

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

ТОТИКОВА ИРИНА ТАЙМУРАЗОВНА

ОПТИМИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В
УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ

Направление подготовки: 3.2-Профилактическая медицина

Направление (специальность): 3.2.3– Общественное здоровье, организация и
социология здравоохранения

НАУЧНЫЙ ДОКЛАД

НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ:
доктор медицинских наук, профессор
Аликова Зара Рамазановна

Владикавказ - 2024

Актуальность проблемы: Повышение эффективности и качества хирургической помощи населению является одной из главных проблем современной хирургии. Однако в последние годы стало очевидным сокращение объемов финансирования, перераспределение источников финансирования при ухудшении ряда показателей здоровья населения. В связи с этим, поиск путей рационального использования финансовых средств и материальных ресурсов с целью достижения нового качественного уровня медицинской помощи в условиях реформирования здравоохранения является одной из основных задач организации медицинской помощи.

Оказание качественной, высококвалифицированной хирургической помощи населению в медицинских организациях (МО) требует обеспеченности кадровым потенциалом и материальными ресурсами. Предпосылками для изыскания наиболее эффективных путей оказания медицинской помощи являются ограниченный объем финансирования МО и рост заболеваемости населения, требующий оказания хирургической помощи. Решение указанной проблемы возможно путем анализа деятельности региональной хирургической службы (структуры, объемов и видов оказания хирургической помощи населению).

Обеспечение населения необходимым коечным фондом является одной из ключевых задач здравоохранения, направленной на повышение доступности и качества медицинской помощи. В связи с этим последние годы в России активно идет процесс структурно-функциональной оптимизации коечного фонда. Вместе с тем, несмотря на интенсивное сокращение числа коек, эффективность их использования остается неудовлетворительной: по некоторым профилям до 50% пациентов госпитализируются необоснованно, значительны сроки обследования и лечения больных, устарели технологии лечебно-диагностического процесса.

Изменения в отрасли здравоохранения предполагают ее дальнейшую адаптацию к условиям современных рыночных отношений, создание унифицированной системы оптимального использования всех ресурсов для успешного решения задач по охране здоровья населения.

Проблема эффективности использования ресурсов здравоохранения, минимизация необоснованных затрат при

недостаточном финансировании отрасли, разработка мероприятий по охране здоровья населения определяют основные направления научных исследований по поиску оптимальных путей их решения. Важность проведения научных исследований в области экстренной хирургии определяется высокой актуальностью задач, требующих решения, как на общероссийском, так и региональном уровне.

Одним из путей улучшения результатов оказания экстренной хирургической помощи, является укрупнение медицинских организаций и сокращения маломощных и неэффективных подразделений, создание межрайонных центров, в которых концентрируются диагностические и кадровые ресурсы специализированной помощи в муниципальных образованиях. Это позволит более достоверно выявлять хирургическую патологию и качественно осуществлять хирургическую помощь с минимальными материальными и финансовыми затратами.

Ключевой задачей здравоохранения является обеспечение стационаров достаточным количеством коек, которая увеличит доступность и качество медицинской помощи. Главными показателями, которые лежат в основе эффективности использования коек, служат: обеспеченность койками, количество госпитализированных больных, средняя длительность пребывания пациента на койке в году, оборот койки, средняя занятость койки в году. На фоне значительного сокращения числа коек, эффективность их использования продолжает находиться на низком уровне. До 30-50% пациентов госпитализируются необоснованно, отмечаются высокие сроки обследования и лечения пациентов.

Острые хирургические заболевания органов брюшной полости, входящие в группу нозологии острого живота, сохраняют свое лидирующее положение в структуре госпитальной летальности, в ряде регионов положительной динамики не наблюдается. Общеизвестно, что частота осложнений является ключевым параметром в оценке любой медицинской процедуры. Несмотря на негативные тенденции в Российской Федерации послеоперационная летальность в неотложной абдоминальной хирургии за последние 8 лет снизилась на 16,5 %, однако требуют масштабного решения проблемы хирургии по оказанию надлежащей хирургической помощи во всех регионах страны.

