

# Реформы здравоохранения

© В. О. Щепин, О. В. Миргородская, 2013  
УДК 614.2:617-089.159

В. О. Щепин, О. В. Миргородская

## ЭКСТРЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФГБУ Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, 105064, Москва, ул. Воронцово Поле, 12, Россия

*Представлены результаты оказания экстренной хирургической помощи при острых заболеваниях органов брюшной полости и внематочной беременности населению Российской Федерации в 2000–2010 гг., в том числе по времени доставки в стационар от начала заболевания, диагнозу, оперативной активности, показателям летальности. Рассчитана предотвратимость летального исхода при острых заболеваниях органов брюшной полости за счет досрочной госпитализации в стационар.*

**Ключевые слова:** экстренная хирургическая помощь, оперативная активность, летальность, предотвратимая летальность

### THE EMERGENCY SURGICAL CARE IN THE RUSSIAN FEDERATION

V.O. Schepin, O.V. Mirgorodskaya

*The article presents the results of providing emergency surgical care in case of acute diseases of abdominal organs and extra uterine pregnancy to population of the Russian Federation in 2000-2010. The analysis also considered time between onset of disease and delivery of patient to hospital, structure of diagnosis, operative activity and indicators of lethality. The preventability of lethal outcome under acute diseases of of abdominal organs at the expense of hospitalization is calculated.*

**Key words:** emergency surgical care, operative activity, lethality, preventable lethality

Вопросы оказания экстренной медицинской помощи больным хирургического профиля имеют большое значение для современной медицины. В последнее десятилетие отмечается активное внедрение в хирургическую практику малоинвазивных технологий, эндовидеохирургической техники, атравматичных рассасывающихся шовных материалов, сетчатых имплантов, позволяющих уменьшить сроки пребывания в стационаре, количество послеоперационных осложнений, повысить уровень диагностики, выбрать рациональный операционный доступ.

Вместе с тем сложность своевременной диагностики и рационального лечения больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости и внематочной беременностью по-прежнему усугубляется дефицитом времени, который в значительной степени определяет исход. Известно, что количество осложнений и летальность прямо пропорциональны времени, прошедшему от начала заболевания до поступления больного в стационар.

Цель исследования – расчет, анализ, оценка основных показателей экстренной хирургической помощи в Российской Федерации (РФ).

### Методика исследования

Объектом исследования являлось население РФ, предметом – оказание экстренной хирургической помощи при острых заболеваниях органов брюшной полости и внематочной беременности, единицей наблюдения – случай оказания экстренной хирургической помощи, летальный исход. Основным материалом исследования послужили данные годовой статистиче-

ской отчетной формы № 30 "Сведения об учреждениях здравоохранения" за 2000–2010 гг., согласно которой к экстренной хирургической помощи относится комплекс оперативных и консервативных методов лечения больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости и внематочной беременностью, за исключением онкологических заболеваний. В работе рассчитаны удельный вес больных, которым применяли оперативные (оперативная активность) и консервативные методы лечения, летальность неоперированных и оперированных больных по срокам доставки в стационар от начала заболевания и по диагнозу, а также показатели предотвратимости летального исхода при условии ранней госпитализации по каждому заболеванию и его вкладу в предотвратимую летальность среди всех больных острой хирургической патологией органов брюшной полости.

### Результаты исследования

В РФ в 2010 г. экстренная хирургическая помощь была оказана 857,9 тыс. больных с острыми заболеваниями брюшной полости и с внематочной беременностью, что составило 13,3% от всех поступивших в стационары на хирургические, гнойные хирургические и гинекологические койки, из них прооперированы 518,8 тыс. человек (6,4% всех оперированных в данном году) и умерли 15,9 тыс. человек (0,8% всех умерших).

