

зированной помощь оказывается после проведения консультаций ведущих специалистов отделения.

Для оказания полноценной специализированной помощи возрастающему количеству пациентов из области и других областей следует пересмотреть штаты отделения, придав ему статус регионального центра и обеспечив достаточное дополнительное финансирование из средств бюджета области.

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОТДЕЛЕНИЯ ХИРУРГИИ КИСТИ

Обухов И.А., Фадеев М.Г., Морозов И.Б.
ЦГКБ № 24, г. Екатеринбург

Отделение хирургии кисти в г. Екатеринбурге формировалось эволюционно под руководством кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ Уральской государственной медицинской академии (руководитель – профессор А.М. Волкова) на базе центральной городской клинической больницы № 24. В настоящее время в муниципальной многопрофильной клинической больнице наряду с оказанием помощи больным терапевтического и гинекологического профилей, осуществляется квалифицированная медицинская помощь при черепно-мозговых, скелетных и полостных травмах, а также при повреждениях и заболеваниях кисти.

Отделение хирургии кисти оказывает специализированную помощь населению всего города, а также больным из Свердловской области. Постепенно специализированное отделение, неофициально функционирующее как центр, расширило географию оказания экстренной и плановой медицинской помощи населению и из других территорий Уральского региона. На протяжении последних 6 лет отмечается динамика уменьшения количества госпитализированных больных с патологией кисти, проживающих в г. Екатеринбурге и увеличение контингента больных из области и других областей с 33,0% в 2000 году до 41,0% в 2006 году. Штаты отделения рассчитаны на оказание помощи больным без учета потребности на область.

В настоящее время более чем в 2/3 случаев госпитализации в отделение хирургическая помощь больным оказывается в плановом порядке, преимущественно при последствиях травм кисти и пальцев. Изменение потока больных обусловлено с одной стороны, возросшей квалификацией и активностью хирургов и травматологов города и области, которые оказывают первичную квалифицированную помощь больным с травмой и заболеваниями кисти, а с другой стороны, увеличением количества больных поступающих для восстановительных и реконструктивных операций в плановом порядке. Об этом же свидетельствует и изменение структуры нозологий у поступающих больных. Больные из лечебно-профилактических учреждений области и других территорий поступали преимущественно с последствиями тяжелых травм кисти, уже после выполненных первичных операций на сухожилиях, костях, суставах и периферических нервах. Всем этим больным, как правило, проводились повторные оперативные вмешательства. Отмечается также увеличение количества больных с последствиями многоструктурных повреждений кисти, когда требуется многоэтапное хирургическое и консервативное лечение.

Кадровый потенциал отделения соответствует нормативу ортопедического отделения, развернутого на 45 коек. Штатные нормативы специализированного отделения нуждаются в оптимизации, так как операции на кисти отличаются трудоемкостью, требуют зачастую большого времени, а рассчитываются в настоящее время как на общую травматологическую службу. При этом обеспеченность специализированными койками (хирургия кисти) на всю область ниже рекомендуемого норматива более, чем в 5 раз (0,09 койки на 10 тыс. населения фактически, против 0,54 по нормативу). Низкая обеспеченность специализированными койками, позволяет госпитализировать в ближайшие сроки после обращения только часть больных, нуждающихся в лечении. Небольшой коллектив врачей загружен текущей работой, что ведет к увеличению очереди на госпитализацию.

Деятельность отделения стеснена рамками обязательного медицинского страхования (ОМС). Разработанные и используемые в отделении современные технологии оперативного лечения целого ряда нозологических форм (переломов костей кисти и

предплечья, контрактур суставов кисти и пальцев, повреждений сухожилий и нервов) обеспечивают возможность более ранней выписки больных (чем предписано по системе ОМС) на амбулаторное лечение с последующим консультативным ведением этих пациентов в амбулаторных условиях под контролем оперировавших их хирургов центра. Однако ранняя выписка больных расценивается страховыми компаниями как преждевременная, что не приветствуется.

Реабилитация в городе отсутствует, нет единого замкнутого цикла по ведению больных от момента проведения операций до восстановительного лечения под контролем врачей до полного выздоровления, для больных из области, в связи, с чем после хорошо выполненных операций иногда мы не наблюдаем положительного результата. Нами осуществляется реабилитация больных в условиях отделения ОВЛ и отделения хирургии кисти. Реабилитационная служба на амбулаторном этапе тоже требует соответствующего штатного оснащения и обеспечения кадрами.

Полагаем, что дальнейшее развитие отделения хирургии кисти возможно при активном содействии областных структур здравоохранения. Совершенствование организации специализированной помощи позволило бы сосредоточить кадры и материальные ресурсы, создать условия для скорейшего внедрения новых технологий и достичь высоких показателей качества лечения больных с патологией кисти.

ДВАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ХИРУРГИИ КИСТИ

Морозов И.Б., Фадеев М.Г., Обухов И.А.
ЦГКБ № 24, г. Екатеринбург

В составе центральной городской клинической больницы № 24 г. Екатеринбурга функционировало отделение травматологии и ортопедии. В связи с приоритетом научных исследований расположенной на базе отделения кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Свердловского государственного медицинского института (ныне Уральской государст-