

## АЛГОРИТМ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ

В.Э. Федоров, С.Н. Шмелев,

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет»

*Федоров Владимир Эдуардович – e-mail: v.e.fedorov@yandex.ru*

В Саратовской области функционирует этапная и многоуровневая система оказания хирургической помощи больным и пострадавшим от травм. Для своевременности, последовательности и преемственности ее осуществления сохраняются 2 этапа: догоспитальный и госпитальный. Формируется третий этап – это лечение по квотам в ведущих клиниках Саратовского государственного университета или других клиниках и институтах России. В результате внедрения данной системы оказания хирургической помощи каждый больной их самых отдаленных районов Саратовской области может получить квалифицированную хирургическую помощь с использованием современных хирургических технологий. В конечном итоге достигается главная цель в хирургии – снижение числа осложнений и летальности.

**Ключевые слова:** хирургическая деятельность, сельские районы.

In the Saratov area stage and multilevel system of surgical assistance to the patients functions. For timeliness, sequence and continuity of its realisation there are 2 stages: pre-hospital and hospital.

As a result of the given system each patient of the Saratov area can receive the qualified surgical help with use of modern surgical technologies. Finally the overall objective in surgery – decrease in number of complications and mortality rates is reached.

**Key words:** surgical activity, rural area.

Последнее десятилетие характеризуется серьезными изменениями в работе хирургических отделений, особенно в сельских районах. Прежде всего, изменилась структура заболеваемости [1]. Г.А. Бондарев (2007) отмечал, что за 30 лет заболеваемость острой хирургической патологией в целом возросла на 4,1%, отмечается изменение ее структуры: сократилось в 2 раза число больных острым аппендицитом, на 18% уменьшилось количество больных с ущемленными грыжами. Автор отмечал, что в остальных 6 экстренных нозологиях отмечается заметный рост заболеваемости: острой кишечной непроходимости – в 2,8 раза, желудочно-кишечных кровотечений – в 2,3 раза, острого панкреатита – в 2,1 раза, острого холецистита – в 1,8 раза, прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки – на 14,5% [2].

Эти процессы в немалой степени связаны не столько с колебанием уровня заболеваемости, сколько с изменением роли хирургической службы «на местах», то есть в провинции, прежде всего в сельских районах.

Изучению особенностей функционирования хирургической службы именно в таких условиях уделяется явно недо-

статочно внимания. Это и стало предметом данного сообщения.

В Саратовской области функционирует этапная и многоуровневая система оказания хирургической помощи больным и пострадавшим от травм. Для своевременности, последовательности и преемственности ее осуществления сохраняются 2 этапа: догоспитальный и госпитальный.

**I этап (догоспитальный)** представлен фельдшерско-акушерскими пунктами (ФАП), врачебной амбулаторией, участковой больницей без хирургического отделения (врач первого контакта или семейный врач), поликлиниками центральных районных больниц, районными и городскими поликлиниками, приоритетными задачами которых являются: а) диагностика острых хирургических заболеваний и травм (нозология или синдром) с оказанием неотложной помощи; б) транспортировка в хирургические отделения; в) выявление визуальных форм хронических хирургических заболеваний, учет (диспансеризация) больных.

Критерии качества помощи:

**1. Доставка в стационар**

- до 1-го часа после травмы и ранения;
- до 1-го часа после обращения при прободной язве, ущемленной грыже, кишечной непроходимости;
- до 2 часов при остром аппендиците, ЖКК;
- до 3 часов при остром холецистите, остром панкреатите.

**2. Выявляемость заболеваний на 1000 населения:**

- грыжи – 7 человек,
- геморрой – 50 человек,
- варикозное расширение вен конечностей – 70 человек,
- желчнокаменная болезнь – 10 человек,
- видимые формы увеличения щитовидной железы – 5 человек.

**3. Отсутствие ущемленных грыж, летальных исходов на дому и при транспортировке.**

**II этап (госпитальный)** представлен несколькими уровнями: 1-й уровень – это хирургическое отделение ЦРБ, имеет свои приоритетные задачи:

**1. Оказание неотложной хирургической помощи при всех острых заболеваниях, травмах и состояниях:**

- снижение поздней доставки;
- диагностика в первые 2–3 часа и операция.