В структуре больничной летальности экстренная абдоминальная хирургическая патология занимает лидирующую позицию. За последнее время наблюдается рост числа хирургических вмешательств в большинстве субъектов Российской Федерации, в то же время число операций, выполняемых по экстренным показаниям снижается.

К самым распространенным ургентным абдоминальным заболеваниям относятся: острый аппендицит, кишечная непроходимость, перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, желудочно-кишечные кровотечения, ущемленные грыжи, острый холецистит и острый панкреатит, результат лечения которых неразрывно связан со своевременностью и качеством оказания медицинской помощи. Следовательно, становится необходимым проведение регулярного анализа результатов работы экстренных хирургических служб для выявления имеющихся проблем и разработки путей их решения.

Цель исследования: Разработать и научно обосновать основные направления повышения качества и доступности хирургической помощи населению сельских муниципальных районов Республики Северная Осетия-Алания (РСО-Алания).

Задачи исследования:

1. Изучить материально-техническое обеспечение, кадровый состав, и качество оказания экстренной хирургической помощи в стационарах различного уровня РСО – Алания.
2. На основании демографической картины распределения взрослого населения в сельских районах РСО-А и фактического числа госпитализаций больных хирургического профиля в хирургические отделения ЦРБ и стационары г. Владикавказа определить потребность коечного фонда для оказания хирургической помощи жителям сельских районов.
3. Дать социологическую оценку удовлетворенности пациентов оказанием экстренной хирургической помощи.
4. Для оказания более качественной хирургической помощи сельскому населению разработать и предложить научно-обоснованные мероприятия по оптимизации хирургической службы республики РСО-Алания.
5. С учетом территории проживания, состояния дорожной инфраструктуры, экономической целесообразности и степени удаленности от хирургических стационаров 2 и 3 уровня

разработать оптимальный план маршрутизации больных хирургического профиля из сельских районов РСО-А.

Материал и методы исследования:

Проведен ретроспективный анализ (выборочный, направленный отбор информации с 2015-2023 гг., выкопировка и анализ данных из первичной медицинской документации медицинских организаций). Применены метод сравнительного и системного анализа и статистический (анализ официальных статистических данных, расчет обобщенных коэффициентов, относительных величин и др.). Главными источниками информации о фактическом объеме оказанной медицинской помощи явились сводные данные годовых отчетов органов и учреждений здравоохранения РСО-Алания: «Отчет о сети и деятельности медицинских учреждений» (ф. № 47); «Отчет лечебно-профилактического учреждения» (ф. № 30); «Отчет о деятельности стационара» (ф. № 14); «Отчет о числе заболеваний зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» (ф. № 12)); «Сведения о медицинских кадрах» (Ф. № 17).

Научная новизна исследования:

- изучено качество оказания и доступность экстренной хирургической помощи взрослому населению РСО-Алания;
- дана оценка материально-технической и ресурсной обеспеченности экстренной хирургической помощи и эффективности ее использования, рассчитан оптимальный коечный фонд и штатное расписание;
- для определения перспектив развития хирургической службы сельского здравоохранения впервые проведен комплексный анализ медико- демографического состава пациентов и дана экспертная оценка лечения больных хирургического отделения;
- дана социологическая оценка качества экстренной хирургической помощи сельскому населению;
- с учетом территориального расположения сельских районов, численности населения, состояния дорожной инфраструктуры, разработан план маршрутизации экстренных хирургических больных;
- предложены варианты создания стационаров первого и второго уровня, в том числе межрайонных.

Содержание работы.

Исследование качества и доступности экстренной хирургической помощи населению сельских муниципальных районов РСО-Алания проведено в два этапа, включающих изучение динамику основных показателей в период 2015-2019 гг. и изменение основных показателей хирургической помощи в 2020-2023 гг., связанного с влиянием неконтролируемых факторов в период распространения коронавирусной инфекции COVID.

