

наук. 1 работник имеет звание «Заслуженный работник здравоохранения РФ» и 2 – «Заслуженный врач РФ».

Мощная материально-техническая база, современные лечебно-диагностические технологии, высокий творческий потенциал коллектива позволяют сотрудникам обеспечивать населению оказание специализированной медицинской помощи на высоком уровне и добиваться хороших качественных показателей. Работники ЦГБ №24 стали лауреатами Премии профессионального признания «Медицинский Олимп» г. Екатеринбурга: в 2002 году в номинации «Лучший акушер-гинеколог» - В.Ф.Солодянкина – зам. главного врача по акушерству и гинекологии, в 2004 году в номинации «Лучший главный врач» - М.Г.Фадеев – главный врач больницы, в 2006 году в номинации «Лучший врач диагностической службы» - С.И.Пересыпайлова – зав. клинико-диагностической лабораторией. В 2003 году по итогам работы МУ ЦГБ признана лучшей больницей города.

ФАДЕЕВ М.Г., БАТИЩЕВ Д.М., ОБУХОВ И.А.

РАЗВИТИЕ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В МУ ЦГБ № 24 ЗА 2001- 2005 ГОДЫ

В настоящее время происходит качественная перестройка всего здравоохранения, в том числе и травматологической службы. Представляет интерес исследование динамики основных изменений в травматологической службе крупной многопрофильной больницы г. Екатеринбурга.

Материал и методы. На протяжении последних 5 лет коечная мощность хирургических стационаров не изменялась и составляла 190 коек. Структура травматологической службы МУ «ЦГБ № 24» представлена 5-ю отделениями: травматологическое отделение № 1 (отделение скелетной травмы - Травма 1) травматологическое отделение № 2 (отделение сочетанной травмы - ОСТ); отделение ортопедии и микрохирургии кисти (ОРТ); нейрохирургическое отделение (НХО); реанимационно-анестезиологическое отделение (ОАР).

Кадровый потенциал составляют врачи хирургических специальностей: травматологи, ортопеды, полостные хирурги, нейрохирурги, реаниматологи. На протяжении последних 5 лет произошла смена всех руководителей структурными подразделениями хирургической службы. С учетом этого обстоятельства процент укомплектованности в 2005г. в целом по службе в настоящее время составляет: врачи 96,8%,

медицинские сестры 69,6%, младший медперсонал 48%. В хирургической службе вследствие специфики работы остаются некомплектованы ставки дежурных врачей.

Хирургические отделения лучше всего укомплектованы врачами. Укомплектованность младшим медперсоналом наиболее слабая, причем хуже всего – в отделении анестезиологии и реанимации, и в нейрохирургическом отделении. Между тем, известно, что именно в этих отделениях находится наиболее тяжелый контингент больных требующий систематического ухода.

Таблица 1

Укомплектованность кадрами стационарных отделений хирургической службы в 2005 г.

Кадры	ОАР	ОРТ	Травма I	ОСТ	НХО
Врачи	61,4%	87,5%	100%	100%	100%
Средний медперсонал	48,7%	62%	70,9%	70,9%	64,7%
Младший медперсонал	14%	67%	42,4%	42,4%	29,6%

На протяжении последних лет процент аттестации по хирургической службе у врачей находится в пределах 57,5% -60,0%, у среднего медперсонала 74-76,7%, что свидетельствует о достаточно высокой квалификации врачебного и сестринского персонала. В последние годы в коллектив влились новые доктора, имеющие подготовку и опыт работы: ряд молодых врачей прошли обучение по эндопротезированию и остеосинтезу в ведущих центрах страны.

На базе хирургического корпуса МУ «ЦГБ № 24» функционирует кафедра травматологии и ортопедии УГМА (зав. кафедрой профессор Герасимов А.А.). Работа кафедры регламентируется договором и осуществляется на основе ежегодно составляемого учебного плана. В составе кафедры доцент, ассистенты, аспиранты и клинические ординаторы. До 2004 года в больнице работал, первый руководитель отделения травматологии ЦГБ № 24 профессор-консультант, доктор медицинских наук Волкова А.М.. Сотрудники кафедры помимо своей основной работы постоянно осуществляют лечебную, методическую и консультативную помощь.

