

дицинской помощи в 2011 г. Электронный доступ: <http://www.gosminzdrav.ru/docs/mzsr/finance/30/DOKLAD PGG 20...>

9. Суринов А.Е., ред. Статистическое обозрение: ежеквартальный журнал. 2012; 1 (80): 146.
10. Health at a glance 2011: OECD indicators. OECD Publishing; 2011.
11. Нигматулин Б.П., Нигматулин Р.И. Тринадцать теорем: как выходить из кризиса в России. Московский комсомолец. 2009; 28 авг.

12. Государственная программа Российской Федерации "Развитие здравоохранения" / Министерство здравоохранения Российской Федерации. М.; 2012. Утверждена Распоряжением Правительства РФ № 2511-р от 24 декабря 2012 г. Электронный доступ: <http://www.gosminzdrav.ru/health/72>
13. Об основных параметрах проекта федерального закона "О федеральном бюджете на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов". М.: Министерство финансов РФ; 2012.

Поступила 04.04.13

© Коллектив авторов, 2013

УДК 614.2.616.83-089:616.9-022.369

З.Б. Киндаров¹, М.М. Идалов², М.М. Юсупова²

СТРУКТУРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

¹Чеченский государственный университет; ²ГУ Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи

Представлен анализ структуры госпитальной заболеваемости и показателей деятельности нейрохирургического отделения ГУ Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи Чеченской Республики, знание которых способствует повышению качества лечебно-диагностического процесса и существенному улучшению алгоритма оказания медицинской помощи данного профиля в лечебно-профилактическом учреждении.

Ключевые слова: *нейрохирургическая медицинская помощь, нозологические формы нейрохирургической патологии, больничная летальность, хирургическая активность, пациенты*

THE STRUCTURE OF HOSPITAL MORBIDITY AND ENHANCEMENT OF MEDICAL CARE IN NEUROSURGERY DEPARTMENT

Z.B. Kindarov¹, M.M. Idalov², M.M. Yusupova²

¹The Chechen state university, the Chechen Republic, Grozny, Russia

²The Republic clinical hospital of emergency care, the Chechen Republic, Grozny, Russia

The article presents analysis of structure of hospital morbidity and indicators of activities of neurosurgery department of the Republic clinical hospital of emergency care of the Chechen Republic. The analysis date supports increasing quality of curative diagnostic processes and valuable development of algorithm of provision of medical care of this profile in curative preventive institution.

Key words: *neurosurgery medical care, neurosurgery pathology, nosology, hospital lethality, surgery activity, patient*

Рациональность, своевременность и эффективность оказания нейрохирургической помощи часто являются решающими факторами, позволяющими избежать преждевременной смерти или развития стойкой нетрудоспособности [1].

Знание таких индикаторов лечебного процесса, как структура госпитальной заболеваемости, летальность, показатели оперативной деятельности во многом позволяют облегчить диагностику и улучшить результаты лечения больных, повысить степень интеграции работы различных специалистов [2] и в целом способствовать разработке оптимальных способов оказания медицинской помощи больным нейрохирургического профиля в условиях конкретного лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ).

В связи с этим в исследовании особое внимание уделено перечисленным показателям деятельности нейрохирургического отделения Республиканской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГУ РКБ СМП) Чеченской Республики, являющегося на сегодняшний момент единственным отделением, оказывающим специализированную помощь населению региона. Материалом для анализа послужили ежегодные отчетные статистические данные о работе ЛПУ (ф. № 14 "Сведения о деятельности стационара").

Анализ по нозологическим единицам показал, что в 2012 г. пострадавшие с нейротравмой и ее последствиями составили 66,5% от общего числа всех больных,

госпитализированных в нейрохирургическое отделение ГУ РКБ СМП. Пациенты с заболеваниями центральной нервной системы (ЦНС) составили 33,5% (рис. 1). Сравнение с 2006 г. демонстрирует уменьшение числа поступлений с нейротравмой на 10%.

У 24,8% госпитализированных нейрохирургических больных была диагностирована черепно-мозговая травма (ЧМТ), из них у подавляющего большинства зафиксировано сотрясение головного мозга. Среди пострадавших с нейротравмами пациенты с ЧМТ составили 37,4% (рис. 2).

