

УДК [364.692+614](100)(035.3)

## НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАСШИРЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

*Р.Я.О. Ширванский*

Анализ расширения объема хирургической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях показал, что операции, выполненные в поликлинике с использованием современной аппаратуры и методов, не отличаются от результатов аналогичных операций в стационаре. Отмечен активный послеоперационный период в амбулаторных условиях, способствующий более быстрой реабилитации больных.

*Ключевые слова:* медицинские услуги; диспансеризация; первичная медико-санитарная помощь.

---

## NEW OPORTUNITIES OF EXPANSION PRIMARY HEALTH CARE FOR PEOPLE

*R. Y. Shirvanskiy*

It is showed the analysis of expansion of the surgical service in an outpatient care that operations made in the polyclinic with the use of modern equipment aren't different in comparison with the analogical operation results made in the hospital, It is noted the active postoperative period in outpatient conditions promoting more quickly rehabilitation of patients.

*Key words:* medical services; preventive medical examination; primary health care.

Ряд авторов [1–3], анализируя современное состояние системы здравоохранения Республики Казахстан, отмечает, что она требует дальнейшей адаптации к новым социально-экономическим условиям, модернизации и приведению в соответствие с мировыми стандартами ее амбулаторно-поликлинического и стационарного звеньев, ликвидируя существующую диспропорцию между ними в уровнях финансирования и объема оказания медицинских услуг (МУ), придавая приоритетную роль первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Данное обстоятельство диктует необходимость проведения комплексного сравнительного анализа результатов реорганизации и реструктуризации основных названных видов служб здравоохранения за пройденный этап реформирования их в РК [4–7].

В условиях развития многоукладной медицины, формирования конкурентной среды в сфере оказания медицинских услуг, организация передвижных клиничко-диагностических хирургических комплексов, оснащенных современным медицинским оборудованием качественно улучшит состояние хирургической помощи, приведет к экономии финансовых и материальных ресурсов здравоохра-

нения, снизит себестоимость хирургических услуг и приблизит специализированную медицинскую помощь к населению.

Комбинированное использование диагностического и операционного медицинского оборудования на передвижных комплексах, основанного на современных медицинских технологиях, увеличивает его эффективность и окупаемость, сокращает сроки догоспитального обследования и послеоперационной реабилитации больных, сокращает продолжительность временной нетрудоспособности после хирургических вмешательств.

Новые методы эндоскопической хирургии, получившие достаточно широкое распространение в последние 5–6 лет, по оценкам различных авторов, позволяют в 3–4 раза сократить сроки лечения больных в стационарах и в 5–6 раз – сроки нетрудоспособности хирургических больных. Это позволит рекомендовать их использование в передвижных хирургических комплексах [8, 9].

Публикации об укороченном лечении больных в хирургических стационарах для более рационального использования коечного фонда стационаров и оптимизации затрат, связанных с оказанием хирургической помощи, появились в 1980-х гг. Ряд

авторов [10, 11] в своих публикациях выделяли отдельные виды хирургических заболеваний, не требующих длительного наблюдения в стационарных условиях: неосложненные формы острого аппендицита, острого и хронического холецистита, язвенной болезни, варикозное расширение вен нижних конечностей, сосудистые заболевания периферических артерий, заболевания щитовидной железы, грыжи передней брюшной стенки.

Использование возможностей современных медицинских технологий в применении атипичных эндоскопических методов лечения холедохолитиаза позволило в ряде случаев избежать тяжелых реконструктивных вмешательств у больных с механической желтухой, холангитом и другими опасными для жизни осложнениями желчнокаменной болезни (ЖКБ). Предложенная диапневтическая комбинированная методика, включающая эндоскопическую ретроградную холангиографию (ЭРХПГ), чрескожную чреспочечную гепатикохоледохостомию под контролем эхотомографии и прямую контактную лазерную литотрипсию под визуальным контролем с помощью многофункционального импульсного высокоэнергетического АiG-Nd-лазера, по мнению авторов, может рассматриваться как альтернатива полостному вмешательству у сложной категории больных с осложнениями ЖКБ [12–14].

Следует отметить, что тенденция ранней выписки больных из хирургических стационаров вызвала в свое время широкий резонанс среди хирургической общественности, но из-за строгой регламентации организации хирургической помощи больным с острой хирургической патологией многочисленными приказами и другими нормативными документами Министерства здравоохранения СССР, жесткой административной ответственности клиник за результаты лечения хирургических больных, не получила широкого распространения вплоть до появления в здравоохранении элементов рыночной экономики в середине 90-х гг. XX века. Кроме того, в период общедоступной бюджетной советской медицины у руководителей ЛПУ и самих врачей не было заинтересованности в интенсификации лечебного процесса, укорочении сроков стационарного лечения больных.

