

ПРОБЛЕМЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ В НЕПРОФИЛЬНЫХ УЗКОСПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

¹Хохлова И.М., ^{1,2}Кожевников В.Б., ^{1,3}Курьянов П.С., ^{2,5}Мовчан К.Н., ^{2,4,5}Артюшин Б.С.,
²Татаркин В.В., ^{2,5}Жарков А.В., ⁴Железный Е.В.

¹СПб ГБУЗ «Городская больница № 14», Санкт-Петербург;

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова», Санкт-Петербург;

³СПб ГБУЗ «Городская больница святого великомученика Георгия», Санкт-Петербург;

⁴ФГБОУ ВО «Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого», Великий Новгород;

⁵СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр», Санкт-Петербург, e-mail: artyushin_boris@mail.ru

Проанализированы данные о результатах обследования и лечения 29,5 тыс. пациентов медицинской организации Санкт-Петербурга с узкоспециализированным профилем хирургической деятельности. Отдельно продемонстрирован случай оказания медицинской помощи пациенту с хронической хирургической инфекцией мягких тканей на фоне выраженного полиморбидного общего объективного статуса. Обсуждены проблемы верификации и устранения сопутствующих острых хирургических состояний у данной категории больных. На основании медико-статистических данных о 580 пациентах с хронической хирургической инфекцией мягких тканей с декомпенсацией сопутствующих заболеваний (102 наблюдения – состояния с клинической картиной острого живота) продемонстрирована сложность предоставления медицинской помощи надлежащего качества в условиях сугубо узкопрофильной медицинской организации данной категории пациентов. Обоснована необходимость расширения взаимодействия специалистов узко- и многопрофильных стационаров в ракурсе организации службы ургентной хирургии. При формировании специализированных подразделений вне многопрофильных стационаров организационно должны быть предусмотрены возможности широкой доступности в плане привлечения (при необходимости) специалистов всех направлений хирургической деятельности к работе в узкопрофильных лечебно-профилактических учреждениях. Показана значимость маршрутизации пациентов в случаях их вынужденной экстренной эвакуации из узко- в многопрофильные медицинские организации.

Ключевые слова: узкопрофильный стационар, инфекция мягких тканей, острый живот, качество медицинской помощи.

PROBLEMS OF PROVIDING URGENT SURGICAL CARE AND POSSIBLE WAYS TO RESOLVE IT IN NOT-PROFILE HIGHLY SPECIALIZED MEDICAL ORGANIZATIONS

¹Khokhlova I.M., ^{1,2}Kozhevnikov V.B., ^{1,3}Kurjanov P.S., ^{2,5}Movchan K.N., ^{2,4,5}Artyushin B.S.,
²Tatarkin V.V., ^{2,5}Zharkov A.V., ⁴Zhelezniy E.V.

¹Saint Petersburg City hospital No. 14, Saint Petersburg;

²North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg;

³Saint Petersburg City hospital of St. George, Saint Petersburg;

⁴Yaroslav-the-Wise Novgorod State University, Velikiy Novgorod;

⁵Saint Petersburg Medical informational and analytical center, Saint Petersburg, e-mail: artyushin_boris@mail.ru

Data on the results of examination and treatment of 29.5 thousand patients of the medical organization of St. Petersburg with a highly specialized of surgical activity are analyzed. A case of providing medical care to a patient with a chronic surgical infection of soft tissues with extended comorbidity are demonstrated. The problems of verification and resolve of urgent surgical conditions in this category of patients are discussed. Based on medical and statistical data on 580 patients with chronic surgical soft tissue infection with decompensation of concomitant diseases (102 cases – conditions with an acute abdomen), the complexity of providing medical care of appropriate quality to this category of patients in a highly specialized medical organization was demonstrated. The necessity of expanding the interaction of specialists of highly specialized and multi-profile hospitals in the perspective of the organization of urgent surgery service is proved. When forming specialized units outside of multi-profile hospitals, organizational opportunities should be provided for wide

availability of attracting (if necessary) specialists from all areas of surgical specialties to work in highly-specialized medical organizations, and the importance of routing patients in cases of forced emergency evacuation from highly-specialized to multi-profile hospitals is also shown.

