

В. Э. Федоров

СОСТОЯНИЕ ПРОВИНЦИАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ В ПЕРИОД КРИЗИСА

Саратовский государственный медицинский университет, МЗ Саратовской области

Во многих странах население не получает той медицинской помощи, которую в принципе может оказать современная медицина [1]. Наша страна — не исключение. Общеизвестно, что 2007–2009 годы характеризуются жесточайшим экономическим кризисом, охватившим практически все страны мира. Коснулся он и нашей страны. К этому времени в России стало очевидно, что медицина никогда не будет и не может быть бесплатной [2].

Вопрос о том, как эффективно, с наименьшими затратами, ближайшими и отдаленными результатами, с качественными госпитальными и хирургическими показателями лечить больных — именно в данный период этот сложный вопрос приобретает особую актуальность.

Целью сообщения является анализ деятельности хирургической службы в провинции в период кризиса.

Задачами исследования явились: а) оценка кадрового потенциала региона или области; б) характеристика обеспеченности хирургической службы в отдаленных районах; в) оценка изменений заболеваемости в период кризиса.

Характерным примером такой области является Саратовская губерния.

В 2009 г. приоритетные направления развития хирургической службы Саратовской области сохранились по следующим направлениям: а) обеспечение своевременной подготовки, переподготовки и последипломного обучения хирургов, б) своевременное информирование хирургов о современных хирургических технологиях, которые представлялись на областных, межрегиональных и всероссийских конференциях, в) формирование потоков хирургических больных, г) формирование диспансерных групп и алгоритма взаимодействия со смежными специалистами.

Показателями эффективности работы хирургической службы считались: процент выполнения плана койко-дней, хирургическая активность, количество выполненных операций, общая и послеоперационная летальность, послеоперационные осложнения. Впервые стал внедряться ежемесячный рейтинг районов.

Характерной тенденцией последних лет является продолжающееся уменьшение численности населения в районах. Соответственно, это привело к сокращению числа больных и коек. В 2008 г. в районах области имелось 1095 коек, а в 2009 г. количество коек уменьшилось до 938. Всего по области в 2008 г. имелось 2254 хирургических койки, а в 2009 г. — 2059.

Несмотря на осуществление проекта «Здоровье» и поступление значительного количества аппаратуры, инструментария и оснащения для хирургических отделений, износ старого оборудования привел к тому, что в целом в центральных районных больницах (ЦРБ) уменьшилось число функционирующих операционных столов (с 75 до 68), фиброгастроскопов (с 64 до 59), лапароскопов (с 18 до 17).

В то же время концентрация эндоскопического оборудования в хирургических межрайонных центрах (МРЦ), расположенных в городах области, где сохранился существенный коечный фонд, и крупных стационарах Саратова привела к увеличению в целом по области количества эндоскопического оборудования. Количество фиброгастроскопов по области увеличилось с 189 до 205, ректоскопов — с 90 до 100, а колоноскопов — с 29 до 39. Уменьшилось за счет износа только число лапароскопов (с 45 до 36).

Уменьшение числа коек хирургических отделений ЦРБ в 2009 г. привело к уменьшению в районах числа высококвалифицированных хирургов. Количество хирургов с высшей категорией в 2008 г. составляло 52 человека, а в 2009 г. — 49. Уменьшилось и число хирургов с первой категорией с 36 до 29, а также со второй категорией с 23 до 12. Стало больше, правда, не намного, неаттестованных хирургов: 2008 г. — 40, 2009 г. — 39. Особенно заметно уменьшение числа анестезиологов в районах: 2008 г. — 75, 2009 г. — 54. Такая тенденция уменьшения числа анестезиологов в районах наблюдается уже несколько лет.

В целом по области число хирургов вообще снижается. В 2008 г. в области работали 911 хирургов, не считая частных и негосударственных клиник, а в 2009 г. число хирургов уменьшилось до 888 (таблица 1).

Таблица 1. Кадровый состав хирургов Саратовской области

Категории	Высшая 2009/2008	Первая 2009/2008	Вторая 2009/2008	Нет категории 2009/2008	Анестезиологи 2009/2008
Всего МРЦ	94/92	41/31	27/29	58/69	46/46
Всего ЦРБ	49/52	29/36	12/23	40/39	55/75
Обл. б-ца	21/16	23/12	49/14	7/51	31/31
г. Саратов	157/138	85/82	41/52	155/174	126/132
Всего	321/298	178/161	129/118	260/334	258/284
Всего хирургов	Саратов. обл.	- 888/ 911	Москва -	1507(2007г.)	