Доля больных с сотрясением головного мозга от общего числа больных с ЧМТ достигала 71,2%, что выше

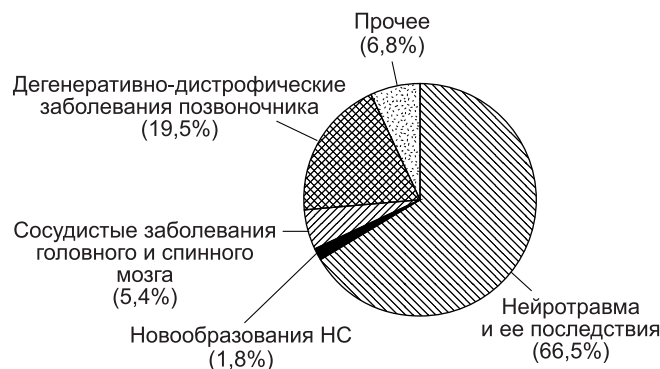


Рис. 1. Основные формы нейрохирургической патологии в нейрохирургическом отделении ГУ РКБ СМП в 2012 г.

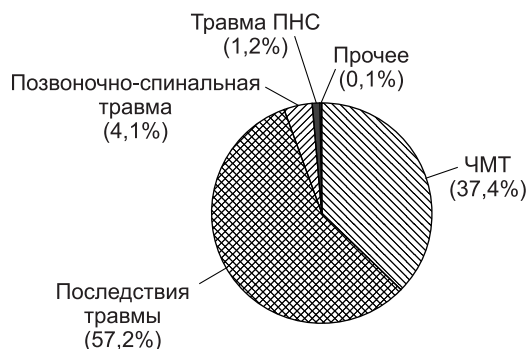


Рис. 2. Основные нозологические формы травмы нервной системы среди госпитализированных в нейрохирургическое отделение ГУ РКБ СМП в 2012 г.

значений 2006 г. на 19,8%. Хирургическая активность в отделении по данному заболеванию была нулевой, а общая летальность соответствовала 0,1%.

Пациенты с травматическим сдавлением головного мозга составили 8,9% от общего числа больных с ЧМТ. Показатель хирургической активности при этой форме, как правило, достаточно высокий среди травм нервной системы, в отделении был на уровне 70,2%. Общая летальность больных со сдавлением головного мозга составила 25% (что выше показателя 2006 г. на 6,3%), а послеоперационная летальность — 15,9%. Пациенты с переломами черепа и лицевых костей не превышали 3,8% больных с ЧМТ, из них почти 1/3 составляли дети. Хирургическая активность по данной группе заболеваний была на уровне 77,2%, здесь имели место послеоперационные осложнения (6,7%).

Среди пациентов с травмами нервной системы в 2012 г. 57,2% составляли госпитализированные по поводу последствий нейротравмы (с 2006 г. доля поступлений выросла в 3,4 раза), в 98% случаев причиной являлась травма головы и головного мозга и 2% случаев связаны с переломами позвоночника и травмой спинного мозга. Хирургическая активность при последствиях нейротравмы в отделении не превышала 1%, поскольку нуждающихся в хирургическом вмешательстве из 893 больных было 9. У оперированных (16,7%) по поводу последствий перелома позвоночника и травмы спинного мозга послеоперационные осложнения возникали в 100% случаев.

Доля госпитализированных с травмой позвоночника и спинного мозга составляла 4,1% от общего числа больных с нейротравмой (не считая последствий), с травмой периферической нервной системы — 1,2%. Из 65 пациентов с травмой позвоночника, осложненной повреждением спинного мозга, было оперировано 23 (хирургическая активность 35,4%), умерли 3 человека (общая летальность 4,6%), в том числе 1 (1,5%) после операции. При травме периферической нервной системы пациентов оперировали в 42,1% случаев.