Keywords: highly specialized medical organization, surgical soft tissue infection, acute abdomen, quality of medical care.

Высокая частота заболевания жителей РФ острой хирургической патологией органов брюшной полости (ОХЗ ОБП) очевидна. В России на 100 тыс. взрослого населения ежегодно верифицируется более 800 чел., заболевших острой патологией ОБП [1; 2]. Как правило, все нозологии, относящиеся к острой абдоминальной патологии, сопровождаются специфическими симптомами, выявление которых позволяет врачам первичного звена оказания медицинской помощи (МП) в большинстве случаев целенаправленно госпитализировать таких пациентов в многопрофильные стационары, в которых им осуществляется специализированное лечение. Однако у некоторых категорий пациентов клиническая картина «катастрофы» в брюшной полости (БП) оказывается атипичной [3; 4]. Это, в частности, отмечается при обследовании больных, длительно наблюдаемых по поводу очагов хронической хирургической инфекции мягких тканей – ХХИМТ [5]. Сложность верификации ОХЗ ОБП у пациентов с хроническими формами гнойно-воспалительных процессов обусловлена: превалированием симптоматики основной гнойной патологии, интоксикацией, явлениями энцефалопатии, снижением иммунитета и др. Особую группу среди таких наблюдений составляют пациенты с критической ишемией нижних конечностей [6]. При обследовании больных ХХИМТ отмечается тенденция к выявлению стертых форм синдрома острого живота, отсутствию выраженности болей в животе на фоне манифестного инфекционного процесса в мягких тканях нижних конечностей [7]. В подобных случаях диагностика ОХЗ ОБП оказывается затрудненной не только на амбулаторном этапе предоставления МП, но и при госпитализации больных в медицинские организации (МО), не специализированные в плане обследования и лечения пациентов с острым животом [3; 8; 9]. В узкопрофильных стационарах (УзПС) порой не оказывается должных условий для оказания адекватной МП. Данное обстоятельство обуславливает необходимость перевода пациентов в многопрофильный стационар (МнПС) в экстренном порядке, что нередко сопряжено со значительным риском для жизни больных [8-10].

Цель исследования: оценить результаты оказания неотложной МП в стационаре для лечения больных инфекционно-некротическими изменениями в мягких тканях при верификации у пациентов острых хирургических состояний органов брюшной полости.

Материалы и методы исследования. Изучены результаты обследования и лечения в 2018-2019 гг. 29 524 пациентов в одном из УзПС Санкт-Петербурга (СПб) – ГБУЗ «Городская больница № 14» (СПб ГБ14), в котором МП целенаправленно оказывается больным ХХИМТ.

Отдельно рассмотрены проблемы оценки качества предоставления МП на основе анализа данных о 102 пациентах, у которых при обследовании и лечении во время госпитализации по поводу гнойно-воспалительных и сосудистых заболеваний в качестве сопутствующей выявлена клиническая картина патологии из группы «острый живот». На примере случая обследования пациента с трофическими изменениями кожи на спине и осложненным течением язвенной болезни желудка продемонстрированы сложности оказания МП в МО с разным уровнем специализации в осуществлении хирургического лечения.