Качественные показатели сельской хирургической службы в РСО-Алания в период с 2015-2019 гг. характеризуются высоким удельным весом экстренных больных, низкой оперативной активностью, а также низкими показателями послеоперационных осложнений и летальности. Низкий показатель оперативной активности, особенно в трех сельских районах объясняется хроническим отсутствием необходимого числа хирургов и слабой материально-технической базой сельских больниц.

Среди общего числа пациентов общехирургического профиля за изучаемый период в двух сельских районах, Алагирском и Кировском, удельный вес экстренных хирургических операций составил 58,0%. Чуть выше 50% зафиксирован показатель экстренной хирургической помощи в Дигорском (53,3%), Пригородном (51,2%) и Моздокском (50,0%) районах. Наиболее низким является доля экстренных хирургических вмешательств в Правобережном районе (46,4%).

Ключевым показателем работы хирургической службы служит хирургическая активность, определяющаяся по количеству выполненных операций и числу хирургических пациентов за год. Низкая оперативная активность зарегистрирована во всех исследуемых районах. Наименьший показатель отмечается в Алагирском районе, он составляет 18,5%. В двух районах Дигорском и Пригородном данный показатель в 2 раза выше и составил 35,0% и 32,8% соответственно. Наиболее высокой оперативной активностью за изучаемый период отмечались Кировский (58,0%), Моздокский (50,0%) и Правобережном (51,2%) районы. Однако данный показатель во всех сельских районах требует улучшения путем использования дополнительных резервов, в том числе материально-технических и организационных.

Классическими критериями оценки качества оказания хирургической помощи являются показатели послеоперационных осложнений и летальности. Средний уровень послеоперационных осложнений за 5 лет в Алагирском районе максимальный и составляет 5%. Наиболее низкий показатель в Кировском районе (1,8%). В остальных сельских районах показатель послеоперационных осложнений колеблется от 2,3% до 4,4%. Средний уровень послеоперационной летальности за анализируемый период фиксируется во всех районах на низком уровне от 1,2% до 2,7 %. Максимальный показатель (2,7%) отмечается в Кировском районе, минимальный (1,2%) в Моздокском и Пригородном районах. Такие низкие показатели послеоперационных осложнений и летальности обусловлены тем, что тяжелые больные перенаправляются в лечебные учреждения г. Владикавказ.

Представленные показатели в исследуемый период свидетельствуют о высоком удельном весе экстренных больных, низкой оперативной активности, а также низких показателях послеоперационных осложнений и летальности. Низкий показатель оперативной активности, особенно в трех сельских районах объясняется хроническим отсутствием необходимого числа хирургов и слабой материально-технической базой сельских больниц.

Проанализирована динамика показателей обеспеченности хирургическими койками сельских районов Республики Северная Осетия-Алания, указывающая на тенденцию сокращения числа хирургических коек в и, соответственно, показателя обеспеченности хирургическими койками практически во всех сельских муниципальных образованиях, что привело к их дефициту и оказало негативное влияние на качество медицинской помощи. Вместе с тем динамика показателя обеспеченности хирургическими койками сельского населения в разных районах РСО-Алания в исследуемый период нестабильна. Максимальными значениями показателя на 10 тысяч населения характеризуются Дигорский (13,2) и Ирафский (7,7) районы. Далее в ранговом порядке по уровню показателя располагаются Кировский (4,5), Моздокский (5,4), Правобережный (4,1), Пригородный (4,0) районы. В целом в РСО-Алания показатель обеспеченности населения хирургическими койками составил 5,2 на 10 тысяч населения.

Данный показатель несколько выше, чем в Российской Федерации (РФ-5,1).

Значительная дифференциация показателя обеспеченности хирургическими койками по восьми сельским районам республики свидетельствует о разном уровне доступности хирургической помощи сельскому населению. В связи с этим особого внимания со стороны органов здравоохранения республики требуют четыре сельских района: Пригородный, Правобережный, Ардонский и Кировский, в которых фиксируются наиболее низкие показатели. В хирургические стационары г. Владикавказа (3 уровень) только в течение одного года было госпитализировано 2068 пациентов из сельских районов республики, большинство из них из Пригородного и Правобережного районов.