Хирургическая служба ЦГБ № 24 систематически перевыполняет муниципальный заказ по пролеченным больным.

На протяжении последних 5 лет отмечается стабильное количество больных, прошедших через хирургические стационары.

Таблица 2

Динамика количества пролеченных больных за период с 2001 по 2005 гг.

Год	2001	2002	2003	2004	2005
Пролечено больных	4833	4750	4627	4748	4698
% выполнения к плану	106,9	109,2	111,8	109,4	108,2
План выполнения койко-дней	106,6	108,9	104,0	102,8	103,3
Средний койко-день	14,2	14,4	13,9	13,8	13,9
Оборот койки	26,0	27,4	26,4	25,3	25,7
Работа койки	390,5	370,5	353,5	349,6	349,8

План койко-дней в травматологической службе постоянно перевыполняется на 2,8-6,6%. Отмечается отчетливая хорошая тенденция к уменьшению среднего койко-дня (2001 – 14,2, 2002-14,4, 2003-13,9, 2004 – 13,8). Из хирургических отделений самый высокий средний койко-день (16,0 – 16,6) сохраняется в травматологическом отделении № 2 (хотя это и соответствует плану), что объясняется спецификой отделения – преобладание пациентов с тяжелой сочетанной травмой, требующей длительного лечения. У таких больных спустя 1-2 недели после проведения неотложных и срочных оперативных вмешательств по поводу внутрочерепных гематом, повреждений органов груди, живота осуществляется остеосинтез костей скелета. На протяжении всего исследуемого периода самый низкий койко-день отмечается в НХО 10,6 - 10,9, что также легко объяснить спецификой больных: преобладание больных (до 2/3 от всех поступающих в отделение) с легкой ЧМТ и короткими сроками пребывания в стационаре.

В хирургические отделения «ЦГБ №24» круглосуточно госпитализируются пострадавшие от травм и их последствий Чкаловского, Ленинского, Железнодорожного (частично) районов в экстренном порядке; а с травмой кисти, ее последствиями и заболеваниями со всего города, области и региона. Несмотря на то, что отделение микрохирургии не имеет статуса центра, силами отделения наряду с лечебно-профилактической, проводится методическая и консультативная работа по оказанию помощи больным с патологией кисти. Кроме этого, в хирургических стационарах «ЦГБ №24» получали лечение и консультативную помощь больные с черепно-мозговой травмой и ее последствиями, тяжелой сочетанной травмой грудной клетки, живота и таза; больные со скелетной травмой.

Отмечается рост обращаемости больных из Свердловской области (2003 – 10,4%, 2004 – 13,7%, 2005- 14,4%), причем имеет место отчетливая тенденция к увеличению количества плановых больных (ежегодно на 2-3%). Вероятно, это связано с двумя обстоятельствами: сни-

жением уровня медицинской помощи в ЛПУ Свердловской области и желанием больных получить высококачественную помощь.

Процент неотложной госпитализации в травматологических отделениях постепенно снижается (79,6 - 2001, 78,1% - 2002, 77,5% - в 2003 г, 75,5% - 2004, 74, 5%- 2005 г.). При более детальном изучении экстренных и плановых госпитализаций в хирургические стационары выявлено, что самый высокий процент экстренной госпитализации систематически отмечается в НХО (90,3-93,8%). Затем по мере убывания, в отделении сочетанной травмы (88,3 - 88,7%), в травматологическом отделении № 1 (86,7 - 89,4) и самый низкий процент экстренной госпитализации определяется в отделении хирургии кисти (30-32%).

После лицензирования МУ ЦГБ № 24 в марте 2004 года все отделения клиники имеют высокий 4б-5 уровень. В хирургических отделениях основную группу составляют больные со II и III уровнем курации.