Результаты исследования и их обсуждение

Параметры летальности в группе больных ХХИМТ сохраняются высокими [5]. Прежде всего, это обуславливается рядом особенностей: преобладанием среди пациентов с данной патологией людей пожилого и старческого возраста; очевиден и эпидемический рост заболеваемости населения сахарным диабетом и его осложнениями; кроме этого, больные хирургической инфекцией нередко вынуждены длительно пребывать в режиме госпитализации с осуществлением им, кроме разных лечебных процедур консервативной направленности, многократных операций (серии этапной некрэктомии, очередные повторные хирургические обработки зон инфекционных осложнений области оперативного вмешательства). Последнее нередко оказывается следствием перенесения пациентами в прошлом непростых хирургических манипуляций, а также обуславливается высокой частотой сопутствующих заболеваний инфекционной природы (в том числе ВИЧ, гепатит и ряд др.).

Особенности клинического течения ХХИМТ порождают определенные проблемы оказания МП таким пациентам. В частности, в 2018 г. в СПб ГБ14 в связи с выявлением декомпенсированных форм сопутствующих заболеваний у 580 пациентов, направленных на госпитализацию в СПб ГБ14 по поводу нозологических форм, профильных для этого стационара, в 340 случаях уже на этапе приемного отделения возникла необходимость перевода (дальнейшей маршрутизации) больных в МнПС. Численность контингента больных сопутствующей патологии по профилю «абдоминальная хирургия» достигала 126 (табл. 1).

Таблица 1

Распределение пациентов, направленных из приемного отделения СПб ГБ14 в другие стационары в 2018 г. в связи с верификацией непрофильных сопутствующих нозологий

Нозологии и профили заболеваний	Число наблюдений (% в структуре переводов/ % от поступивших в приемное отделение)
гнойно-воспалительные заболевания аноректальной области*	108 (31,5 / 0,57)
пневмонии	50 (14,5 / 0,26)
декомпенсация терапевтической патологии	55 (17 / 0,29)
острое нарушение мозгового кровообращения	2 (0,5 / 0,01)
травмы	17 (5 / 0,09)
тромбозы, флебиты	4 (1,5 / 0,02)

патология челюстно-лицевой области	25 (7 / 0,13)
отморожение, ожог	6 (2 / 0,03)
острый живот*	18 (5 / 0,09)
специфические инфекционные болезни	14 (4 / 0,07)
сочетания с беременностью	17 (5 / 0,09)
другие	24 (7 / 0,13)
Всего	340 (100 / 1,78)

*профиль «абдоминальная хирургия»

В 2018 г. в 240 случаях пациенты СПб ГБ14 не смогли продолжать обследование и лечение в данном УзПС из-за реального отсутствия возможностей обеспечения мероприятий МП надлежащего качества в связи с коморбидностью. В связи с чем специалисты данной МО вынужденно осуществляли перевод таких больных в другие лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) города (табл. 2).

Таблица 2

Распределение случаев сопутствующих заболеваний, декомпенсация которых обусловила необходимость перевода пациентов СПб ГБ14 в другие МО города в 2018 г.

Патологические состояния, верификация которых обуславливала необходимость перевода пациентов	Число наблюдений (% в структуре переводов/ % от всего контингента пролеченных в стационаре)
острый коронарный синдром	35 (15,0 / 0,3)
декомпенсация хронической сердечной недостаточности	13 (5,0 / 0,1)
острое нарушение мозгового кровообращения	28 (12,0 / 0,2)
острый живот*	41 (17,0 / 0,35)
желудочно-кишечное кровотечение*	43 (18,0 / 0,35)
пневмонии	12 (5,0 / 0,1)
болезни урологического профиля	4 (2,0 / 0,03)
повреждения	11 (4,5 / 0,1)
хроническая почечная недостаточность	6 (2,5 / 0,05)
хирургические заболевания груди	8 (3,0 / 0,07)
гематологические заболевания	2 (2,0 / 0,02)
специфические инфекционные болезни	27 (11,0 / 0,2)
другие	10 (4,0 / 0,09)
Всего	240 (100 / 1,96)

*профиль «абдоминальная хирургия»

