

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ЭКСТРЕННОЙ И ПЛАНОВОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПАТОЛОГИЕЙ КИСТИ В Г. ЕКАТЕРИНБУРГЕ И СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Государственное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования научно-практический центр «Уралмедсоцэкономпроблем».

**Муниципальное учреждение «Центральная городская больница № 24»,

***Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия

Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Екатеринбург

В условиях трансформации здравоохранения в России актуальное значение приобретает реструктуризация и организация различных видов специализированной медицинской помощи. Предложения по организации этапной медицинской помощи больным с патологией кисти нередко противоречивы и представлены в научной литературе отдельными технологическими фрагментами, не позволяющими концептуально объединить технологический цикл от момента оказания экстренной помощи до реабилитации.

В Свердловской области экстренная помощь больным с травмой кисти оказывается в хирургических и травматологических отделениях лечебно-профилактических учреждений. Больным с легкой травмой кисти помощь оказывается хирургом или травматологом поликлинического учреждения. Больные продолжают лечение в амбулаторных условиях, а при выявлении более тяжелой травмы направляются в хирургическое или травматологическое отделение на стационарное лечение (рис. 1).



Рис. 1. Технологии оказания медицинской помощи больным с травмой кисти в Свердловской области

В случае неудовлетворительных результатов лечения, а также при тяжелой травме и ее последствиях больные направляются на лечение в центр хирургии кисти. По нашим наблюдениям, оперативное лечение осуществляется в стационарах, как правило, в дневное время силами травматологов или хирургов общего профиля.

В центр хирургии кисти больные направляются в основном врачами хирургических и травматологических стационаров, что, естественно, увеличивает количество этапов и затягивает время до плановой госпитализации в специализированное отделение.

В г. Екатеринбурге количество этапов медицинской помощи сокращено. Больные с легкой травмой кисти вначале обращаются в травмпункты*, где им проводится амбулаторное лечение, а больные с тяжелой травмой, минуя хирургические стационары, бригадами скорой медицинской помощи доставляются в специализированный центр. При этом незначительная часть больных с тяжелой травмой поступает на лечение в специализированные травматологические больницы города (рис. 2)

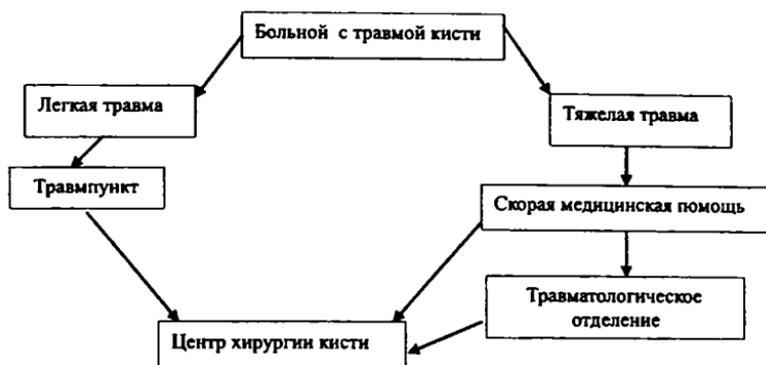


Рис. 2 Технологии оказания медицинской помощи больным с травмой кисти в г. Екатеринбурге

* В г. Екатеринбурге из штатов поликлинических учреждений штатные должности врачей-травматологов переданы в травмпункты, организованные во всех административных районах, которые в круглосуточном режиме оказывают как экстренную, так и плановую медицинскую помощь.

Экстренная специализированная помощь проводится круглосуточно в единственном в Свердловской области отделении хирургии кисти, функционирующем в составе городской многопрофильной больницы г. Екатеринбурга. Плановая госпитализация больных с последствиями травмы и заболеваниями кисти, поступающих из города и области, осуществляется после предварительной консультации у ведущих специалистов центра. До 1995 г. центр был развернут на 60 коек,

затем в связи с изменением социально-экономических условий произошло сокращение до 45 койк.

Специализированное отделение хирургии кисти функционирует свыше 20 лет на базе городской клинической больницы № 24 и кафедры Уральской медицинской академии. Процесс создания специализированного центра носил преимущественно эволюционный характер – формирование научной школы, подготовка специалистов, оснащение медицинской аппаратурой. Постепенно специализированное отделение расширило географию оказания экстренной и плановой медицинской помощи населению и из других территорий Уральского региона. За период с 2000 по 2004 гг. количество больных из области и других регионов увеличилось с 27 до 38,2%. При этом обеспеченность специализированными койками (хирургия кисти) ниже рекомендуемого норматива более чем в 5 раз (0,09 койки на 10 тыс. населения вместо 0,54 по нормативу). Низкая обеспеченность специализированными койками позволяет госпитализировать только часть больных, нуждающихся в лечении.