В связи со сложившимися тенденциями в хирургической службе республики с учётом географических особенностей республики, концентрации населения, удовлетворительного состояния дорожной инфраструктуры, незначительной удаленности между населенными пунктами, целесообразным является создание межрайонных хирургических подразделений, с оптимальным материально-техническим и кадровым обеспечением.

Проанализирована организация хирургической службы РСО-Алания хирургических стационаров по уровням оказания хирургической помощи. Согласно полученным результатам республика имеет достаточно высокий уровень обеспеченности врачами-хирургами и коечным фондом хирургического профиля. Вместе с тем страдает организация трехуровневой системы хирургической помощи, не позволяющая организовать четкую маршрутизацию пациентов. Только половину центральных районных больниц можно отнести ко второму уровню. Более 60% госпитализаций по экстренным показаниям проводится в медицинских организациях г. Владикавказа. При этом в сельской местности имеется 174 хирургические койки, а в четырех клиниках г. Владикавказа - 180 коек. С целью улучшения организации экстренной хирургической помощи министерству здравоохранения республики необходимо разработать регламентирующий документ об оптимальном распределении медицинских организаций.

В четырех из восьми ЦРБ оперативная активность ниже 30% и связана с отсутствием квалифицированных специалистов и низкой материально-технической оснащённостью хирургических

стационаров. По укомплектованности хирургами, количеству обслуживаемого населения, хирургической активности (более 40%) ко второму уровню хирургической помощи можно отнести только две ЦРБ - Правобережную (г. Беслан) и Моздокскую.

Отсутствие регламентирующего документа регионального министерства здравоохранения о распределении хирургических стационаров по уровням оказания хирургической помощи, исходя из возможностей медицинской организации, не позволяет организовать четкую маршрутизацию пациентов хирургического профиля. Отсюда, основной объем экстренной помощи по профилю «хирургия» приходится на медицинские организации третьего уровня: Республиканскую клиническую больницу СМП (дежурства 5 дней в неделю), Республиканскую клиническую больницу (дежурство 1 день), клиническую больницу СОГМА (дежурство 1 день), Бесланский федеральный медицинский центр (дежурство 1 день) и Узловую больницу на ст. Владикавказ ОАО "РЖД" (дежурство 1 день), которая относится ко второму уровню.

Анализ деятельности хирургических стационаров показал, что по экстренным показаниям в медицинских организациях г. Владикавказа в течение одного года пролечено 4056 больных, выполнено 2161 операций. За это же время в 8 центральных районных больницах по экстренным показаниям госпитализировано 2810 больных (41% от общего количества экстренных пациентов по республике), а операций соответственно выполнено 2852 и 691 (24%). В связи с разной оснащенностью хирургических стационаров, разной квалификацией хирургов, качество экстренной помощи в медицинских организациях республики также разного уровня.

В период с 2020-2023 гг. произошли изменения в показателях хирургической помощи населению республики. РСО-Алания отличается высокой плотностью и компактностью расселения населения в сельской местности. Создание современной транспортной инфраструктуры, обеспечивает территориальную доступность медицинской помощи. Республика имеет достаточно высокий уровень обеспеченности врачами-хирургами (2,53 на 10 тыс. населения). Коечный фонд хирургического профиля (4,7 на 10 тыс. населения) несколько ниже, чем показателя по Российской Федерации (4,9 на 10 тыс. населения). При этом имеется необходимость повышения эффективности использования коечного