В 82 случаях перевода больных из СПб ГБ14 в МнПС контингент составили пациенты с декомпенсаторными формами болезней сердечно-сосудистой системы, а в 102 наблюдениях констатировано развитие заболеваний, составляющих контингент пациентов группы «острый живот». Целенаправленный анализ данных о больных ОХЗ ОБП позволил констатировать, что сложность обследования и лечения пациентов с ХХИМТ при верификации у них осложнений со стороны ОХЗ ОБП обусловлена: превалированием тяжести и симптомов основных заболеваний гнойно-воспалительной этиологии, интоксикацией, энцефалопатией, снижением иммунитета и ареактивностью. Эти неблагоприятные моменты способствуют формированию стертых проявлений патологических состояний группы острого живота с отсутствием (малой выраженностью) болевого синдрома на фоне инфекционного процесса в

мягких тканях.

Особенности течения заболевания у больных ХХИМТ существенным образом сказываются на качестве их обследования, в частности – в плане верификации осложнений сопутствующих заболеваний, в том числе и со стороны патологии желудочно-кишечного тракта. В качестве демонстрации неоднозначности содержания лечебно-диагностического процесса по верификации основного патологического состояния у данной категории пациентов при динамическом наблюдении за ними представлено следующее клиническое наблюдение.

Клинический случай

У жителя Санкт-Петербурга С., 72 года, в течение 16 лет (с 2003 г.) на коже спины в проекции левой лопатки отмечался безболезненный изъязвлённый инфильтрат. Выявлялась также деформация паховых областей (больше слева) и мошонки, опрелость кожи в этих зонах. Необходимость обращения за МП больным игнорировалась.

С января 2019 г. из-за выраженной общей слабости, сочетаемой с отёчностью нижних конечностей (НК), соблюдал преимущественно постельный режим. Ввиду нарастания явлений астении специалистами скорой медицинской помощи 01.02.2019 г. госпитализирован в СПб ГБ14.

При обследовании в отделении экстренной медицинской помощи (ОЭМП): сознание – ясное, общее состояние – тяжёлое. Себя не обслуживал, постоянно лежал. $T_{\text{тела}} - 36,6 \text{ }^{\circ}\text{C}$. Отмечен цианоз губ. Кожные покровы – бледные. На НК – отёки, акроцианоз. На коже спины в левой лопаточной области – плоский язвенный дефект 20x15 см со скудным серозно-геморрагическим отделяемым, перифокальными отёком, гиперемией кожи по периметру язвы. При пальпации по периметру изъязвившегося инфильтрата – флюктуации и пастозности нет. Частота сердечных сокращений (ЧСС) – 120 ударов в мин., пульс аритмичный, артериальное давление (АД) – 70/40 мм рт. ст. Границы сердечной тупости расширены влево на 2 см, частота дыхания (ЧД) – 28. При аускультации лёгких – жёсткое дыхание с мелкопузырчатыми хрипами. Живот при исследовании мягкий, безболезненный, печень увеличена (на 5 см выступает из-под края реберной дуги). Выраженные явления опрелости в паховых областях, которые (так же, как и мошонка) деформированы (больше слева) из-за выпячиваний, изменяющихся в размерах при перемене положения тела больного.

Общий анализ крови: эритроциты (Эр.) - $5,88 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин (Hb) – 141 г/л, лейкоциты (Лк) – $19,9 \times 10^9/\text{л}$, лимфоциты (Лф) – 1, палочкоядерные (п/я) – 1, сегментоядерные (с/я) – 1. Показатели свёртываемости крови: международное нормализованное соотношение (МНО) – 1,81; активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) – 35,7. Биохимический анализ крови: о. белок – 54 г/л, мочевины – 23,83

ммоль/л, С-реактивный белок – 178,4; креатинин – 189,0 мкмоль/л, билирубин (общий) – 87,0; аспаратаминотрансфераза – 124,0; аланиламинотрансфераза – 162,0; глюкоза – 4,7 ммоль/л, прокальцитониновый тест (ПКТ-тест) – 10. ЭКГ – фибрилляция предсердий с ЧСС 200 в 1 мин.; рентгенографии груди – интерстициальный застой справа, жидкость в левой плевральной полости до 7 ребра, инфильтрация слева в нижней доле, очаговая тень (опухоль? лимфоузлы?) в верхней доле левого лёгкого.