Всем больным круглосуточно оказывается помощь дежурной бригадой, состоящей из 9 врачей 5 специальностей (по 2 травматолога, нейрохирурга, анестезиолога-реаниматолога, полостного хирурга, 1 ортопеда). Из состава дежурной бригады выделяется 1 ответственный хирург, осуществляющий координацию работы всей бригады. Экстренные оперативные вмешательства выполняются на первом этапе в 3-х операционных, оборудованных 4-мя операционными столами.

Плановые операции проводятся в плановом операционном блоке, который состоит из 3-х операционных, оборудованных четырьмя столами. Одним из ведущих показателей работы хирургической службы является оперативная активность.

Таблица 3

Динамика хирургической активности в отделениях хирургического профиля (в процентах)

Хирургические отделения	Хирургическая активность (в процентах)				
	2001	2002	2003	2004	2005
Травма I	42,1	46,0	50,0	43,3	46,1
ОСТ	59,0	62,8	64,0	62,4	64,9
ОРТ	83,6	89,3	89,5	90,0	91,0
НХО	33,2	30,7	25,8	27,8	23,8
Всего	55,7	57,0	54,4	54,1	56,4

На протяжении последних 3 лет после некоторого падения активности в 2003 году (54,4%), заново отмечается ее рост. В 2005 году по хирургической службе хирургическая активность составила 56,4%. В травматологическом отделении и отделении сочетанной травмы имело место волнообразное изменение хирургической активности в

виде увеличения се в 2003 году, последующего снижения в 2004 и повторного роста в 2005 году. Из всех хирургических отделений выделялось отделение ортопедии, в котором хирургическая активность систематически росла и достигла в 2005 году 91,0%. Между тем, отмечается и явная тенденция к снижению хирургической активности в НХО (с 33,2% в 2001 г. до 23, 8% в 2005 году). Снижение хирургической активности в этом отделении можно объяснить применением более совершенных методов диагностики, и, прежде всего, компьютерной томографии, когда показания к оперативному вмешательству стали ставиться более обоснованно. Кроме того, ряд небольших внутримозговых гематом стало возможно с успехом лечить консервативным методом под контролем компьютерной томографии.

На протяжении последних 2 лет в работе всех хирургических отделений замечены качественные изменения в диагностике и лечении больных ортопедо-травматологического профиля. Активно внедряются современные передовые технологии, обеспечивающие быстрый и надежный эффект лечения.

В век научно-технической революции и технического прогресса новые технологии, в такой техногенной отрасли медицины, как травматология и ортопедия, имеют прямую связь с наличием современной аппаратуры, инструментария, металлофиксаторов. В феврале 2005 года в больнице был запущен в эксплуатацию спиральный компьютерный томограф фирмы «Siemens» с диагностическим программным обеспечением («Леонардо»). Использование компьютерного томографа в первичной диагностике и динамике лечения больных с черепно-мозговой травмой, тяжелой травмой таза и крупных суставов, травм органов грудной клетки и живота, позвоночника, кисти позволило уже к настоящему времени существенно изменить тактику ведения целых групп больных и внедрять малоинвазивные технологии их оперативно-го лечения.

В настоящее время больница располагает двумя мобильными рентгенохирургическими аппаратами (С-дуга): ОКО РТС. -612 и ZIEM VISION. Второй аппарат более безопасен в эксплуатации, более технически совершенен и эстетичен. Возможность быстрого и качественного рентгеновского контроля положения поврежденных костных отломков и металлофиксаторов непосредственно в операционной обеспечило выполнение менее травматичных (по продолжительности и тяжести) оперативных вмешательств, что незамедлительно сказалось на сроках стационарного лечения травматологических больных.

