторная хирургия, первичный уровень.

For example, a study of outpatient surgery center of family medicine of the city of Osh, an assessment of its role in the provision of health care at the primary level. Analyzed key performance indicators of narrow specialists, the nature of surgery.

The ways of expanding the volume of outpatient surgical care and the results of public satisfaction with the quality of outpatient surgical care among 285 visitors surgery centers of family medicine.

Key words: family medicine center, day hospital, ambulatory surgery, primary level.

Актуальность исследования. В настоящее время кризис экономики и социальной сферы требует от организаторов здравоохранения повысить значимость амбулаторно-поликлинического звена в системе медицинского обеспечения. Возникла необходимость эффективного использования имеющихся фи-

нансовых ресурсов и устранение диспропорции в объемах оказания стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи населению. А также переосмотреть факт значительного превалирования наиболее ресурсоемкой больничной помощи, на долю которой приходится 60-70% ресурсов здравоохранения, в то время как в экономически развитых странах она не превышает 35-50% [1,6,7]. Зарубежный опыт показывает, что до 40-50% плановых хирургических операций, целый ряд сложных диагностических исследований, а также комплексное консервативное лечение больных хирургического профиля можно выполнить в амбулаторно-поликлинических условиях.

Амбулаторное направление в хирургии – это самостоятельное направление со своей идеологией, спецификой, перспективой [2,9,10]. Работа врача на хирургическом приеме больных в поликлинике характеризуется некоторыми особенностями, в значительной степени определяющими не только качество лечебно-диагностической помощи амбулаторным больным, но и многие стороны деятельности хирургического стационара [3,8]. К ним относятся полнота обследования в амбулаторных условиях больных, подлежащих плановому оздоровлению, их отбор для стационарного лечения, своевременное выявление и госпитализация больных с острыми заболеваниями органов брюшной и грудной полостей. Кроме того, после выписки больного из стационара в поликлинике осуществляется долечивание и реабилитация, от качества которого в значительной мере зависит продолжительность временной и стойкой потери трудоспособности.

Таким образом, работа хирурга поликлиники имеет самое непосредственное отношение к рациональному использованию коечного фонда, продолжительности дооперационного периода, а также исходам лечения [4].

Современная поликлиника является крупным многопрофильным, специализированным лечебно-профилактическим учреждением, предназначенным оказывать медицинскую помощь и осуществлять комплекс профилактических мероприятий по оздо-

ровлению населения и предупреждению заболеваний [5].

Цель исследования. Разработка путей расширения объемов оказания амбулаторной хирургической помощи и изучение удовлетворенности населения качеством медицинской помощи.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования явились отчетные данные медико-информационного центра Ошского областного центра семейной медицины и анкеты опроса населения г. Ош.

Методы исследования: аналитический, статистический, социологический, экспертной оценки.

Результаты и обсуждение. В текущий период Центры семейной медицины, несмотря на свое название, особенно в городах, являются многопрофильными, специализированными лечебно-профилактическими учреждениями, с возможностью оказать широкий спектр лечебно-диагностической и профилактической помощи населению. У населения, в большей степени у малообеспеченного, еще имеется возможность получить специализированную помощь на первичном уровне, в том числе хирургическую.

Таблица 1

Основные показатели деятельности узких специалистов

	Кол-во КИФ	Всего посещений	В том числе больные	Консультации	Профосмотры	Нагрузка в час
Хирург	1538	6373	3175	1196	2002	4
Невропатолог	616	4230	1061	1478	1691	3
Окулист	438	4102	887	356	2859	3,1
Кардиолог	409	2719	1032	1466	200	1,7
Ревматолог	363	4100	995	973	2123	3,3
Эндокринолог	1529	1697	1572	126	-	1,4
Лор	766	4946	1572	721	2653	3,8
Уролог	214	356	356	-	-	0,4
Онколог	647	1550	1630	83	124	2,1
Стоматолог	879	1711	879	-	747	2,5
Аллерголог	352	995	966	29	-	2,1
Всего	7751	32779	14125	6428	12399	

Как видно из таблицы 1 основные показатели работы хирурга явно превосходят показатели других специалистов лечебно-консультативного отделения Центра семейной медицины. Количество первично обратившихся больных к амбулаторному хирургу от 2-х до 6-7 раз больше, чем к другим специалистам-врачам и составило – 1538 (19,8% ± 0,67). Всего посещений в хирургический кабинет – 6373 (19,4%±0,48). По поводу заболеваний обратились –

3175 (22,4%±0,73), для получения консультаций – 1196 (18,6%±0,47), профилактические осмотры прошли – 2002 (16,1%±0,31). Можно полагать, что хирург, как узкий специалист больше востребован на первичном уровне. С учетом более сложной специфики работы хирурга, семейные врачи хуже справляются с такими больными и чаще направляют их к специалисту.