Госпитализирован в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Диагноз: инфицированная язва (опухоль?) левой лопаточной области; ишемическая болезнь сердца (ИБС); атеросклеротический кардиосклероз; фибрилляция предсердий (ФП), пароксизмальная форма; сердечная недостаточность (СН) IV функциональный класс (ФК); гидроторакс; шок неуточнённого генеза, внебольничная пневмония в нижней доле левого лёгкого?; гигантская пахово-мошоночная грыжа; септическое состояние, сопровождаемое инфекционно-токсическим шоком.

Изучены также показатели содержания в крови: прокальцитонина (ПКТ), лактатдегидрогеназы, лактата. Осуществлен посев крови и мочи на флору и чувствительность к антибиотикам. Исследовано кислотно-основное состояние крови. Определены группа крови и резус-фактор.

Через 48 часов от момента начала антибактериальной терапии выполнены биохимический и клинический анализ крови, оценена коагулограмма, в режиме контроля исследовано содержание ПКТ в крови. Данные общего анализ крови: Эр. – $6,02 \times 10^{12}$, Лк – $17,9 \times 10^9$, Нб – 145 г/л; формула крови: лимфоциты – 2, базофилы – 1, эозинофилы – 1, п/я – 2, с/я – 89. Показатели биохимического анализа крови: общий белок – 45,8 г/л; мочевины – 16,85 ммоль/л; креатинин – 131 мкмоль/л; билирубин (общий) – 64 мкмоль/л; Na^+ – 144,0 ммоль/л; K^+ – 4,45 ммоль/л; глюкоза – 5,6 ммоль/л. Параметры состояния системы свёртывания крови: МНО – 1,53; АЧТВ – 37,9, ПКТ-тест – 2,08. Суммарная оценка по шкале степени полиорганной недостаточности при септическом синдроме (SOFA) составила 11 баллов.

Осуществлена катетеризация центральной вены. Начата реализация программы антибактериальной и инфузионной терапии, вазопрессорной поддержки. Внутривенно введены: сульфасин 1,5 гр в/в, ципрофлоксацин 200 мг в/в, метрогидазол 500 мг в/в, норадреналин 16 мг, эниксум 0,2 мл; омепразол 40 мг в/в; верошпирон 25 мг, метопролол 25 мг, дигоксин 1 таб. внутрь через зонд. Проводилась гастропротекторная терапия, симптоматическое лечение, перевязки с обработкой и санацией очагов инфекции на коже.

С 01.02.2019 г. по 04.02.2019 г. состояние оставалось тяжёлым (сознание - оглушение; кожные покровы бледные; самостоятельное дыхание оказывалось возможным на фоне

инсуффляции кислорода – 2 л/мин., сатурация 98%). В лёгких - жёсткое (с симметричным ослаблением с обеих сторон) дыхание, хрипы не выявлялись, ЧД – 21 в мин. По показателям кардиомонитора – фибрилляция предсердий, ЧСС – 130 в 1 мин., АД – 120/70 мм рт. ст., параметры гемодинамики удерживались на стабильном уровне только на фоне инотропной поддержки. Язык – влажный, без налета. Живот – мягкий безболезненный. Темп диуреза – достаточный. Целенаправленно осуществлялась инфузионная, антибактериальная, гастропротекторная, муколитическая, кардиотропная терапия, инотропная поддержка гемодинамического статуса.