Экстренную медицинскую помощь больным хирургического профиля оказывали 13,6 тыс. хирургов и 1,6 тыс. детских хирургов в стационарах учреждений здравоохранения системы Минздравсоцразвития России (66,8% всех хирургов и детских хирургов), обеспеченность которыми в 2010 г. составила в целом 1,07 на 10 тыс. населения. Несмотря на высокие показатели их укомплектованности по занятым должностям (97,1 и 96,6% соответственно), укомплектованность физи-

В. О. Щепин – чл.-корр. РАМН, д-р мед. наук, проф., зам. директора (8-495-917-92-75); О. В. Миргородская – ст. науч. сотр. (8-495-917-12-60)

Экстренная хирургическая помощь, оказанная в стационарах Российской Федерации в 2000, 2005–2010 гг.

Показатель		2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Всего больных		834 558	826 882	839 567	855 307	858 714	869 010	857 895
В том числе								
Доставлено позже 24 ч от начала заболевания	абс. ед.	274 587	296 556	301 415	306 672	309 502	313 560	309 483
	%	32,9	35,9	35,9	35,9	36,0	36,1	36,1
Оперировано	абс. ед.	578 435	513 757	516 174	522 192	521 000	525 918	518 822
	%	69,3	62,1	61,5	61,1	60,7	60,5	60,5
Оперировано среди больных, доставленных от начала заболевания, %	до 24 ч	72,9	65,8	65,1	64,3	64,3	64,5	64,0
	после 24 ч	62,0	55,6	55,0	55,2	54,2	53,6	54,3
Умерло, абс. ед.		15 815	15 236	15 462	15 638	16 038	16 034	15 949
Общая летальность, %		1,90	1,84	1,84	1,83	1,87	1,85	1,86
Летальность больных, доставленных от начала заболевания, %	до 24 ч	1,01	1,01	1,05	1,04	1,08	1,07	1,08
	после 24 ч	3,70	3,34	3,25	3,24	3,26	3,22	3,24
Летальность, %	оперированных	2,21	2,24	2,24	2,23	2,23	2,19	2,18
	неоперированных	1,19	1,18	1,21	1,20	1,30	1,32	1,36
Летальность оперированных больных, доставленных от начала заболевания, %	до 24 ч	1,10	1,14	1,19	1,18	1,17	1,15	1,17
	после 24 ч	4,85	4,57	4,45	4,41	4,47	4,41	4,30
Летальность неоперированных больных, доставленных от начала заболевания, %	до 24 ч	0,77	0,74	0,79	0,79	0,92	0,92	0,92
	после 24 часов	1,80	1,80	1,79	1,79	1,83	1,86	1,98

ческими лицами была крайне низкая (62,7 и 60,2% соответственно) при высоком уровне совместительства (1,55 и 1,61 соответственно).

За 2000–2010 гг. динамика числа госпитализированных в стационар для оказания экстренной хирургической помощи характеризовалась тенденцией к росту на 2,8% (табл. 1). По сравнению с 2000 г. число доставленных в стационар в 2010 г. выросло на 23,3 тыс. человек, что на фоне уменьшения численности населения позволяет предполагать снижение эффективности проведения мероприятий первичной профилактики, в первую очередь вторичной профилактики у больных с заболеваниями органов брюшной полости в хронической стадии.

В структуре лиц, которым оказана экстренная хирургическая помощь в 2010 г., 30,7% составили больные с острым аппендицитом (ОА), 21,7% с острым панкреатитом (ОП), 20,4% с острым холециститом (ОХ), 7,7% с желудочно-кишечным кровотечением (ЖКК), 5,9% с внематочной беременностью (ВБ), 5,5% с острой непроходимостью кишечника (ОНК), 5,2% с ущемленной грыжей (УГ) и 2,8% с прободной язвой желудка и 12-перстной кишки (ПЯЖ и ДПК). За 2000–2010 гг. структура больных, поступивших в хирургические стационары с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и внематочной беременностью, претерпела определенные изменения: значительно снизилась доля лиц с ОА (с 38,8% в 2000 г. до 30,7% в 2010 г.) и ПЯЖ и ДПК (с 4,5 до 2,8% соответственно), при этом возросла доля больных с ОП (с 13,6 до 21,7% соответственно) и ОХ (с 19,4 до 20,4% соответственно). Наиболее интенсивные изменения в абсолютной численности госпитализированных также произошли по данным заболеваниям. Так, число больных с ОА уменьшилось на 60,3 тыс. человек (18,6%), с ПЯЖ и ДПК – на 13,7 тыс.