фонда сельских хирургических стационаров. На организацию хирургической помощи в республике в 2020-2021 гг. крайне отрицательно повлияла пандемия коронавирусной инфекции COVID-19. Сокращение хирургических и анестезиологических бригад, коек и объемов плановой помощи из-за открытия дополнительных инфекционных стационаров снизили доступность и качество экстренной хирургической помощи. В сельских районных хирургических отделениях функция койки снизилась с 283 дней в 2019 г. до 243 дней в 2020, а хирургическая активность до 38,8%. В 2020-2021 гг. заметно сократилась плановая медицинская помощь по профилю «хирургия». Доля экстренных госпитализаций выросла до 79,7%. Негативные тенденции в росте экстренной госпитализации на хирургические койки привели к росту показателя госпитальной летальности по сравнению с 2019 г. с 0,6% до 3,1% в 2021г. Более чем в 5 раз выросла послеоперационная летальность. Наши данные коррелируются с аналогичными тенденциями роста в период пандемии госпитальной летальности по Российской Федерации на 33%.

Нами проанализирована структура патологии экстренной хирургической помощи в РСО-Алании за 2021-2023 гг. Экстренная абдоминальная хирургическая патология занимает лидирующую позицию в структуре больничной летальности. К самым распространенным ургентным абдоминальным заболеваниям относятся: острый аппендицит, кишечная непроходимость, перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, желудочно-кишечные кровотечения, ущемленные грыжи, острый холецистит и острый панкреатит. За анализируемый трехлетний период наблюдался рост госпитализаций экстренных пациентов на 59,9% и рост количества оперативных вмешательств на 86,2%. При этом сохранялся высокий процент поздних госпитализаций. Рост числа госпитализаций с 2021 года отмечался по всем ургентным нозологиям, кроме язвенных кровотечений, где наблюдалась обратная тенденция. Отмечено некоторое снижение показателей общей летальности с 1,6% в 2021 году до 1,1% в 2023. При этом за наблюдаемый период показатели общей летальности были ниже общероссийских, за исключением летальности при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки в 2022 году, когда этот показатель был сопоставим с общероссийским.

В 2021 году в стационары республики было госпитализировано 3643 экстренных больных, при этом по 7 ургентным хирургическим патологиям – 2334, из них оперировано было 1022 (43,8%) пациента. В сроки свыше 24 часов было госпитализировано 898 (38,5%) из 2334 больных. Умерло 38 (1,6%) больных, из них 22 (57,9%) пациента, госпитализированных позже 24 часов от момента начала заболевания. Следует отметить, что в 2021 году основные хирургические стационары III уровня в РСО-Алания (Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи и Республиканская клиническая больница) были перепрофилированы в инфекционные госпитали для оказания помощи пациентам с COVID-19, а помощь хирургическим пациентам оказывалась в районных больницах I уровня.

В 2023 году в хирургические отделения стационаров республики по 7 ургентным хирургическим нозологиям госпитализированные больные распределились следующим образом: острая неопухолевая кишечная непроходимость (65,5%), острой спаечной кишечной непроходимостью (65,7%), острой опухолевой кишечной непроходимостью (64,5%), острым аппендицитом (32,0%), перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки (7,2%) язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением (44,0%), ущемленной грыжей (14,5%), острым холециститом (28,7%), острым панкреатитом (33,9%).

Наивысшие показатели послеоперационной летальности у больных по 7 основным экстренным нозологиям в РСО-Алания в 2023 году были при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением (10,0%), перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки (7,2%) острой неопухолевой кишечной непроходимости (5,3%), острой спаечной кишечной непроходимости (9,4%), острым панкреатите (3,8%). Существенно более низкими являются показатели при ущемленной грыже (0,9%) и при остром холецистите (0,5%) При остром аппендиците летальность составила 0,2%. При этом все пациенты были госпитализированы спустя сутки от момента начала заболевания.

За анализируемый трехлетний период наблюдается рост госпитализаций экстренных пациентов на 59,9% (с 2334 больных в 2021 году до 3731 - в 2023 году) и рост количества оперативных

вмешательств на 86,2% (с 1022 в 2021 году до 1905 в 2023). При этом сохранялся высоким процент поздних госпитализаций (наименьший 35,1% в 2023 году). Рост числа госпитализаций с 2021 года отмечается по всем ургентным нозологиям, кроме язвенных кровотечений, где наблюдалась обратная тенденция. При этом отмечается некоторое снижение показателей общей летальности с 1,6% в 2021 году до 1,1% в 2023.