По данным лабораторных исследований отмечалось: увеличение тромбоцитов с $50 \times 10^9/\text{л}$ от 03.02.2019 г. до $66 \times 10^9/\text{л}$ от 04.02.2019 г.; снижение уровня креатинина крови с 131 мкмоль/л от 03.02.2019 до 104,67 мкмоль/л от 04.02.2019 г. Особое значение придавалось профилактике пролежней.

05.02.2019 г. в 17:40 клинически и при УЗИ НК выявлен тромбоз глубоких вен подколенно-бедренного сегмента слева и подколенного сегмента справа без флотации. В 18:00 по причине нарастания дыхательной недостаточности (ЧД – 35, сатурация кислорода (SAO₂) – 83%) выполнена интубация трахеи. Переведен на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). В 18:30 при экстренном УЗИ брюшной полости выявлена жидкость, а при обзорной рентгенографии живота (в латеропозиции) – газ.

В 19:00 05.02.2019 г. констатированы признаки перитонита вследствие перфорации полого органа.

Консилиумом врачей принято решение о переводе больного в МнПС.

Транспортировка больного в МнПС осуществлялась специалистами реанимационно-хирургической бригады (РХБ) одной из подстанций Городской станции скорой медицинской помощи. В 20:40 05.02.2019 г. во время транспортировки врач РХБ констатировал состояние клинической смерти пациента, начаты реанимационные мероприятия.

В 21:03 05.02.2019 г. доставлен в один из МнПС города в состоянии клинической смерти при поддержании витальных функций посредством ИВЛ и продолженного закрытого массажа сердца. Помещён в ОРИТ. Проведённые реанимационные мероприятия оказались неэффективными.

В 21:33 05.02.2019 г. констатировано состояние биологической смерти пациента.

На основании данных аутопсии тела пациента в заключении патологоанатомической службы отражены: гипертрофия миокарда левого желудочка (1.8 см); артериолосклеротический нефросклероз; хронические «зеркальные» язвы луковицы двенадцатиперстной кишки с пенетрацией в головку поджелудочной железы и частично прикрытой перфорацией; желчно-каменная болезнь; хронический калькулезный холецистит;

хронический панкреатит; хронический простатит; хронический цистопиелонефрит, обострение; хроническая почечная недостаточность; левосторонняя вправимая пахово-мошоночная грыжа; гнойно-некротическая язва правой лопаточной области; кровоизлияния в кожу передней грудной стенки, кровоизлияния в жировую клетчатку средостения; перелом 3 и 5 ребер слева и 5 ребра справа (следствие закрытого массажа сердца); атеросклероз аорты 5 стадия 4 степени, почечных артерий 2-2, артерий головного мозга 2-2; хронический бронхит; диффузный перибронхиальный пневмофиброз; хронический пиелонефрит; доброкачественная гиперплазия предстательной железы, узловая форма.

В целом у больного пожилого возраста выявлены признаки: генерализованного атеросклероза и гипертонической болезни 3 стадии, гнойно-некротического дефекта мягких тканей левой лопаточной области, обострения язвенной болезни на фоне хронического венозного застоя и хронического склерозирующего флебита с развитием флеботромбоза глубоких вен НК, что обусловило развитие рецидивирующей тромбоэмболии легочных артерий среднего калибра, а также присоединение (в терминальном периоде) на фоне гнойной интоксикации отека и дислокации головного мозга. Непосредственной причиной смерти пациента оказался отек головного мозга с дислокацией и вклиниванием ствола и полушарий мозжечка в большое затылочное отверстие через 30 минут после госпитализации в МнПС.

При целенаправленном анализе сведений по оказанию МП пациенту С. обращают на себя внимание определенные дефекты. Они обусловлены не только недостатками лечебно-диагностического процесса, но и погрешностями его организации. Основным дефектом менеджмента, вероятно, можно считать отсутствие в СПб ГБ14 специализированных подразделений для оказания МП больным по ряду хирургических профилей («абдоминальная хирургия», «торакальная хирургия» и т.д.).