П.П. Петров, А.В. Новиков, А.И. Исабеков [15], оценивая предпосылки и пути реформирования хирургической помощи в условиях сельского района, рассматривают ее как службу, которая в перспективе должна взять на себя часть функций первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Предлагаемая авторами система хирургических полустационаров на селе, по мнению авторов, способна решить следующие задачи:

- обеспечить более эффективную преемственность амбулаторного и стационарного лечения хирургических больных, исключая дублирование функций;
- внедрить технологию непрерывного медицинского обслуживания хирургических больных со смещением объектов медицинской помощи в отделениях амбулаторного обслуживания;
- сократить сроки и оптимизировать догоспитальное клинико-лабораторное и инструментальное обследование больных;
- достичь готовности общехирургических стационаров к оказанию экстренной хирургической помощи за счет ранней выписки оперированных больных;
- поддерживать раннюю выписку оперированных больных непрерывным интенсивным наблюдением с проведением необходимых лечебно-восстановительных процедур в первые дни в условиях полустационара;
- повысить качество лечения, снизить частоту послеоперационных осложнений, улучшить исходы лечения и сократить сроки временной нетрудоспособности хирургических больных.

Рекомендуется шире применять в практике здравоохранения метод «рыночной» диспансеризации, лечение больных в создаваемых на базе хирургических отделений поликлиник амбулаторных хирургических центрах, состоящих из диагностического отделения, полустационара и отделения реабилитации. Расширение медицинской помощи на догоспитальном этапе и сужение ее в условиях стационара имеет для Казахстана значительный медицинский, социальный и экономический эффект.

#### Литература

1. *Девятко В.Н.* Здравоохранение мира: состояние, перспективы, развитие (опыт для Казахстана) / В.Н. Девятко, М.К. Кульжанов, А.А. Аканов. Алматы, 1995. 128 с.
2. *Жузжанов О.Т.* Развитие здравоохранения Республики Казахстан: Мифы и реальность / О.Т. Жузжанов // Материалы 2-й Респуб. науч.-практ. конф. «Опыт, проблемы и перспективы реформирования системы здравоохранения в Республике Казахстан». Алматы, 2002. С. 34–39.
3. Концепция развития здравоохранения РФ до 2020 года (первая версия) / Комиссия Министерства здравоохранения и социального развития РФ по разработке Концепции развития здравоохранения до 2020 года. М., 2008. 168 с.
4. *Авдеева Л.А.* О работе центра амбулаторной хирургии // Стационарзамещающие виды медицинской помощи. Опыт, проблемы, перспективы: материалы городского семинара / под ред. В.М. Чернышева. Новосибирск: Сибвузиздат, 2002. С. 21–23.

5. *Апраксина К.* Дневной стационар – выгодная форма медицинского обслуживания // *Здравоохранение*. 2002. № 12. С. 45–48.
6. *Лаврищева Г.А.* Опыт модернизации первичной медико-санитарной помощи // *Проблемы управления здравоохранением*. 2006. № 2. С. 26–29.
7. *Щепин О.П.* Эффективность использования стационарзамещающих технологий в системе здравоохранения / О.П. Щепин, Е.П. Какорин, В.О. Флек; под общ. ред. д-ра мед. наук, акад. РАМН В.И. Стародубова. М.: МЦФЭР, 2006. 416 с.
8. *Алиев М.А.* Эндовидеохирургия в Казахстане / М.А. Алиев, Ж.А. Доскалиев, С.А. Адылханов и др. // *Эндоскопическая хирургия*. 1998. № 2. С. 12–18.
9. *Davis I.E.* The of major ambulatory center and how is developed / I.E. Davis // *Sorg. Clin N. Awer*. 1987. Vol. 67. № 4. P. 671–692.
10. *Апанасенко Б.Г.* Основные пути развития и совершенствования амбулаторно-поликлинической хирургической помощи / Б.Г. Апанасенко, О.К. Савельев // *Вестник хирургии*. 1984. № 3. С. 135–139.
11. *Апанасенко Б.Г.* Интенсификация оперативной помощи и плановая санация хирургических больных в условиях поликлиники / Б.Г. Апанасенко, И.Б. Поляков, Ю.С. Савельев и др. // *Тез. докл. XVI съезда хирургов Украинской ССР*. Киев, 1988. С. 4–5.
12. *Dunt T.I.* Dower cectremity amputation for peripheral vascular. A it Wrist operation / T.I. Dunt, L.L. Manchip, R.P. Bynoe // *Amer. Surg*. 1984. Vol. 50. № 11. P. 581–584.
13. *Ермолов А.С.* Атипичные эндоскопические методы лечения холедохолитаза / А.С. Ермолов, С.В. Юрченко, В.И. Рябых и др. // *Актуальные вопросы клинической железнодородной медицины*. М., 1997. С. 193–195.
14. *Мешков В.М.* Дистанционная литотрипсия в лечении литиаза различной локализации / В.М. Мешков // *Теоретические и прикладные проблемы современного здравоохранения и медицинской науки: сб. науч. тр. Ч. 1. М., 2000. С. 17–28.*
15. *Петров П.П.* Организационные предпосылки реформирования хирургической службы Семипалатинского региона. Проблемы и пути решения / П.П. Петров, А.В. Новиков, А.И. Исабеков // *Здравоохранение Казахстана*. 1996. № 4. С. 41–45.