По многим из 7 основных экстренных хирургических патологий показатели общей летальности за анализируемый период времени существенно не изменились, отмечалось некоторое снижение показателей при острой неопухоловой кишечной непроходимости (с 2,9% в 2021 году до 1,9% в 2023), при небольшом росте летальности при спаечной кишечной непроходимости (с 1,5% в 2021 до 1,9% в 2023 году). Отмечалось уменьшение летальности при ущемленной грыже (с 2,4% в 2021 году до 0,9% в 2023), остром холецистите (с 0,7% в 2021 до 0,4% в 2023 году) и остром панкреатите (с 1,0% в 2021 году до 0,6% в 2023). При этом следует отметить, что по всем основным нозологиям за наблюдаемый период показатели общей летальности были ниже общероссийских, за исключением летальности при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки в 2022 году, когда этот показатель был сопоставим с общероссийским. Необходимо подчеркнуть, что в подавляющем большинстве случаев летальные исходы наблюдались у пациентов пожилого и старческого возраста, с наличием тяжелой сопутствующей патологии, госпитализированных спустя более суток от момента начала заболевания, а также длительно отказывающихся от предлагаемого оперативного вмешательства.

Снижение показателей послеоперационной летальности наблюдалось при остром панкреатите (с 10,2% в 2021 году до 3,8% в 2023), ущемленной грыже (с 2,5% в 2021 до 0,9% в 2023 году), некоторое снижение послеоперационной летальности в 2022 году (с 1,2% до 0,4%) с последующей стабилизацией этого показателя в 2023 (0,5%) отмечено и при остром холецистите.

При острой неопухоловой кишечной непроходимости наблюдался рост процента летальных исходов в 2022 году с 7,7% до 14,2% с последующим снижением его в 2023 году до 5,3%. При этом у больных со спаечной кишечной непроходимостью наблюдалась противоположная тенденция, в 2022 году отмечено существенное

снижение летальности с 8,7% до 2,9%, а в 2023 году вновь отмечен рост этого показателя до 9,4%. Что было связано как с поздней обращаемостью больных, так и со случаями длительных отказов пациентов от предложенной операции. Небольшое увеличение процента летальных исходов отмечено при опухолевой кишечной непроходимости (с 7,7% в 2021 году до 9,5% в 2023), что было связано в основном с вышеописанными причинами, а также с большим числом больных, имеющих на момент поступления генерализованные формы онкологического процесса. Послеоперационная летальность при перфоративной язве в 2022 году выросла до 14,3% с последующим снижением этого показателя в 2023 году до 7,0%. При язвенных гастродуоденальных кровотечениях наибольший процент послеоперационных летальных исходов наблюдался в 2021 году (21,7%), с последующим его снижением до 2,1% в 2022 году и ростом до 10,0% в 2023 году. При этом в 2023 году отмечается стойкая тенденция уменьшения открытых оперативных вмешательств при этой патологии за счет более широкого использования эндоскопических и рентгенэндоваскулярных методов остановки кровотечений, в первую очередь в Республиканской клинической больнице скорой медицинской помощи г. Владикавказа, где преимущественно с момента репрофилирования ее из инфекционного госпиталя в апреле 2022 года и в последующий период концентрировались наиболее тяжелые пациенты со всех районов республики.

Практически по всем основным экстренным хирургическим нозологиям показатели послеоперационной летальности за анализируемый период времени были ниже общероссийских.