В 2012 г. нейроонкологические больные составили 1,8% от общего числа госпитализированных в нейрохирургическое отделение больницы, у 77,8% наблюдались доброкачественные образования головы и спинного мозга, при которых хирургическая активность составляла 40 и 70% соответственно. Более высокими показателями хирургической активности были при злокачественных новообразованиях этой локализации (50 и 100% соответственно). Показатель общей летальности при нейроонкологических патологиях составил 16% в основном за счет показателя дооперационной летальности при злокачественных новообразованиях головы (12%), общая послеоперационная летальность — 4%.

Больные с нейрососудистой патологией составили 5,4% от общего числа госпитализированных в отделение, из них большинство (86,5%) — пациенты с внутримозговым и(или) внутрочерепным кровоизлиянием. Почти каждый десятый пациент (13,5%) страдал цереброваскулярными болезнями, аневризмами сонной артерии и врожденными пороками развития системы кровообращения. Хирургическая активность при сосудистых заболеваниях нервной системы была около 11,1%, ее максимальный уровень (12,8%) отмечался при геморрагических инсультах и нарушениях мозгового кровообращения. Показатель общей летальности составил 44,5%, послеоперационной — 9,3%.

Пациенты с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника (остеохондрозы и дискогенные радикулиты — 19,5%) по численности поступающих в отделение занимали 2-е место после нейротравмы и ее последствий. Количество пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника поясничного отдела более чем в 8 раз превышает таковое при заболеваниях шейного и грудного отдела и распространенном остеохондрозе позвоночника. Хирургическая активность в отделении при дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника составляла 30,1%, послеоперационные осложнения наблюдались в 1,2% случаев.

Среди госпитализированных в нейрохирургическое отделение в 2012 г. было 0,9% больных с эпилепсией симптоматической, 0,7% с гидроцефалией (хирургическая активность 52,9%), 0,3% с церебральными кистами (хирургическая активность 25%), 0,5% с абсцессом внутрочерепным (хирургическая активность 100%).

Сравнение структуры госпитальной нейрохирургической патологии со средней общероссийской структурой выявляет схожесть долевого распределения по основным классам заболеваний, расхождения между ними отмечались по отдельным нозологическим формам (рис. 3). Вероятно, это обусловлено не только фактическим числом таких больных, частотой тех или иных нозологических форм в структуре заболеваемости, но и традиционно сложившимися взглядами нейрохирургов и невропатологов на возможность или допустимость самого вмешательства на мозге.

Так, подавляющее большинство нейрохирургического коечного фонда занято пациентами с травмой нервной системы и ее последствиями, 2-е место по частоте госпитализаций занимают дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника. Исключение составила категория онкологических больных, удельный вес которых был ниже общероссийского уровня в 3 раза, что

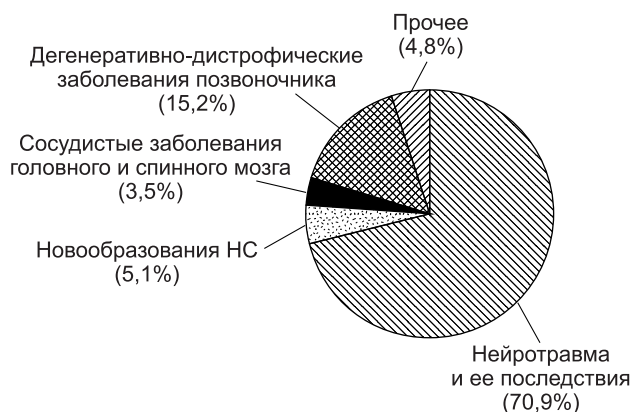


Рис. 3. Основные формы нейрохирургической патологии в России.

объясняется недостаточностью инструментального и технического обеспечения службы республики.

Различия по нозологическим формам касались заболеваний, связанных с последствием нейротравмы, превысивших российский уровень в 7,4 раза, и ЧМТ, уровень которых был ниже в 2,2 раза.

Таким образом, наибольшая хирургическая активность установлена при абсцессах внутрочерепных (100%), травматическом сдавлении головного мозга (70,2%), новообразованиях головного мозга (60%), гидроцефалии (52,9%), травмах периферической НС (42,1%). Самые низкие показатели отмечены при последствиях нейротравмы (1%), полностью они отсутствовали при сотрясениях головного мозга.