Анализ организации помощи больным с патологией кисти проводился по данным ТФОМС (Территориального фонда обязательного медицинского страхования) и филиала ТФОМС г. Екатеринбурга, а также статистических отчетов о работе центра хирургии кисти за период с 2000 по 2004 гг.. При оценке данных ТФОМС учитывались основные медико-экономические стандарты (МЭС), имеющие четкое определенное соответствие с нозологическими формами травмы, последствий повреждений и заболеваний кисти (табл. 1). В статистическую обработку не брали случаи патологии кисти, в которых могла быть разная интерпретация локализации патологического процесса (раны разных локализаций, переломы кисти и стопы и т. д.).

Таблица 1

Динамика случаев с патологией кисти в Свердловской области по медико-технологическим уровням оказания медицинской помощи**

Медико-технол. уровни	2000	2001	2002	2003	2004
III уровень	590 23,9%	623 25,7%	591 25,1%	498 21,2%	444 18,5%
IV уровень	624 25,3%	977 40,3%	1011 42,8%	1113 47,7%	1140 47,6%
V уровень	1250 50,7%	821 33,9%	758 32,1%	724 31,0%	814 33,9%
<i>Всего</i>	2464 100,0%	2421 100,0%	2360 100,0%	2335 100,0%	2398 100,0%

**** В Свердловской области с 1992 г. функционирует типологическая медико-технологическая система по уровням оказания медицинской помощи. III технологический уровень включает первичную медицинскую помощь по основным специальностям (по стационару – терапевтическая, хирургическая, акушерско-гинекологическая, педиатрическая) и инфекционным болезням.**

В медицинских учреждениях области и г. Екатеринбурга помощь на III технологическом уровне оказывалась в 2000 г. в 23,9% случаев, и имело место постоянное достоверное снижение количества случаев оказания помощи до 18,5% в 2004 г.. Отмечался постоянный достоверный рост оказания помощи на IV технологическом уровне с 25,3% в 2000 г. до 47,6% в 2004 г.. В целом это свидетельствует о том, что качество оказания помощи при патологии кисти в этот период неуклонно возрастало. Оказание специализированной помощи больным с патологией кисти на V технологическом уровне после уменьшения с 50,7% в 2000 г. до 33,9% в 2001 г. не имело тенденции к существенным изменениям на протяжении последующих лет. Это уменьшение количества случаев в 2001 г. было связано с ужесточением требований областной лицензионной медкомиссии к качеству оказываемых медицинских услуг в лечебно-профилактических учреждениях области.

Таблица 2

Технологическое ранжирование оказания специализированной медицинской помощи больным с патологией кисти по травматологическим больницам г. Екатеринбурга с 2000 по 2004 г.

Меди-ко-тех-нол. уровни	2000		2001			2002			2003		2004				
	Городские больницы, №														
	36	23	24	36	23	24	36	23	24	36	23	24	6	23	24
IV уровень	-	-	20	15	78	8	18	50	7	21	23	13	17	33	11
V уровень	117	275	872	94	77	917	73	29	958	69	36	874	90	23	875
Всего (абс. цифры и %)	117 9,0	275 21,4	892 69,5	109 9,1	155 13,0	925 77,8	91 8,1	79 7,0	965 85,0	90 8,7	59 5,7	887 85,6	107 10,2	565,3	886 84,5

В специализированных травматологических больницах г. Екатеринбурга помощь оказывалась на высоких IV и V уровнях, причем в разные годы относительное число случаев по IV уровню составляло максимум 9,2% в 2001 г. и 6,1% в 2004 г.. Другими словами, основная часть больных, которым проводилось лечение на V уровне, проходила через центр хирургии ЦГБ № 24. Абсолютное число прослеженных случаев патологии кисти в этой больнице существенно не изменилось (в 2000 г. – 892, а в 2004 г. – 886), однако произошло постепенное возрастание относительного количества случаев с 69,5% в 2000 г., до 85,0% в 2002 г., за счет уменьшения клинических случаев лечения больных с патологией кисти в ГБ № 36 и особенно в ЦГБ № 23 (табл. 2).