(36,1%), а увеличилось число пациентов с ОП на 73,2 тыс. человек (64,7%) и с ОХ на 13,6 тыс. (8,4%), что можно объяснить не только изменениями в организации и эффективности оказания медицинской помощи, но и паттернов питания и образа жизни населения. По остальным причинам госпитализации также произошел прирост числа больных, но в менее значительных объемах.

На фоне увеличения числа госпитализаций по поводу острой хирургической патологии в течение последних десяти лет выросли удельный вес и численность лиц, доставленных позже 24 ч с момента начала заболевания на 34,9 тыс. человек (с 32,9% в 2000 г. до 36,1% в 2010 г.). Рост удельного веса поздней госпитализации произошел по всем причинам, за исключением ЖКК. Удельный вес больных с ЖКК, доставленных позже 24 ч с момента начала заболевания, уменьшился с 42,4 до 39,3%. Наиболее интенсивным был прирост доли больных с поздней госпитализацией по поводу ОНК (с 35 в 2000 г. до 39,9% в 2010 г.), ПЯЖ и ДПК (с 13,7 до 18,6%) и УЖ (с 23,2 до 25,2%), в абсолютных показателях по поводу ОП на 34 тыс. человек (67,4%) и ОХ на 6,8 тыс. человек (9,4%).

Оперативная активность в отношении больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и внематочной беременностью уменьшилась с 69,3% в 2000 г. до 60,5% к 2010 г., тогда как абсолютное число оперированных больных в первую пятилетку снижалось (от 578,4 тыс. человек в 2000 г. до 513,8 в 2005 г., т. е. 11,2%), а во вторую характеризовалась тенденцией к росту (на 5,1 тыс. человек или на 1%). В целом в период 2000–2010 г. число ежегодно оперированных больных с острой хирургической патологией уменьшилось на 59,6 тыс. человек (10,3%). Подобные тенденции наблюдались в отношении оперативной

активности и абсолютного числа оперированных среди больных с госпитализацией до и позже 24 ч от начала заболевания, при этом оперативная активность среди больных с досуточным поступлением в стационар была выше, чем с более поздними сроками госпитализации (на 10% в 2010 г.). Так, доля оперированных среди доставленных до 24 ч от начала заболевания снизилась с 72,9% в 2000 г. до 64% в 2010 г. (на 57,1 тыс. человек, т. е. 14%), при более поздней доставке в стационар – с 62 до 54,3% (на 2,5 тыс. человек, т. е. 1,4%).

В течение 10 лет оперативная активность при досуточной госпитализации от начала заболевания по сравнению с больными с более поздними сроками поступления была выше только в отношении ОА и ПЯЖ и ДПК (на 0,6 и 3,1% в 2010 г. соответственно). Более низкие показатели оперативной активности при поздней госпитализации можно было бы объяснить развитием со временем и/или наличием стертой и атипичной клинической симптоматики, что ведет к неправильной диагностике и тактике лечения таких больных.

На фоне общей тенденции снижения оперативной активности, особенно у больных с ЖКК (с 24,4% в 2000 г. до 14% в 2010 г.), ОНК (с 61,6 до 53,4% соответственно) и ОП (10,3 до 8,7%), выросла доля прооперированных с ОА (с 98,9 до 99,2%) и ОХ (с 48,5 до 51,5%) в ранние и поздние сроки госпитализации в стационар.