Возможность развития сопутствующих ОХЗ ОБП у больных с разными видами основной патологии существует всегда. Клиническая оценка состояния пациентов с подозрением на ОХЗ ОБП и тактические решения принимаются лечащими врачами *ex consilium* с участием руководства УзПС, а при необходимости – специалистов других медицинских профилей (анестезиолога, рентгенолога, эндокринолога, трансфузиолога и др.). По показаниям диагностические сведения дополняются данными лабораторных и инструментальных исследований (УЗИ ОБП, КТ, ФГДС).

В случаях затруднений в исключении декомпенсации (осложнения) сопутствующей патологии, при стабильном состоянии пациента осуществляется вызов консультанта (согласно Распоряжению Комитета по здравоохранению от 25 июня 2012 г № 288 «Об утверждении порядка организации экстренных консультаций в стационарных учреждениях

здравоохранения Санкт-Петербурга»).

При подозрении на ОХЗ ОБП главной задачей специалистов УзПС оказывается обеспечение императивной транспортировки пациента в МнПС, в котором могут быть реализованы необходимые диагностические и лечебные процедуры.

Распределение случаев перевода в 2018 г. пациентов с ОХЗ ОБП из СПб ГБ14 и наоборот (переводов пациентов с гнойной патологией в СПб ГБ14 из других МО) отражено в табл. 3.

Таблица 3

Сведения о маршрутизации пациентов СПб ГБ14 в 2018 г. в другие стационары города в ракурсе оптимизации оказания МП

Многопрофильные стационары	Число больных, переведенных	
	из ГБ 14	в ГБ 14
Городские больницы		
№ 9	108	7
№ 15	47	37
№ 16	49	48
№ 26*	243	51
№ 37	0	181
№ 38	0	27
№ 40	0	36
НИИ Скорой помощи им. И.И. Джанелидзе	46	123
другие	88	331
Всего	581	841

*территориально МнПС Городская больница №26 расположена рядом с СПб ГБ14.

Заинтересованное взаимодействие сотрудников УзПС и МнПС объективно необходимо, т.к. только в 2018 г. в СПб ГБ14 из других (в т.ч. МнПС) стационаров переведен контингент больных ХХИМТ численностью 841 чел.

Устранение проблем предоставления экстренной хирургической помощи пациентам с полиморбидным статусом в УзПС, вероятно, может происходить по двум направлениям деятельности. Во-первых, возможна организация выборочного оказания МП больным сопутствующими (непрофильными для ЛПУ) патологическими состояниями силами сотрудников УзПС (без учета лицензионного профиля учреждения). При этом высока вероятность отказа в госпитализации пациентам, направляемым из других МО в связи с профильными (на примере СПб ГБ14 – гнойно-воспалительными) заболеваниями. Однако в таком случае учреждение должно быть лицензировано по определенным дополнительным видам хирургической деятельности (абдоминальная хирургия, торакальная хирургия и др.) с организацией подразделений (койко-мест) для обеспечения работы в ракурсе профиля «неотложная хирургия» в круглосуточном режиме, а также непрерывного функционирования служб дополнительной (лабораторной, инструментальной,

эндоскопической) диагностики. Естественно, что при таком варианте организации МП в УзМС должно быть разделение потоков пациентов в соответствии с требованиями СанПиН. Кроме того, организация лечебно-диагностического процесса в УзПС с оказанием МП по профилям сопутствующей патологии должна предусматривать адекватное оснащение УзПС должной аппаратурой с оборудованием отдельными помещениями для операционной, реанимации и др., что в условиях постоянного дефицита материально-технического обеспечения ЛПУ крайне проблематично. Во-вторых, несомненным условием для достижения надлежащего качества МП при развитой структуре МО должно быть поддержание должного уровня оптимизации управления процессами взаимодействия специалистов и перевода больных из УзПС в МнПС (и наоборот) крупных административных центров с рационализацией маршрутных потоков пациентов.