Таким образом, за период с 2021 по 2023 годы отмечался неуклонный рост количества госпитализируемых экстренных хирургических пациентов (на 59,9%), рост количества оперативных вмешательств (на 86,2%), при сохраняющемся высоком проценте поздних госпитализаций (свыше 35%). Преклонный возраст пациентов, наличие тяжелой декомпенсированной сопутствующей патологии, генерализованных форм онкологического процесса, наряду с поздней госпитализацией и отказами больных от предлагаемого вмешательства обуславливают наибольшее число летальных исходов. Негативное влияние на результаты лечения экстренных хирургических пациентов оказало репрофилирование

основных республиканских стационаров III уровня в инфекционные госпитали (в 2020-2021 гг.) и перераспределение потоков пациентов в районные больницы I уровня. С целью улучшения результатов лечения urgentных хирургических больных в РСО-Алания необходимо сформировать трехуровневую систему оказания помощи, с созданием укомплектованного штатами и оборудованием межрайонного хирургического центра II уровня, а также разработать четкую систему маршрутизации больных, с целью концентрации наиболее сложных пациентов в хирургических стационарах III уровня в г. Владикавказе.

РСО-Алания отличается высокой плотностью и компактностью расселения населения в сельской местности. Все дороги, соединяющие районные центры и населенные пункты покрыты асфальтом 1 и 2 категории, что является благоприятным фактором, обеспечивающим территориальную доступность при экстренной госпитализации в хирургические отделения центральных районных больниц. Средняя продолжительность времени с момента обращения в скорую помощь до момента госпитализации в хирургический стационар в сельских условиях в равнинных зонах составляет в среднем 20 минут.

Создание современной транспортной инфраструктуры, обеспечивает территориальную доступность медицинской помощи. Республика имеет достаточно высокий уровень обеспеченности врачами-хирургами и коечным фондом хирургического профиля. Вместе с тем результаты исследования свидетельствуют о необходимости повышения эффективности использования коечного фонда сельских хирургических стационаров.

С целью снижения послеоперационных осложнений и летальности при экстренных хирургических заболеваниях в сложных ситуациях необходимо направлять больных в межрайонные центры, республиканскую клиническую больницу, клинику Северо-Осетинской медицинской академии. При невозможности транспортировки вызывать «на себя» консультантов по линии санитарной авиации или межрайонных центров.

Улучшению организации экстренной хирургической помощи будет способствовать разработка регламентирующего документа о распределении хирургических стационаров республики по уровням

оказания хирургической помощи с четкой маршрутизацией пациентов.

Несомненно, значительного внимания требуют вопросы повышения квалификации хирургических кадров и материально-технического оснащения центральных районных больниц. Привлечение организационных механизмов по рациональному планированию сельской хирургической службы позволит повысить качественные показатели хирургических стационаров.

Результаты проведенного исследования позволили сформулировать следующие выводы:

1. Материально-техническая база всех 8 районных больниц не соответствует требованиям, предъявляемым национальными клиническими рекомендациями для оказания полноценной помощи больным с острыми хирургическими заболеваниями. Ни в одной ЦРБ круглосуточно в полном объеме не функционируют лабораторные и рентген службы. Эндоскопическая служба имеется только в 4 ЦРБ и выполняет только диагностическую гастроскопию. Видеолапароскопическая стойка имеется только в Пригородной ЦРБ и ее работа ограничена лишь диагностикой острых хирургических заболеваний брюшной полости. Из 8 ЦРБ только в 5 имеется реанимационное отделение. В 7 ЦРБ дежурство по неотложной хирургии в ночное время осуществляется одним хирургом, а в Ирафской ЦРБ в ночное время дежурство не осуществляется.

2. Несмотря на то, что большинство взрослого населения республики (286884 (56%)) проживает в 8 сельских районах республики, (остальные 223184(43%) в городе Владикавказе), доля больных от общего количества госпитализированных больных в стационары республики с хирургической патологией в хирургических отделениях ЦРБ составляет всего 35%. Последнее обусловлено тенденцией жителей сельских районов самостоятельно госпитализироваться в стационары г. Владикавказа, а так же тем, что более тяжелые больные так же переводятся в столичные стационары. Наиболее часто пациенты госпитализируются в стационары г.Владикавказа из близлежащих районов. Реже пациенты госпитализируется с Моздокского района в связи с удалённостью в 110 км.