В 2010 г. наиболее высокая хирургическая активность (100%) (с поздней госпитализацией 100%) была при ВБ (при подтверждении диагноза ВБ лечение во всех случаях хирургическое) с минимальными значениями послеоперационной летальности (0,09%). Было прооперировано 99,2% больных с ОА (с поздней госпитализацией 98,8%), ПЯЖ и ДПК – 99% (с поздней госпитализацией 96,5%) и УГ – 94% (с поздней госпитализацией 94,8%), послеоперационная летальность которых также характеризовалась относительно невысокими значениями (за исключением ПЯЖ и ДПК): 0,11% при ОА и 3,18% при УГ. Следует отметить, что в структуре прооперированных больных с ОА, ПЯЖ и ДПК и УГ были доставлены в стационар в течение первых суток от начала заболевания 73,2, 81,8 и 74,6% соответственно. Показатели послеоперационной летальности среди них были ниже в 6 раз и более, чем среди лиц с поздней госпитализацией. При этом у больных с ПЯЖ и ДПК и ОА летальность в группе с консервативным лечением значительно превышала показатели послеоперационной летальности: при ПЯЖ и ДПК 97,4% по сравнению с 7,3% (при поздней госпитализации 99,4 и 22,8%), при ОА 0,68 и 0,11% (при поздней госпитализации – 1,27 и 0,32% соответственно). У больных с другими острыми заболеваниями органов брюшной полости зависимость была обратной, при УГ послеоперационная летальность в 2010 г. составила 3,18%, на фоне консервативного лечения – 2,97%.

Из числа поступивших больных были прооперированы чуть более половины лиц с ОНК (53,4%) и ОХ (51,5%), в том числе среди доставленных позже 24 ч от начала заболевания (56,8 и 56,7% соответственно). Это можно объяснить развитием и активным применением консервативной тактики лечения ОНК (декомпрессия ЖКТ, сочетанные внутривенные и энтеральные инфузии растворов и др.) и ОХ. При этом послеоперационная летальность больных с ОНК (8,57%) и ОХ (1,62%) более чем в 7 раз превышала таковую среди получавших консервативную терапию (1,16 и 0,22% соответственно) с досуточной и более поздней госпитализацией в стационар. Постепенное внедрение в практику малоинвазивных видеоэндоскопических операций при ОХ позволили за 10 лет снизить послеоперационную летальность

больных при любом времени поступления в стационар, а в целом с 2,58% в 2000 г. до 1,62% в 2010 г.

Наиболее низкая операционная активность в течение последних 10 лет наблюдалась у больных с ЖКК (24,4% в 2000 г. и 14,0% в 2010 г.) и ОП (10,3 и 8,7% соответственно). Следует обратить внимание, что при данных заболеваниях наблюдались и самые высокие показатели послеоперационной летальности, которая с 2000 по 2010 г. росла при ЖКК (с 12,9 до 13,4% соответственно) и уменьшалась при ОП (с 22 до 18,7%). Это можно объяснить более широким применением выжидательной тактики при ЖКК и эндоскопических методов остановки кровотечения, при неэффективности последних использованием оперативного лечения, а также широким применением новых технологий в хирургическом лечении ОП, мини-доступов и видеолaparоскопических методов оперативного вмешательства. При этом послеоперационная летальность значительно превышала таковую среди получавших консервативное лечение (при ЖКК в 3,3 раза, при ОП в 20,3 раза). По некоторым данным, наиболее высокие показатели послеоперационной летальности наблюдаются при деструктивных формах ОП, среди пациентов старших возрастных групп, с осложнениями и наличием сопутствующих заболеваний, с диагностическими ошибками на догоспитальном этапе при скрытом ЖКК и при позднем обращении за медицинской помощью. В структуре прооперированных с ЖКК и ОП доставлено в стационар в течение первых суток от начала заболевания 58,1 и 44,3% больных соответственно, при этом послеоперационная летальность у лиц с ЖКК при поздней госпитализации была выше в 1,8 раза, чем у поступивших в течение суток от начала заболевания (17,8 и 10,2% соответственно), у больных с ОП – в 1,4 раза (21,6 и 15,0%).

Число умерших в стационаре от острой хирургической патологии за 10 лет уменьшилось незначительно (на 134 случая или 0,8%), однако в течение 2000–2010 гг. имело волнообразную динамику. В период 2000–2005 гг. наблюдалось уменьшение числа летальных исходов (на 579 случаев или 3,7%), последующие 5 лет характеризовались тенденцией к росту (на 713 или 4,7%). В то же время показатели общей летальности снижались с 2000 г. вплоть до 2007 г. (1,9 и 1,83% соответственно), а в последние 3 года выросли и в среднем составили 1,86%. По срокам доставки в стационар летальность среди больных, доставленных позже 24 ч от момента начала заболевания уменьшалась в течение 10 лет (с 3,7% в 2000 г. до 3,24% в 2010 г.), а с досуточной госпитализацией – росла (от 1,01 до 1,08%).