Вероятно, высококвалифицированные хирурги «осели» в крупных больницах Саратова, а низкоквалифицированные ушли из медицины вообще. В областной больнице число хирургов с высшей категорией выросло с 16 до 21, в больницах Саратова — с 138 до 157. Число хирургов с первой категорией выросло с 12 до 23 в областной больнице, а в Саратове увеличилось с 82 до 85. В этих стационарах уменьшилось количество хирургов со второй категорией и без категории.

В 2009 г. в районах области увеличилось число больных, госпитализированных в хирургические стационары. План койко-дней в большинстве районов и в целом перевыполнен уже не один год. Показатели простоя, оборота койки и среднего койко-дня существенно не изменились. К сожалению, увеличение числа больных произошло за счет экстренных поступлений. Впоследствии, у этих поступивших далеко не всегда выявлялась хирургическая патология.

В более крупных хирургических отделениях городов, областной больницы и отделений Саратова число больных, наоборот, уменьшилось. Например, в самом крупном МРЦ Саратовской области — городе Балаково, число больных уменьшилось с 12056 до 11987, в городе поменьше — в Вольске с 3324 до 3003 больных, в Балашове с 2768 до 2691 человека, в Энгельсе, «спутнике» Саратова, с 15519 до 15419 человек. В среднем число больных уменьшилось на 142 человека.

В областной больнице число больных также уменьшилось в 16125 до 15367 человек, а в саратовских хирургических отделениях уменьшилось с 10888 до 10675 человек.

Всего по области число больных уменьшилось на 1102 пациента. Другие показатели: простой койки, оборот и средний койко-день в этих стационарах существенно не менялись.

В районах дооперационный койко-день несколько увеличился с 0,9 до 1,1, а хирургическая активность заметно снизилась с 64,5% до 39% (таблица 2). Эта тенденция снижения хирургической активности сохраняется уже несколько лет. Стало отчетливо видно, что в некоторых районах (Новые Бурасы, Питерка, Турки, Самойловка, Романовка, Ровное) хирургическая активность уже давно крайне низкая и продолжает снижаться, что связано с отсутствием анестезиологов, недостаточной квалификацией и активностью хирургов и несформированным потоком больных.

Г. А. Бондарев [3] 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%.

В Саратовской губернии отмечаются свои неблагоприятные тенденции — это уменьшение числа как всех видов, так и экстренных операций в ЦРБ и МРЦ (таблица 2):

Таблица 2. Показатели хирургической деятельности хирургических отделений Саратовской области

Показатели	Оперативная активность 2009/2008	Операций всего 2009/2008	Операций экстренных 2009/2008	П/опер. осложнения 2009/2008	Общая летальность 2009/2008	П/опер. летальность 2009/2008
Всего МРЦ	49,8/48	15556/16595	5755/6349	0,3/0,6	1,5/1,2	1,6/1,5
Всего ЦРБ	39/64,5	13979/15494	8810/9136	0,9/0,6	0,96/0,7	0,95/0,8
Обл. 6-ца	74/72	11478/11252	1576/1576	0,7/1,5	0,6/0,8	0,7/1,6
Саратов	56/50,5	6016/5501	3732/3286	0,2/0,5	2,3/3,1	2,2/2
Всего	55/53	46989/48842	19874/20347	0,5/0,6	1,3/1,5	1,4/1,3

Общее число операций в ЦРБ в 2008 г. — 15494, в 2009 г. — 13979, число экстренных операций в 2008 г. — 9136, в 2009 г. — 8810. В некоторых районах, не всегда самых отдаленных от центра (Питерка, Турки, Светлый), число операций в год просто незначительное. Это связано не только с недостаточным оснащением данных стационаров и недостаточной активностью самих хирургов, работающих там. Скорее — заболеваемость «переместилась» в другие места и лечебные учреждения, т. е. больные лечатся в других медицинских учреждениях.

Еще одним настораживающим фактом является тенденция повышения летальности и числа послеоперационных осложнений. В 2008 г. — послеоперационные осложнения в районах составили 0,6%, а в 2009 г. — 0,9%. Общая летальность в 2008 г. составила 0,7%, в 2009 г. 0,96%. Послеоперационная летальность в ЦРБ в 2008 г. — 0,8%, в 2009 г. — 0,95%.