Таблица 2

Распределение больных, обратившихся к узким специалистам n =1538

№	Наименование заболевания	Дети		Взрослые	
		Общ. кол-во	%, m	Общ. кол-во	%, m
1	Хирургические больные	294	19,11%±1,00	343	22,30%±1,06
2	Травматологические	203	13,19%±0,86	288	18,72%±0,99
3	Ортопедические	170	11,05%±0,79	84	5,46%±0,57
4	Урологические	91	5,91%±0,60	9	0,58%±0,19
5	Онкологические	17	1,10%±0,26	39	2,53%±0,40
	Итого	775	50,39%±1,27	763	49,60%±1,27

Как показывают данные таблицы 2, обращаемость взрослых и детей в хирургические кабинеты примерно одинаковы: 49,60%±1,27 и 50,39%±1,27 соответственно. Естественно больше всех обслуживаются хирургические больные – 41,4%±1,25. Из-за приближенности и доступности хирургической помощи в Центрах семейной медицины им часто обращаются травматологические больные – 31,9%±1,1. А также в до операционном, после операционном периодах и для оперативного лечения их посещают ортопедические (16,5%±0,94), урологические (6,5%±0,62) и онкологические (3,6%±0,47) больные. Кроме приближенности и доступности специализированной медицинской помощи причиной обращения не очень профильных больных является проблематичность бесплатного лечения в стационарах.

Большое место в деятельности амбулаторного хирурга занимают оперативные методы лечения. Объем и характер их зависит от опыта хирурга и условий, в которых он работает.

Таблица 3

Характер оперативных вмешательств n= 511

№	Наименование вмешательств	Дети		Взрослые	
		Общ. кол-во	%, m	Общ. кол-во	%, m
1	Хирургические	177	34,6%±2,1	236	46,1%±2,2
2	Травматологические	20	3,9%±0,85	16	3,1%±0,76

3	Ортопеди-ческие	-	-	3	0,58%±0,33
4	Урологи-ческие	32	6,26%±1,07	-	-
5	Онколо-гические	1	0,19%±0,19	26	5,0%±0,96
	Итого:	230	45,0%±2,2	281	55,0%±2,2

Основную долю оперативных вмешательств на амбулаторном уровне составляет доля хирургических больных – 80,8%±1,74 (табл. 3). Это различные операции по объему и сложности: первичные хирургические обработки, операции на коже, подкожной клетчатке и молочной железе, малые косметические операции, лапароцентез и прочие. Травматологическим больным в основном проводились вправление вывихов, закрытые репозиции костных отломков при переломах и наложение гипсовых повязок – 7,0%±1,1. Как видно из таблиц 1 и 2 основные пользователи услуг хирургических кабинетов это хирургические и травматологические больные, которым требуется в основном экстренная помощь. Урологическим больным в основном проводилось циркумцизия – 6,26%±1,07, удаление различных доброкачественных образований – 5,28%±0,98, пункции суставов с введением лекарственных средств при артрозах – 0,58%±0,33. При анализе работы хирурга Центра семейной медицины выявлено, что все операции проводятся под местным обезболиванием с использованием современных анестетиков и шовных материалов. Все удаленные опухоли подвергаются гистологическому исследованию. 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 в стенах хирургических кабинетов ЦСМ ежедневно проводятся не одна малая операция и перевязка.

Организация и проведение диспансеризации – одна из важнейших составляющих системы работы амбулаторного хирурга. В среднем на 1,0 ставку врача-специалиста количество диспансерных больных составляет 120-140. В нашем случае это составило 135 больных. Из них-102 (75,5%) взрослые, 33 (24,5%). Большинство специалистов курируют заболевания одной, максимум двух систем: офтальмолог глазную систему, невропатолог нервную систему, отоларинголог – ЛОР патологии и т.д. Деятельность хирурга охватывает почти все органы и системы человеческого организма, что требует глубоких знаний по всем фундаментальным предметам медицины. Из всех диспансерных больных хирурга 4,4%±1,76 составляли больные с патологиями костно-суставной системы (остеомиелиты), сосудистые патологии (облитерирующие эндоартериты, хронические тромбозы) – 21,4%±3,5, проктологические заболевания (хронические параректальные сви-

щи, геморрой) – 11,8%±2,77, паразитарные заболевания (эхинококкозы) – 4,4%±1,76, врожденные аномалии развития разных органов и систем – 6,6%±2,1, заболевания желудочно-кишечного тракта – 35,5%±4,1. Из зарегистрированных 32 инвалидов большинство составляют больные с патологиями костно-суставной системы – 63,3%±8,3, сосудистые патологии – 15,5%±6,2, врожденные аномалии развития – 21,2%±7,1. Ведение такого разнообразного контингента больных, оказание им медицинской помощи в стенах ЛПУ и на дому, экспертиза нетрудоспособности требует пристального внимания по оформлению медицинской документации, особенно амбулаторных карт, так как они в хирургической практике имеют не только медицинское, но и юридическое значение.