В структуре умерших в 2010 г. по времени доставки в стационар 62,9% (в 2000 г. 64,2%) составили больные с поздней госпитализацией. По причине поступления структура была следующей: ОП 28,8%, ЖКК 22,2%, ОНК 15,2%, ПЯЖ и ДПК 12,4%, ОХ 10,3%, УГ 8,8%, ОА 2,0%. За последние 10 лет в структуре летальности от острой хирургической патологии органов брюшной полости (1172 тыс.) на 34% выросло число случаев с ОП. По остальным заболеваниям этот показатель снизился, особенно у лиц с ОХ (на 523 случая; 24,1%).

Летальность оперированных больных также имела волнообразную динамику. Ее пик пришелся на 2005 г. (2,24%), но в целом с 2000 г. по 2010 г. она уменьшилась с 2,21 до 2,18% соответственно, в том числе среди доставленных позже 24 ч от начала заболевания (с 4,85 до 4,30% соответственно). Среди больных, получавших консервативное лечение, показатель вырос с 1,19 до 1,36%, в том числе среди доставленных позже 24 ч от начала заболевания с 1,80 до 1,98% соответственно. Следует отметить, что послеоперационная летальность больных с острой



Летальность больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости по срокам доставки в стационар от начала заболевания в Российской Федерации в 2010 г.

Показатель	Всего	ОНК	ОА	ПЯЖ и ДПК	ЖКК	УГ	ОХ	ОП	
Число умерших, абс. ед.	15 949	2427	313	1976	3538	1410	1649	4592	
Летальность у доставленных до 24 ч с момента начала заболевания, %	оперированных	1,17	4,87	0,04	3,86	10,18	1,43	0,97	14,98
	неоперированных	0,92	0,79	0,25	93,24	2,68	1,11	0,13	0,65
Летальность у доставленных позже 24 ч с момента начала заболевания, %	оперированных	4,30	13,59	0,32	22,80	17,82	8,35	2,27	21,62
	неоперированных	1,98	1,78	1,27	99,37	6,16	9,66	0,36	1,26
Число потенциально предотвратимых летальных случаев, абс. ед.	5628	1 019	205	835	1066	784	660	1058	
Предотвратимость летального исхода, %	35,3	42,0	65,6	42,2	30,1	55,6	40,0	23,0	

хирургической патологией органов брюшной полости и внематочной беременностью превышала показатели летальности неоперированных больных в целом в 1,6 раза (1,9 раза в 2000 г.), а у лиц с поздней госпитализацией в 2,2 раза (в 2,7 раза в 2000 г.), что можно объяснить более тяжелой формой заболевания подвергнутых оперативному лечению, и риском самого оперативного вмешательства по сравнению с консервативным ведением больных при острой хирургической патологии органов брюшной полости. При этом общая летальность больных, госпитализированных спустя 24 ч от начала заболевания, была в 3 раза выше (в 3,6 раз в 2000 г.), чем у госпитализированных в течение первых суток от начала заболевания; среди оперированных больных различия составили 3,7 раза (4,4 раза в 2000 г.).

На основе различий в показателях летальности больных по срокам госпитализации в стационар была рассчитана предотвратимость летального исхода. Это доля потенциально предотвратимых случаев смерти пациентов только за счет ранней диагностики и скорейшей (в течение 24 ч от начала заболевания) доставки в стационар среди всех летальных исходов у лиц с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

Число потенциально предотвратимых летальных случаев определялось по каждой острой хирургической патологии и тактике лечения (оперативной или консервативной) с помощью разницы между фактической летальностью больных с поздней госпитализацией, и ожидаемой летальностью среди них, рассчитанной по значениям летальности у лиц с досуточной госпитализацией.