Анализ деятельности отделения хирургии кисти показал, что на протяжении последних 5 лет (с 2000 по 2004 г.) отмечалось постепенное уменьшение количества больных, пришедших с экстренной травмой (с 44,3% в 2000 г. до 32% в 2004 г.), и, соответственно, рост количества плановых больных (с 55,7% в 2000 г. до 68% в 2004 г.), причем большую часть из них (56,2%) составили именно обла-

стные больные с последствиями тяжелых травм и заболеваниями кисти. В процентном соотношении количество больных из области и других областей Уральского региона возросло, при этом хирургическая активность отделения увеличилась с 83,6 до 90,0%. 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 (тендопластика, транспозиция сухожилий сгибателей и разгибателей, различные виды остеосинтеза и костной пластики с использованием аппаратов внешней фиксации).

На основе изменения организационных процессов (структуры деятельности, внедрения новых лечебных технологий, обеспечивающих увеличение объема помощи при меньших вложениях средств; сокращения предоперационного койко-дня; индивидуальной реабилитационной программы в условиях отделения восстановительного лечения поликлиники) удалось не только оказывать помощь в полном объеме, сохранить накопленный опыт, но и продолжать развитие новых диагностических и лечебных технологий. Это, в свою очередь, привело к изменению структуры нозологических форм патологии кисти, пролеченных в центре (табл. 3).

Таблица 3

Распределение случаев стационарного лечения в центре хирургии кисти по нозологии в период с 2000 по 2004 г.

Нозологические формы	2000	2001	2002	2003	2004
Повреждения сухожилий, нервов	524	481	557	420	436
Повреждения костей	46	76	72	88	95
Последствия травм кисти, переломов и вывихов	152	174	148	145	200
Заболевания кисти	114	166	190	188	145
Прочие	183	140	79	107	102

Проведенный анализ показывает, что в г. Екатеринбурге на достаточно высоком уровне поставлена и функционирует организационная структура оказания экстренной и плановой помощи больным с травмой и заболеваниями кисти. Поступление больных в специализированное отделение – центр, оснащенный современным оборудованием и укомплектованный врачами, которые постоянно совершенствуют хирургические навыки, позволяет из года в год сокращать количество ошибок и тем самым улучшать функциональные результаты лечения больных. При этом отмечается сокращение количества плановых больных, поступающих на оперативное лечение из хирургических стационаров медицинских учреждений города. Между тем проблемные вопросы койко-дня нуждаются в организации амбулаторно-поликлинической помощи больным с травмой кисти, диспансерного наблюдения, реабилитации как в г. Екатеринбурге, так и в области. Оказание по-

мощи в области проводится в основном по экстренным показаниям, фактический уровень инвалидности от травм и заболеваний кисти по области не поддается измерению из-за отсутствия современных статистических форм учета патологии.

Эволюционное развитие специализированного центра в муниципальной больнице административного центра области не получило своего логического завершения – приобретения статуса регионального центра, а с учетом оказания специализированной помощи населению и из других субъектов Уральского региона – и межрегионального уровня. Причинные факторы, по нашему мнению, заключаются в отсутствии системного подхода в организации центров специализированной медицинской помощи как регионального, так и межрегионального уровня. Проблемы межбюджетных отношений создают сложности в оплате медицинских услуг как для больных, госпитализирующихся из области, так и из других территорий Уральского региона. Вместе с тем внедрение новых организационных технологий в деятельность центра, разработка алгоритма оказания экстренной и плановой хирургической помощи позволяют совершенствовать технологии медицинской помощи больным как области, так и за ее пределами.

* А. Б. Блохин, В. А. ** Фиалко, ** Ф. Д. Ваисов, ** М. А. Кириченко

РОЛЬ ПРИОРИТЕТНЫХ МЕТОДОВ И ФОРМ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ЭФФЕКТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ДВУХЭТАПНОЙ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

* Государственное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования научно-практический центр «Уралмедсоцэкономпроблем»

** Муниципальное учреждение «Станция скорой медицинской помощи им. В.Ф. Капниноса», Екатеринбург

За последнее десятилетие существенно выросло значение службы скорой медицинской помощи (СМП) – как одного из ведущих факторов национальной безопасности РФ. Достаточно сказать, что в структуре устранимых потерь трудового потенциала населения, зависящих от уровня организации здравоохранения, на долю СМП приходится 19%. Но в то же время эффективность службы резко снизилась на фоне кризисных явлений в нашей стране и уменьшения объемов финансирования – с 9 до 6,7%.

К настоящему моменту СМП РФ находится на завершающем этапе процесса реформирования (приказ МЗ РФ «О совершенствовании скорой медицинской помощи населению РФ» № 100 от 26.03.1999 г.) [1].

При этом определились основные причины, влияющие на уровень эффективности службы СМП, которые можно подразделить на три группы:

1. Причины объективного характера, обусловленные географическими, экономическими и демографическими процессами (33,0%).