В то же время в целом по области показатели не ухудшились. Ситуация выправляется за счет отделений Саратова и областной клинической больницы. В областной больнице общее число операций увеличилось с 11252 до 11478 при одинаковом количестве экстренных операций в 2008–2009 гг. — 1576 хирургических вмешательств.

В Саратовских больницах значительно увеличилось и общее количество операций с 5501 до 6016, и количество экстренных операций с 3286 до 3732. При этом число ослож-

нений снижается, а послеоперационная летальность несколько выросла с 2 до 2,2%. Это произошло за счет увеличения числа операций, выполненных на неблагоприятном фоне тяжелых сопутствующих заболеваний в стадии декомпенсации.

Вопросы диспансеризации населения в настоящий момент являются чрезвычайно актуальными. Хотя, следует отметить, что современная диспансеризация отличается от «советской». В районах на учете у терапевтов находится 7688 больных с язвенной болезнью, на учете у хирургов — 1523 человека. Надо отметить, что эти цифры больше, чем в 2008 г., когда на учете у терапевтов состояло 7458 человек, на учете у хирургов — 1245 человек.

В 2008 г. из ЦРБ направлено на плановую операцию 150 человек с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, а в 2009 г. их число увеличилось более, чем в 2 раза — 346 человек. Это указывает, что в области отмечается рост числа больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, которым требуется хирургическое лечение. Показанием к операции явились такие осложнения язвенной болезни, как стенозы и рубцово-язвенные деформации желудка и двенадцатиперстной кишки, кровотечения в анамнезе, метаплазии и дисплазии при биопсии из язвы. В основном эти пациенты направлены в областную больницу и клиники Саратова, где им всегда может быть оказана современная высококвалифицированная хирургическая помощь.

Особенно неблагоприятным фактом является значительный рост числа экстренных операций по области в целом по поводу таких осложнений язвенной болезни, как перфорация и кровотечение 2008 год — 539 экстренных операций, 2009 год — 688 (таблица 3).

Таблица 3. Экстренная помощь хирургическим больным Саратовской области (поступило/оперировано)

Заболевания	Острый аппендицит	Язвенная болезнь желудка и 12-п кишки			Острая кишечная непроходимость		Острый холецистит	Ущемленная грыжа	Панкреонекроз
		Пер	Кров.	Стен.	Добр.	Опух.			
Всего МРЦ	1313	140	176/55	16/16	224/104	95/77	955/417	226/201	139/62
Всего ЦРБ	1320	149	433/43	8/1	189/70	61/43	1334/197	164/154	322/36
Обл. б-ца	795	114	225/58	0	173/100	137/105	993/402	171/163	2230/26
Саратов	782	83	315/46	6/6	118/116	127/21	996/367	169/167	1990/223
Всего	4210	486	149/202	30/23	704/390	420/246	4278/1383	730/685	4681/234

В 2009 г. в ЦРБ прооперировано 149 больных с перфорацией язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, почти столько же, сколько в 2008 г. — 147 больных (в 2007 году оперировано существенно меньше — 121 больной с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки). В 2009 г. в МРЦ прооперировано 140 перфоративных язв (2008 год — 136 перфораций желудка). Увеличение числа больных с перфоративными язвами произошло также за счет оперированных в областной больнице, где концентрируется самая тяжелая категория больных, поступивших по санитарной авиации в поздние сроки заболевания.

У больных, оперированных в ЦРБ по поводу перфоративной язвы в 2007 г., наблюдались 5 (4,1%) осложнений и 4 летальных исхода (3,3% летальности), в 2008 г. наблюдалось 3(2%) осложнения и 4 смерти (2,7% летальности). В 2009 г. в ЦРБ уменьшилось только число осложнений: 5 (1,3%) случаев осложнений, наблюдались 4 смерти, что составило 2,7% летальности.

В 2009 г. в ЦРБ госпитализировано больше кровоточащих язв желудка и двенадцатиперстной кишки — 433 пациента, из них 43 пациента прооперировано. В 2008 г.