Приведенные расчеты показывают, что в 2010 г. суммарная предотвратимость летального исхода у больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости составила 35,3% или 5 628 случаев летального исхода, которые можно было бы предотвратить, если бы больные были доставлены в стационар для оказания экстренной хирургической помощи в течение первых суток от начала заболевания (табл. 2). Показатель предотвратимости в течение 10 лет снижался с 39,1% в 2000 г. до 37,7% в 2005 г. и 35,2% в 2009 г., а максимальное и минимальное число предотвратимых потерь составляло в 2000 г. и 2006 г. – 6185 и 5504 случаев соответственно.

Среди всей острой хирургической патологии самая высокая предотвратимость (65,6%) приходилась на наиболее частую причину госпитализации ОА. Более половины (55,6%) всех летальных исходов можно было предотвратить при УГ, 40–42% при ПЯЖ и ДПК, ОНК и ОХ, 30,1% при ЖКК и почти четверть (23,0%) смертей в стационаре при ОП.

В абсолютных значениях ситуация выглядит почти наоборот: среди всех больных основную долю предотвратимых летальных случаев составили больные с небольшим удельным весом в структуре госпитализированных. Так, 1066 случаев смерти или 18,9% летальных исходов можно было бы предотвратить среди больных с ЖКК, 1058 или 18,8% с ОП и 1019 или 18,1% с ОНК, при ПЯЖ и ДПК можно было сохранить 835 жизней или сократить 14,8% летальных случаев, 784 предотвратимых случаев смерти или 13,9% приходилось на УГ, 660 случаев или 11,7% на ОХ и 205 или 3,6% на ОА.

В структуре предотвратимых летальных случаев по тактике лечения 74,1% (84,1% в 2000 г.) составляли летальные случаи у оперированных, среди них показатель предотвратимости был выше, чем у неоперированных 36,8 и 31,5% соответственно (в 2000 г. – 40,8 и 32,2%). При этом на 98,8% предотвратимость летального исхода определялась прооперированными при ПЯЖ и ДПК (летальность неоперированных достигает 97,4%), среди которых составила 47,1% (или 825 случая). Предотвратимая летальность была выше при консервативной тактике лечения по сравнению с оперативной в группах больных с УГ (62,8 и 55,2% соответственно), ОХ (41,2 и 39,9%), ЖКК (33,5 и 23,9%) и ОП (29,4 и 19,8%), а в абсолютных значениях только при ЖКК (770 и 297 случаев соответственно).

Таким образом, ранняя диагностика и доставка в стационар в течение первых суток от начала заболевания за период 2006–2010 г. позволила сохранять ежегодно в среднем 5,6 тыс. больных с острой хирургической патологией (35,5%), а суммарно за 5 последних лет, в период активной реализации национального приоритетного проекта в сфере здравоохранения, 28 тыс. человеческих жизней.

Следует отметить, что в соответствии с концепцией предотвратимой смертности, разрабатываемой экспертами из разных стран мира уже более 35 лет с целью сокращения предотвратимых потерь, аппендицит, язвенная болезнь, грыжи и холецистит относятся к группе заболеваний, смертность от которых можно снизить путем своевременных и эффективных вмешательств системы здравоохранения, включая ранние сроки доставки в стационар, адекватность медицинской помощи, мероприятия первичной и вторичной профилактики и т.п. [1]. В рамках данной концепции "предотвратимая смертность" с позиции нозологических аспектов, приоритетных направлений и масштабов их снижения рассматривается в качестве одной из мер оценки эффективности системы здравоохранения и качества предоставляемых медицинских услуг.

## Заключение

Результаты исследования показали, в Российской Федерации в 2000–2010 гг. наблюдалось увеличение числа пациентов с острой хирургической патологией органов брюшной полости и внематочной беременностью, в том числе доставленных в стационар позже 24 ч с момента начала заболевания, что может свидетельствовать о снижении доступности, качества и преемственности в оказании медицинской помощи на разных этапах, проводимой первичной и вторичной профилактике, и приводит к нарастанию тяжести состояния больных, показателей летальности.

Одним из основных факторов, влияющих на результаты экстренной хирургической помощи, является ранняя диагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и внематочной беременности и госпитализация таких больных. Так, общая летальность больных с поздней госпитализацией в 2010 г. превышала показатели с досуточной госпитализацией в 3 раза, среди оперированных больных в 3,7 раза, среди неоперированных – в 2,1 раза.