Показатели общей послеоперационной летальности в отделении были следующими: сосудистые заболевания НС (44,5 и 9,3%), травматическое сдавление головного мозга (25 и 15,9%), нейроонкологическая патология (16 и 4%), травма позвоночника (4,6 и 1,5% соответственно).

Послеоперационные осложнения зафиксированы при заболеваниях, связанных с последствиями перелома позвоночника и травмы спинного мозга, в 100% случаев, при переломах черепа в 6,7%, при дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника в 1,2%.

В целом изучение структуры госпитальной заболеваемости, летальности, показателей оперативной деятельности позволяет научно обосновать организацион-

ные мероприятия по совершенствованию медицинской помощи нейрохирургического профиля с целью улучшения результатов диагностики и лечения в условиях конкретного ЛПУ.

Особое внимание следует обратить на организацию специализированной помощи больным с сосудистыми заболеваниями головного мозга в Республиканской клинической больнице скорой медицинской помощи в связи с высоким уровнем летальности и заболеваемости. Целесообразно создание нейрососудистого отделения с палатами интенсивной терапии, обеспечение современными методами нейровизуализации (ангиография, магнитно-резонансная томография).

Увеличение объема и качества помощи больным с новообразованиями головного и спинного мозга предполагает оснащение отделения интраоперационным микроскопом, а также налаживание работы вспомогательных служб: гистологической лаборатории, химиотерапии, лучевой терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Кулдашев Д., Тошбоев С.* Экспертная оценка причин летальности пострадавших с черепно-мозговой травмой. В кн.: Материалы IV съезда нейрохирургов России. М.; 2006: 343—44.
2. *Щедренко В.В., Яковенко И.В., Мозучая О.В.* Клинико-организационные аспекты сочетанной черепно-мозговой травмы. СПб.: РНХИ им. проф. А.Л. Поленова, 2011.

Поступила 20.03.13

© О.В. Гриднев, А.А. Загоруйченко, 2013

УДК 614.2:616-08-039.57

О.В. Гриднев¹, А.А. Загоруйченко²

К ВОПРОСУ О РЕОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В МОСКВЕ

¹Департамент здравоохранения г. Москвы по СВАО;

²ФГБУ Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, 105064, Москва, Россия

Представлены основные особенности совершенствования оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению на примере Северо-Восточного административного округа Москвы при внедрении трехуровневой системы по программе модернизации столичного здравоохранения.

Ключевые слова: *трехуровневая система организации оказания амбулаторно-поликлинической помощи, программа модернизации столичного здравоохранения*

ABOUT REORGANIZATION OF AMBULATORY POLYCLINIC CARE OF POPULATION IN MOSCOW

O.V. Gridnev¹, A.A. Zagoruytchenko²

¹The Moscow health department, Moscow, Russia; ²The national research institute of public health of the Russian academy of medical sciences, 105064 Moscow, Russia

The article presents main characteristics of development of ambulatory polyclinic care to population exemplified by North East administrative okrug of Moscow under implementation of three-level system according program of modernization of metropolitan health care.

Key words: *three-level system of ambulatory polyclinic care, program of modernization, metropolitan health care*

Одним из приоритетных направлений реформирования здравоохранения в Российской Федерации является переход от более затратного лечения в стационаре к оказанию медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническом звене [1]. С целью отработки подходов к реформированию данной службы изучены основные направления совершенствования организации этого вида медицинской помощи и проанализированы проведенные на основе принятых управленческих решений мероприятия по переходу на трехуровневую систему на примере сети ЛПУ в Северо-Восточном административном округе Москвы.

В существующей амбулаторно-поликлинической службе столичного здравоохранения отмечаются следующие основные недостатки: отсутствие преемственности между участковой терапевтической службой и деятельностью врачей-специалистов между амбулаторно-поликлиническими и больничными учреждениями, нерациональная загрузка врачей-специалистов, отсутствие оптимальной маршрутизации пациента и недостатки в получении необходимой медицинской информации о пациенте, наличие трудностей в проведении качественного диспансерного наблюдения пациентов, дефицит медицинских кадров, отсутствие информаци-