было 336 больных с кровоточащей язвой, из них 23 — прооперировано. Скорее всего, это связано с неэффективной диспансеризацией лиц с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

В 2009 г. в МРЦ госпитализировано 176 больных с язвенным кровотечением, из них 55 оперировано (2008 год — 336 больных, из них 27 человек прооперировано, в 2007 году — 230 больных, из них — 96 прооперировано). В ЦРБ и МРЦ оперируются только больные с продолжающимся или профузным кровотечением, подтвержденным эндоскопически. Таких пациентов немного, но это одна из самых тяжелых категорий больных в районах и провинциальных городках, потому, что такие отделения не всегда обеспечены квалифицированными опытными хирургами и запасом крови. Длительное время в районных больницах области наблюдались неудовлетворительные результаты лечения таких пациентов, но в 2009 г. появилась четкая положительная тенденция за счет широкого внедрения методик эндоскопического гемостаза у больных с кровоточащей язвой: процент послеоперационных осложнений — в 2008 г. составил 14,8%, а послеоперационная летальность достигала 51,9% (в 2007 г. — 41,4%). В 2009 г. послеоперационные осложнения наблюдались у 0,9%, а летальность составила 23,3%.

Казалось бы, огромное количество холецистэктомий свидетельствует о хорошей санации больных желчнокаменной болезнью. Но это не так. В 2009 г. отмечается еще больший рост числа больных, нуждающихся в операции на желчевыводящих путях. В 2008 г. на учете у хирургов состояло 1752 пациента, в 2009 г. — их число возросло до 2067 больных.

В Саратовской области в 2007 г. прооперировано 229 больных острым калькулезным холециститом, в 2008 г. в ЦРБ госпитализировано 1258 человек, из них прооперировано 228 пациентов. В 2009 г. в ЦРБ госпитализировано 1334 больных, из них прооперировано 197 человек. Следует отметить, что такое большое и постоянно увеличивающееся общее количество операций не соответствует числу операций, выполненных именно в ЦРБ. Это связано с тем, что многие больные хотят оперироваться малоинвазивным способом в МРЦ и Саратове. В 2009 г. число больных с желчнокаменной болезнью, поступивших в МРЦ, составило 955 человек (2008 год — 773 человека), из них 417 пациентов оперировано (2008 год — 341 больной оперирован).

У больных, лечившихся в ЦРБ по поводу калькулезного холецистита в 2009 г., не наблюдались осложнения, связанные с техникой холецистэктомии (травма холедоха). Но по 2 случая имели место прочие осложнения и летальные исходы, что составило 0,1% осложнений и 1% летальности. Рост этих показателей произошел за счет сопутствующей патологии: ожирения, сахарного диабета, ишемической болезни сердца.

В 2009 г. в ЦРБ прооперировано 1320 больных с аппендицитом. В 2008 г. в данных стационарах прооперировано 1201 больной (в 2007 г. оперировали 1491 пациента с острым аппендицитом). В МРЦ оперировано в 2009 г. 1313 человек, в 2008 г. — 1197 больных аппендицитом. 782 аппендэктомии выполнено в Саратове. Всего по области произведено 4210 аппендэктомий. В ЦРБ наблюдалось 1,3% осложнений при отсутствии летальности (2008 год — 1,5% осложнений, 0,8% летальности).

Число больных с опухолевой непроходимостью в ЦРБ существенно не изменилось. В 2007 г. было 86 больных острой кишечной непроходимостью, из них 59 оперировано. В 2008 г. таких больных было 84 человека, из них 33 человека оперировано. В 2009 г. поступил 61 пациент, из них прооперировано — 43 пациента.

При спаечной непроходимости в 2008 г. процент послеоперационных осложнений в районах составил 1,5%, а летальность 7% (в 2007 году — 9,8%). В 2009 г. процент послеоперационных осложнений составил 0, а летальность — 7,1%.

При опухолевой непроходимости послеоперационные осложнения в 2007 г. составили 3,4%, а послеоперационная летальность — 22%. В 2008 г. послеоперационные осложнения составляют 9%, а летальность — 27,3%. В 2009 г. осложнения составляют 32%, летальность — 18,6%. Основной причиной осложнений и летальности является запущенность заболевания, поздние сроки поступления и тяжелый сопутствующий фон.

В 2009 г. в районных хирургических отделениях прооперировано 685 больных с ущемленной грыжей, что больше, чем в 2008 г. (560 человек). В ЦРБ оперировано 163 пациента в 2009 г. и 141 пациент в 2008 г.

Летальность после грыжесечения в 2008 г. выросла с 3,1% до 5%, а число послеоперационных осложнений с 4,7% до 10,6%. В 2009 г. осложнения при ущемленной грыже составили 3%, а послеоперационная летальность 6,5%. Как правило, больные с ущемленной грыжей в ЦРБ — это одна из самых тяжелых категорий больных по сопутствующему фону: атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, ожирение, сахарный диабет, часто в виде сочетанной патологии, что и сказывается на результатах. К тому же, нередко такие больные поступают в поздние сроки заболевания в стадии полиорганной недостаточности или синдрома взаимного отягощения сопутствующей патологией.