Заболевания: аппендэктомия при остром аппендиците, вскрытие абсцедирующего аппендикулярного инфильтрата; все виды острой кишечной непроходимости (ОКН); ушивание и пилоропластика с ваготомией при прободной язве желудка, грыжесечение с резекцией и без резекции кишки при наружной и внутренней грыже; холецистэктомия при остром холецистите, дренирующие операции при остром панкреатите, органосохраняющие операции при острых гастродуоденальных кровотечениях язвенной и резекционные при опухолевой этиологии, прошивание варикозных вен пищевода, прошивание острых язв, лапаротомия при травме брюшной полости, кровотечении из нижних отделов ЖКТ, лапаротомия с резекцией или без при остром нарушении мезентериального кровообращения (ишемия, инфаркт, перитонит).

При других экстренных хирургических заболеваниях в сложных ситуациях необходимо направлять больных в межрайонные центры, областную клиническую больницу, клиники Саратовского государственного медицинского университета. При невозможности транспортировки вызывать «на себя» консультантов по линии санитарной авиации или межрайонных центров.

**2. Оказание плановой хирургической помощи:** удаление доброкачественных опухолей мягких тканей, грыжесечение и пластика при грыжах различных локализаций, кроме околопищеводных, диафрагмальных, огромных послеоперационных вентральных, неосложненные холецистэктомии при обеспеченности интраоперационной диагностики, ампутации, оперативное лечение геморроя, трещин прямой кишки.

2-й уровень – это межрайонные центры хирургической и специализированной помощи. Таких центров в области четыре. Они имеют следующие приоритетные задачи:

**1. Оказание неотложной хирургической помощи при всех острых заболеваниях, травмах и состояниях:** снижение поздней доставки; диагностика в первые 2–3 часа и операция.

**2. Плановая хирургическая помощь:** общехирургическая – в полном объеме, включая операции на желудке при язве и раке, онкопроктология, эндохирургия.

**3. Оказание неотложной помощи соседним районам.**

**4. Плановая стационарная и консультативная помощь.**

**5. Организационно-методическая помощь прикрепленным районам.**

3-й уровень – это хирургические отделения Саратовского государственного медицинского университета и Областная клиническая больница. Их приоритетные задачи следующие: 1. Ответственность за организацию, соблюдение стандартов, технологий и конечных результатов хирургической помощи на территории области. 2. Плановая и экстренная хирургическая деятельность и консультативная помощь.

Критерии качества помощи данного уровня:

1. хирургическая активность не менее 80%;
2. число релапаротомий не более 1:100;
3. отсутствие послеоперационных осложнений: стеноз, кровотечение, несостоятельность швов, постхолецистэктомических синдромов, рецидивов грыж;
4. экстренные операции не позже 2 часов;
5. расхождение клинического и п/а диагноза не более 10%;
6. соответствие летальности по нозологии областным показателям;
7. осложнений гнойных не более 1,5%.
8. дооперационный койко-день у плановых больных не более 2;
9. летальность при язвенной болезни 1–1,5%;
10. пострезекционные синдромы не более 7:100;
11. полная реабилитация до 97% от числа оперированных;
12. летальность при остром холецистите менее 1,5%;
13. Отсутствие первичного выхода на инвалидность от ЖКБ.

Такая этапная и многоуровневая система хирургической службы позволила четко определить потоки хирургических больных и место каждого хирурга в них.

Следует отметить, что в последние годы все активнее развивается и третий этап. Это лечение больных по квотам Министерства здравоохранения России в ведущих клиниках Саратовского государственного университета или других клиниках и институтах России в тех случаях, когда требуется наиболее высокий уровень оснащенности и качества оказания хирургической помощи больному, например, трансплантация органов.

В результате работы данной системы оказания хирургической помощи каждый больной их самых отдаленных районов Саратовской области может получить квалифицированную хирургическую помощь с использованием современных хирургических технологий. В конечном итоге достигается главная цель в хирургии – снижение числа осложнений и летальности.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев А.Л. Экономические аспекты хирургии желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой в современных условиях платной медицинской помощи и медицинского страхования. В кн.: Материалы всероссийской научно-практической конференции «Проблемы хирургии в современной России». С.-Пб. 2007. С. 15-18.

2. Бондарев Г.А. Тенденции в ургентной хирургии в Курской области за 30 лет. В кн.: Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Проблемы хирургии в современной России». С.-Пб. 2007. С. 23-25.