На основании анализа установлено, что контингент обслуживаемых больных хирургом на первичном уровне разнообразен и спектр оказываемых медицинских услуг широкий. Полагается именно по этой причине число посещений в хирургический кабинет больше по сравнению с другими специалистами и семейные врачи больше нуждаются в услугах хирургов. В свою очередь развитие амбулаторной хирургии на основе новых форм организации, путем переноса технологии из стационара в поликлинические условия, сокращает высокие экономические затраты стационарных коек и имеет высокую медицинскую и социально-экономическую эффективность. Объем хирургической помощи непосредственно зависит от инфраструктуры учреждения, включающий дневной стационар.

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, анализ работы амбулаторного хирурга Центра семейной медицины, опрос посетителей лишней раз доказывает большой значимости амбулаторной хирургической помощи в системе здравоохранения. Современная амбулаторная хирургия за рубежом является альтернативой стационарной хирургии. Достаточно накоплено клинико-организационного опыта в деятельности новых амбулаторно-структурных форм с однодневными и дневными стационарами, стационарами на дому, развитие которых и внедрение в медицинскую практику должно стать стратегией государственного здравоохранения в нашей стране.

Выводы:

1. В Центрах семейной медицины население больше обращаются к хирургам по сравнению с другими специалистами. С учетом более сложной специфики работы хирурга, семейные врачи хуже справляются с такими больными и чаще направляют их к специалисту.

2. Контингент обслуживаемых хирургом больных разнообразен и спектр оказываемых услуг широкий. Ежедневно им оказывается медицинская помощь не только хирургическим больным, но травматологическим, ортопедическим, урологическим, онкологическим и другим больным.

3. Большинство опрошенных из числа посетителей хирургического кабинета удовлетворены полученной медицинской услугой, а также предпочитают амбулаторное лечение стационарному, по причине экономической выгоды и психологического комфорта.

4. Амбулаторная хирургия в нашей стране, как и за рубежом, может стать альтернативой стационарной хирургии.

Литература:

1. Горбунков В.Я., Муравьев К.А., Карданов В.З., Назаренко О.В. Менеджер здравоохранения. - 2011. - №8. - С. 8-11.
2. Белевитин А.Б., Воробьев В.В., Безуглый А.В. и др. Возможности амбулаторной хирургии. - Хирургия. - 2010. - №3. - С. 49-51.
3. Раннев И.Б., Наумов С.С., Магомадов Р.Х., Башанкаев Б.Н. Анализ работы амбулаторных хирургических отделений и перспектива их развития. Здравоохранение. - 2005. - №11. - С. 36-40.
4. Низамов, Ф.Х. Хирургия поликлинического врача / Ф.Х. Низамов. Тюмень: Изд-во Тюменской гос. мед. акад., 2002. - С. 280.
5. Воробьев В.В. Перспективы совершенствования специализированной амбулаторной хирургической помощи. В.В. Воробьев, А.В. Безуглый. Амбулаторная хирургия. - 2002. - №4. - С. 8-9.
6. Мамытов М.М., Каратаев М.М. Современное состояние и основные направления развития системы здравоохранения Кыргызстана// Журнал Экономика здравоохранения. – Москва, 2004. - № 2. - С. 5-15.
7. Каратаев М.М. Бокчубаев Э.Т., Абилов Б.А. Децентрализация в деятельности ЛПУ как важное звено управления качеством оказания медицинской помощи населению в Кыргызской Республике// Экономика здравоохранения, Москва. - 2004. - № 3. - С. 5-7.
8. Каратаев М.М. Парханов А.К. Ибраимова Д.Д. Пути совершенствования и анализа результатов реформирования стационарной медицинской помощи// Журнал Наука и новые технологии, Бишкек. - 2011. - №1. - С. 129-133.
9. Клюковкин К.С., Ротарь Р.Ю. Реформы медицинского образования в свете реализации Болонского соглашения //Актуальные проблемы реформирования здравоохранения на современном этапе. Сборник научных трудов. -СПб., 2006. - С. 163-166.
10. Шестаков В.П., Клюковкин К.С., Линец Ю.П., Бурлаков С.Д. Проблемы организации работы отделений восстановительного лечения в поликлиниках // Проблемы городского здравоохранения: Сб. научных трудов. - вып. 12. - СПб.: СПбГМУ, 2007. - С. 52 - 54.

Рецензент: к.м.н., доцент Кочкоров М.К.