Расчеты показали, что только доставка в стационар больных в течение первых суток могла предотвратить более 1/3 всех летальных исходов и сохранить ежегодно в среднем 5,6 тыс. человеческих жизней, 3/4 которых было показано хирургическое лечение, а по причине госпитализации более половины предотвратимых потерь приходилось на лиц с ЖКК, ОП и ОНК.

В целом за 10-летний период общая летальность больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости не имела четкой тенденции к снижению, при этом оперативная активность уменьшилась, летальность среди лиц, леченных консервативно, увеличи-

лась, а показатели послеоперационной летальности были выше летальности неоперированных больных, т.е. при отсутствии информации о тяжести состояния пациентов можно говорить о недостаточной технологической эффективности экстренной хирургической помощи (несмотря на оснащение современной диагностической и лечебной аппаратурой и материалами, внедрение новых технологий и методик лечения), а в ряде случаев об отсутствии самой возможности проведения операции в связи низкой укомплектованностью штатов учреждений здравоохранения хирургами, что особенно характерно для учреждений сельской местности.

Изучение причин роста послеоперационной летальности и летальности среди неоперированных при досуточной госпитализации больных может явиться предметом самостоятельного исследования.

Дальнейшее внедрение в практику современных технологий, поиск путей совершенствования организации оказания экстренной медицинской помощи, в том числе преемственности между службой скорой медицинской помощи и стационаром, повышение качества и доступности медицинской помощи больным хирургического профиля, включая раннюю диагностику заболеваний и осложнений, позволят снизить число послеоперационных осложнений и летальных случаев, сократить сроки лечения больных с острой хирургической патологией и связанные с ними финансовые расходы и человеческие потери общества.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Castelli A., Nizalova O. Avoidable Mortality: What it Means and How it is Measured.* – York, UK, 2011.

Поступила 29.10.12

© Коллектив авторов, 2013  
УДК 614.2:616.31-051

А. А. Калининская<sup>1</sup>, Д. Г. Мещеряков<sup>2</sup>, Р. Б. Ильдаров<sup>3</sup>

## НОРМАТИВ ДОЛЖНОСТИ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА-ТЕРАПЕВТА В УСЛОВИЯХ РАБОТЫ С АССИСТЕНТОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ

<sup>1</sup>ФГУ Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава, 127254, Москва, ул. Добролюбова, 11; <sup>2</sup>ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет; <sup>3</sup>ООО "Комфорт-Дент", Россия

*В статье представлен объем работы, алгоритмы трудовых операций, нормирование труда стоматолога-терапевта в условиях работы с ассистентом стоматологическим в четыре руки. Даны расчеты нормативного количества должностей стоматолога в новых условиях работы.*

**Ключевые слова:** *стоматолог-терапевт, ассистент стоматологический, хронометражные измерения, затраты времени, посещения, кариес, пульпит, периодонтит*

### THE STANDARD OF POSITION OF PHYSICIAN-STOMATOLOGIST-THERAPEUTIST IN THE CONDITIONS OF WORKING TOGETHER WITH ASSISTANT-STOMATOLOGICAL

*A.A. Kalinskaya, D.G. Mescheryakov, R.B. Ildarov*

*The article presents scope of work, algorithms of labor operations, standardization of work of stomatologist-therapist in the conditions of working together with assistant-stomatological in four hands. The calculations are given concerning the standard numbers of positions of stomatologist in new conditions of work.*

**Key words:** *stomatologist-therapist, assistant-stomatological, timekeeping measurements, timetable, visit, caries, pulpitis, periodontitis*

А. А. Калининская – д-р мед. наук, проф., рук. отделения (Akalininskaya@yandex.ru); Д. Г. Мещеряков – канд. мед. наук, доц. каф. (mdg@stdaniil.ru); Р. Б. Ильдаров – врач-стоматолог-ортопед (ali969@mail.ru)

Новые условия функционирования отрасли предъявляют повышенные требования к потенциалу кадров в стоматологии. В настоящее время в стоматологии отсутствует научно обоснованное кадровое обеспечение