Среди экстренных операций в ЦРБ по-прежнему много вмешательств, связанных с травмами. Наиболее тяжелыми являются травмы печени — 37 (2008 — 16 больных), селезенки — 22 (2008 — 20 больных), полых органов — 51 (2008 — 79 больных). Как правило, это последствия бытового травматизма и ДТП.

Всего в стационары Саратовской области в 2009 г. обратилось 508 больных с травмой груди с повреждением внутренних органов, из них оперировано — 267 человек (50% операций — дренирование плевральной полости). Без повреждения внутренних органов поступило 1508 человек, из них оперировано 258 человек.

В 2008 г. в ЦРБ имела высокая летальность при ранениях печени — 31,2%, при ранениях селезенки и кишечника — 10%, при травмах грудной клетки с повреждением внутренних органов — 12% (2007 — 17,6%). Основная причина подобных травм — автоаварии. В 2009 г. летальность при ранениях печени уменьшилась втрое, но остальные показатели летальности при травмах живота существенно не изменились. Существенно не снизилось и количество автокатастроф.

Результаты лечения травм грудной клетки улучшились: летальность при повреждении внутренних органов при травме груди составила 5,7%, а осложнения — 5%.

В ЦРБ по-прежнему получает хирургическую помощь огромное количество больных с гнойно-септическими заболеваниями. В 2008 г. среди них стало меньше больных с флегмонами и абсцессами мягких тканей — 4485 человек (2007 год — 5216 человек). В 2009 г. эта тенденция сохраняется: поступило еще меньше больных с гнойными заболеваниями мягких тканей — 4103 пациента. Причиной данных изменений может быть эффективное лечение таких пациентов на амбулаторном этапе с применением современных антибиотиков или самолечение.

В ЦРБ в 2007 г. пролечено 227 больных с гнойно-септическими заболеваниями костей (в основной массе — это костные панариции и травматические остеомиелиты), в 2008 г. — 189 больных. В 2009 г. их поступило почти столько же — 183 пациента.

В 2008 г. в ЦРБ число больных с гнойно-септическими заболеваниями нижних конечностей (гангрены, флегмоны, трофические язвы нижних конечностей) составило 338 человек, из которых 248 оперированы. В 2009 г. число таких пациентов уменьшилось до 297, из которых 248 прооперированы, что, возможно, связано с повышением активности амбулаторных и специализированных медицинских учреждений и повышением обращаемости в специализированные и частные клиники в областном центре.

По-прежнему в ЦРБ остается значительным число гнойных больных с сопутствующим сахарным диабетом — 287 больных (оперировано — 266 человек), а в 2007 г. таких больных было 253 человека. В 2009 г. таких больных стало немного меньше — 266 человек.

В МРЦ число гнойных больных с поражением мягких тканей уменьшается с 3203 больных в 2007 г. до 2471 в 2008 г. В 2009 г. таких больных стало еще меньше — 1791 человек, что, по-видимому, связано с широким внедрением в жизнь антибиотиков и распространением самолечения.

Меньше в МРЦ и число больных с гнойно-септическими заболеваниями костей. В 2009 г. таких больных было 160, а в 2008 г. — 182 больных.

В МРЦ в 2008 г. число больных с гнойно-септическими заболеваниями и сопутствующим сахарным диабетом составляло 652 (в 2007 — 856) человек. В 2009 г. число таких больных резко уменьшилось до 212, что также, видимо, связано с созданием «школ диабетиков», центров «диабетическая стопа», а также просто со снижением обращаемости к врачу.

В районах достаточно высокой остается летальность 2,% (2007 — 1,6%) и осложнения — 1,5% (3,6% в 2007 г.) у гнойных больных с сопутствующим сахарным диабетом. В 2009 г. осложнения — 0,4%, а летальность — 1,7%.