В настоящее время в арсенале операционного блока используются инструменты и фиксаторы самых современных фирм и производи-

телей. Однако как ни современна техника, работают с ней люди, поэтому человеческий фактор во внедрении и использовании новых технологий переоценить нелегко. Впервые за последние годы стали проводиться оперативные вмешательства на тазобедренном суставе и позвоночнике:

- эндопротезирование тазобедренного сустава при переломах шейки бедра у лиц пожилого и старческого возраста (5 случаев);

- транспедикулярная фиксация позвоночника при нестабильных компрессионных неосложненных переломах тел грудного и поясничного отделов позвоночника (12);

- широкое внедрение интрамедуллярного остеосинтеза с блокированием при диафизарных переломах костей нижних конечностей (120);

- 1 динамическая бедренная система при многооскольчатых подвздошных и чрезвздошных переломах бедра (5);

- 2 внедрение в лечебный процесс пластики дефектов свода черепа титановыми сетками (3);

- 3 способ открытого и закрытого остеосинтеза ладьевидной кости (кости) компрессионным винтом « TWINFLX» (5);

- успешно внедрен в практику метод краниостомии, закрытого наружного дренирования травматических оболочечных гематом с последующим фибринолизом стрептокиназой (17)

- 5 внедрение КТ диагностики при тяжелой сочетанной травме, в частности при повреждении органов грудной клетки и брюшной полости (68).

Обращает на себя внимание отчетливая положительная динамика увеличения больных со 2 и 3-й степенями травмы в травматологическом отделении №1, отделении сочетанной травмы, что эти отделения занимаются ведением преимущественно тяжелых больных. В нейрохирургическом отделении больные I степени травмы (легкая черепно-мозговая травма) составляют основную группу. Именно для лечения этой группы больных в клинике предложен способ лечения с помощью электростимуляции.

О динамике качественных изменений, связанных с появлением современной аппаратуры и новых технологий, происходящих в хирургической службе, можно судить и по показателям летальности. Общая летальность уменьшилась во всех отделениях.

Самый высокий процент летальности остается в ОСТ и НХО, в которые поступают самые тяжелые пациенты. Чаще других погибают больные с множественными травмами и особенно в сочетании с тяжелой черепно-мозговой травмой.

Таблица 4

Динамика летальности больных в травматологическом стационаре, (%)

Год	2001	2002	2003	2004	2005
Травма № 1	1,0	1,2	0,9	0,9	1,0
ОСТ	8,8	9,2	9,0	8,1	7,8
НХО	8,1	9,4	9,1	8,2	7,1
ОРГ	0,08	-	-	-	-
Всего	4,5	4,9	4,5	4,1	3,9

Снижение летальности в нейрохирургии и отделении сочетанной травмы стало возможным благодаря использованию компьютерной томографии. Так, повышение потребности лучевой диагностики посредством компьютерной томографии на 84% по сравнению с 2004 г (390) позволило уменьшить число больших экстренных травматичных операций, увеличить количество больных пролеченных консервативно (оболочечные внутримозговые гематомы небольшого объема). Летальных исходов среди этой группы больных не было. Таким образом, с увеличением качества диагностики увеличилось и количество выживших больных. В отделении сочетанной травмы использование программы «Леонардо» позволило в ближайшие сроки после поступления больных в клинику диагностировать тяжелые осложнения и проводить адекватное лечение.

Выводы

1. Наличие многопрофильного травматологического стационара позволяет осуществлять весь комплекс квалифицированной и специализированной медицинской помощи в условиях одной больницы.
2. Кардинальное обновление материально-технической базы, совершенствование профессиональных навыков врачей-хирургов и внедрение новых технологий диагностики и оперативного лечения положительно сказалось на сокращении сроков стационарного лечения больных и уменьшении показателей летальности.
3. Дальнейшее развитие травматологической службы возможно при укреплении кадрового потенциала хирургов, а также систематического совершенствования и внедрения новых технологий в диагностический и лечебный процесс.
4. Основной задачей на ближайшие 3 года для руководства больницы будет проведение реконструкции и капитального ремонта хирургического корпуса с полным его переоснащением современным медицинским оборудованием, на что потребуются значительные финансовые средства, подготовка проектно-сметной документации находится в стадии завершения.