Заключение. В несомненно востребованной работе специалистов узкоспециализированных учреждений здравоохранения (особенно МО, ориентированных сугубо на лечение такой сложной категории больных, как пациенты с ХХИМТ) отмечается множество организационных сложностей. Тем не менее в случае осуществления надлежащего менеджмента реализации мероприятий в специализированных направлениях медицинской деятельности в УзПС (в частности, при оказании МП больным с хирургической инфекцией мягких тканей и ОХЗ ОБП) на фоне должного кадрового и достаточного финансового обеспечения необходимо учитывать ряд условий: создание структурных подразделений по профилям неотложной хирургии; круглосуточное функционирование эндоскопической службы; управление потоками пациентов с учетом «чистых» и «гнойных» форм нозологий (по принципам и в соответствии с СанПиН); выделение соответствующих площадей для специальных операционных и палат реанимации. В настоящее время выполнение этих условий в полной мере остается проблематичным. Однако очевидно, что регламентация возможностей для оперативной доставки пациентов в многопрофильный стационар (ближайший от узкопрофильной медицинской организации) позволяет реально (своевременно и качественно) предоставлять больным МП специализированного формата.

Список литературы

1. Яблонский П.К., Мовчан К.Н., Соколов Е.Г., Яковенко Т.В., Тарасов А.Д., Боголюбов М.В., Мамичева О.Ю. Основные статистические параметры оказания медицинской помощи больным острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости в Санкт-Петербурге // Вестник Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. 2013. № 71. Т. 1. С. 64-70.

2. Демко А.Е., Барсукова И.М., Барбашова Е.И. Информационные материалы по неотложной хирургической помощи при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости в Санкт-Петербурге за 2017 год / Под ред. проф. В.Е. Парфенова. СПб.: фирма «Стикс», 2018. 24 с.
3. Мовчан К.Н., Ерошкин В.В., Тарасов А.Д., Гриненко О.А., Яковенко Т.В., Русакевич К.И. Результаты эффективности обследования и лечения пациентов с патологией хирургического профиля по данным экспертизы качества медицинской помощи // Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2016. Т. 56. №4. С.164-169.
4. Гарелик П.В., Дубровщик О.И., Довнар И.С., Цилиндзь И.Т. Перфоративные гастродуоденальные язвы: взгляд на проблему выбора метода оперативного лечения // Новости Хирургии. 2014. Т. 22. № 3. С. 321-325.
5. Оптимизация диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний (инновационные технологии): практическое руководство / Под ред. Ревিশвили А.Ш., Земскова А.М., Земскова В.М. СПб.: СпецЛит, 2020. 319 с.
6. Национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей (Российский согласительный документ). М., 2013. 70 с.
7. Авдошин И.В., Чернышев О.Б., Бубнова Н.А., Петров А.В., Шатиль М.А., Осадчий А.А., Сулима В.В. Оценка возможных прогностических факторов летальности при некротизирующей инфекции // Здоровье - основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2017. Т. 12. № 2. С. 598-599.
8. Чавпецов В.Ф., Михайлов С.М., Карачевцева М.А. Автоматизированная технология экспертизы качества медицинской помощи: структура, результаты и перспективы применения: информационные материалы. СПб., 2007. 65 с.
9. Кочетков А.В. Качество оказания хирургической помощи населению Санкт-Петербурга в 2015 году // Ежегодная конференция хирургов Северо-Запада «Актуальные вопросы хирургии». СПб., 2015. С. 13-14.
10. Яблонский П.К., Кабушка Я. С., Орлов Г. М., Скрыбин О.Н., Хижа В.В., Вельшикаев Р.К. Возможности использования элементов управленческого учета при оценке эффективности деятельности хирургической службы крупного города (на примере Санкт-Петербурга) // Вестник СПбГУ. Серия 11. Медицина. 2016. Вып. 4. С. 62–75.