3. Экстренная абдоминальная хирургическая патология занимает лидирующую позицию в структуре больничной летальности. К

самым распространенным ургентным абдоминальным заболеваниями относятся: острый аппендицит, кишечная непроходимость, перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, желудочно-кишечные кровотечения, ущемленные грыжи, острый холецистит и острый панкреатит.

4. Определяется тенденция сокращения числа хирургических коек в 2015-2019 годы и, соответственно, показателя обеспеченности хирургическими койками (4,7 на 10 тыс. населения), что привело к их дефициту и оказало негативное влияние на качество медицинской помощи сельскому населению. Эффективность их использования остается неудовлетворительной: по некоторым профилям до 50% пациентов госпитализируются необоснованно, значительны сроки обследования и лечения больных, устарели технологии лечебно-диагностического процесса.

5. На территории РСО-А сформирована трехуровневая система оказания экстренной хирургической помощи, которая, однако, не позволяет организовать четкую маршрутизацию пациентов. Она не функционирует в полном объеме вследствие кадрового дефицита (обеспеченность врачами хирургического профиля на 10 тыс. населения ниже среднего уровня по РФ и составляет 2,5) и низкого уровня квалификации хирургов (высшую категорию имеют всего лишь 30% хирургов), осуществляющих оказание экстренной хирургической помощи в стационарах 1 уровня.

6. Согласно проведенному анкетированию более половины (56%) пациентов считают несоответствующими современному уровню обследование и лечение в районных стационарах РСО-Алания, 48% не удовлетворены обстановкой и состоянием помещений, 25% - предоставляемым питанием, 14% считают, что врачи в районных больницах не обладают высокой квалификацией, что в конечном итоге приводит в 75% случаев к неудовлетворенности пациентов оказываемой медицинской помощью в сельских стационарах.

7. Пять районов республики - Алагирский, Ардонский, Дигорский, Кировский и Ирафский составляют агломерацию в западной части РСО-Алания с невысокой численностью взрослого населения (102 939 чел.) Хорошо развитая дорожная инфраструктура и расстояние между районными центрами, не превышающее 20 км, увеличивает время доставки пациентов не более чем на 10-15 минут. Для улучшения качества оказания хирургической помощи, повышения уровня профессионализма сотрудников и обеспечения

экономической эффективности оптимальным решением является создание для всех 5 районов одного 40-коечного межрайонного хирургического отделения второго уровня.

8. Близкое расположение Пригородного и Правобережного района к г. Владикавказу (4 и 15 км соответственно), наличие стационаров 3 уровня в г. Владикавказе привело к тому, что большинство пациентов из этих районов с хирургическими заболеваниями, включая экстренные случаи, госпитализируются в столичные стационары. В связи с этим, с целью обеспечения более качественной хирургической помощи, соответствующей национальным клиническим стандартам и экономической целесообразности, оптимальным решением является лечение пациентов хирургического профиля из этих районов в стационарах 3 уровня г. Владикавказа.

9. Особенности распределения населения по территории РСО-Алания с хорошо развитой дорожной инфраструктурой, позволяет условно выделить 3 агломерации: северная - Моздокский район; западная - Алагирский, Ардонский, Дигорский, Кировский и Ирафский районы; восточный - г. Владикавказ, Пригородный и Правобережный районы.

С учетом сосредоточения населения на этих территориях, уменьшения сроков госпитализации и экономической целесообразности госпитализацию жителей Моздокского района с хирургической патологией следует производить в профильное отделение Моздокской ЦРБ. Из населенных пунктов Алагирского, Ардонского, Дигорского, Кировского и Ирафского районов, кроме поселка верхний Фиагдон и с. Дзуарикау - в 40-коечное межрайонное хирургическое отделение Ардонской больницы (2 уровень). Для жителей г. Владикавказа, Пригородного и Правобережного районов и населенных пунктов Алагирского района - с. Дзуарикау и поселок Фиагдон- госпитализацию осуществлять в РКБСМП или в РКБ, в том числе 6 экстренных дней в РКБСМП и 1 день в РКБ.