В последние 10 лет плановые вмешательства в ЦРБ выполнялись в основном по поводу опухолей мягких тканей: фибромы, липомы, гигромы, атеромы и т.д. В 2007 всего прооперировано 1236 человек, в 2008 г. — 1217 больных, в 2009 г. — 1052 пациента. Конечно, подавляющее число данных операций могли бы носить амбулаторный характер. Существенной частью плановой работы хирурга в ЦРБ является герниопластика: с грыжами брюшной стенки в 2007 г. прооперировано 769 человек, что значительно меньше, чем в 2008 г. — 965 больных. В 2009 г. прооперировано 647 паховых и пупочных грыж. В 2007 г. в ЦРБ в плановом порядке прооперировано 339 пациента по поводу послеоперационных грыж, а в 2008 г. — 391 больной с послеоперационными вентральными грыжами, в 2009 г. — 327 больных. Именно эти пациенты — основа плановой хирургии в районах.

В настоящее время холецистэктомии в большей части ЦРБ Саратовской области — это «потолок» хирургической деятельности, требующий соответствующего обеспечения отделения: наркоз, переливание крови, рентгенологическая служба, полноценная хирургическая бригада. Возможно, что именно по этим причинам наблюдается уменьшение числа таких операций: 2008 год — 258 операций, а 2009 год — 323 операции. При этом летальность составила 0,4%.

В МРЦ опухоли мягких тканей удаляются в центрах амбулаторной хирургии при стационаре, где общее количество их составляло в 2007 г. — 202, в 2008 г. — 545, в 2009 г. — 613. В МРЦ произведено в 2008 г. 746 герниопластик по поводу паховых и пупочных грыж, 309 операции по поводу вентральных грыж, в 2009 г. соответственно — 653 и 253 таких операции. Уменьшение числа герниопластик может быть связано с распространением малоинвазивных методик оперирования.

В то же время количество сложных хирургических вмешательств в МРЦ стало увеличиваться. Более серьезные операции — холецистэктомии выполняются в МРЦ в массовом порядке. Особенно много холецистэктомий выполнено в МРЦ Балаково — 343 (2008 г. — 138 операций), МРЦ Балашова — 156 (2008 г. — 48), МРЦ Энгельса — 69 (2008 г. — 121 операция). Всего в межрайцентрах выполнено 835 операций (2008 г. — 641 холецистэктомия). Среди них лапароскопические, малоинвазивные операции составляют 30%. Послеоперационная летальность после плановых холецистэктомий отсутствует.

Таким образом, постепенно происходит «перемещение» хирургической активности из ЦРБ в МРЦ в связи с вмешательствами, требующими наркоза.

Вышеизложенное позволяет сделать некоторые выводы о состоянии хирургической службы в провинции — в Саратовской области в период кризиса.

1. В период экономического кризиса меняется распределение и кадровый состав хирургов в ЦРБ, МРЦ и областном центре. В ряде районов области развивается кадровый «голод»: или всю работу обеспечивает низкоквалифицированный хирург, или вообще только один хирург, или отсутствует анестезиолог и т. д. Высококвалифицированные хирурги концентрируются в «центральных», крупных хирургических отделениях.

2. Хирургические отделения ЦРБ окончательно превратились в экстренные. В межрайцентрах — такая же ситуация. В местах некомплектованных хирургами даже экстренная заболеваемость уменьшается и «перемещается» в более «обеспеченные» стационары.

3. Плановая хирургия в ЦРБ угасает, становится все ближе к амбулаторной. Причиной недостаточной плановой санации населения в районах являются плохое взаимодействие с терапевтами при диспансеризации, поздняя обращаемость больных за хирургической помощью, отсутствие потоков плановых хирургических больных, достаточных для проведения операций на современном уровне. Это делает сельскую плановую хирургию «неокупаемой».

4. Смещение хирургической заболеваемости в «экстренную» сторону приводит к повышению общей летальности, послеоперационной летальности, числа осложнений, увеличению продолжительности лечения, т. е., к удорожанию лечения и его затратности.

5. В период кризиса произошло «перераспределение» заболеваемости. Количество традиционных хирургических заболеваний уменьшилось в районах и увеличилось в хирургических межрайцентрах, городских и областных хирургических стационарах.

Литература

1. Власов В. В. Медицина в условиях дефицита ресурсов. М.: Триумф, 1999. С. 5.
2. Андреев А. Л. Экономические аспекты хирургии желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой в современных условиях платной медицинской помощи и медицинского страхования // Матер. Всерос. науч.-практ. конф. «Проблемы хирургии в современной России». СПб., 2007. С. 15–18.
3. Бондарев Г. А. Тенденции в ургентной хирургии в Курской области за 30 лет // Матер. Всерос. науч.-практ. конф. «Проблемы хирургии в современной России». СПб., 2007. С. 23–25.

Статья поступила в редакцию 15 июня 2010 г.