

ОБЪЕМ И СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА АМБУЛАТОРНУЮ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ

Мавлонов Санжар Фозилович

Профессор Маматкулов Бахром Маматкулович,

Профессор Эргашев Улугбек Юсуфжонович,

Ассистент Ортикбоев Фарход Дилшод ўгли

Ташкентская Медицинская Академия

Введение. Особое место в структуре АПМП занимает оказание хирургической амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, которая является одной из доступных, эффективной и экономически выгодной для пациентов [1, 3, 6, 11, 15]. В настоящее время современные методики и высокие технологии далеко раздвинули границы возможностей амбулаторной хирургии, однако наблюдается несоответствие между применяемыми амбулаторными хирургами современными методиками лечения и устаревшей организационной базой.

Совершенствованию организации амбулаторно-поликлинической помощи посвящено большое число научных исследований последних лет [2, 9, 14, 16], тем не менее, оценка оказания амбулаторно-поликлинической хирургической помощи при существующей многоуровневой системе оказания АПМП и разработка путей совершенствования оказания амбулаторной хирургической помощи в условиях поликлиник первого уровня крупного города до сих пор не являлась предметом научных исследований.

Методология и методы исследования. В ходе исследования была использована комплексная методика исследования, включающая следующие методы: изучение и обобщение опыта, статистический и социологический (анкетирование), экспертный метод сравнительного анализа, медико-экономические методы и др. Сбор первичной информации осуществлялся методами неформализованного интервьюирования и анкетирования группы

пациентов хирургического профиля. Анализ результатов исследования проводился с применением статистических методов исследования, таких как расчет интенсивных и экстенсивных показателей, анализ достоверности различия показателей, дисперсионный анализ. Даны оценка деятельности амбулаторных хирургов и приведены результаты оценки пациентами качества оказываемой амбулаторной хирургической помощи. Амбулаторный прием занимает большую часть рабочего времени хирургов поликлиники. Среднегодовое плановое число посещений хирургического кабинета (на 1 врачебную должность) составляет 6498 посещения, причем в течение последних трех лет эти показатели постоянно растут. Среди всех посещений, связанных с заболеванием, 46,9% составляют первичные обращения, 37,4% - посещения в связи с продолжением или завершением лечения, 6,7% посещений осуществляются для открытия (закрытия, продолжения) листка нетрудоспособности, 4,3% - для оформления документов на МСЭК, 2,4% составляют плановые посещения диспансерной группой, а 0,9% - посещения для оформления санаторно-курортного лечения. Среди посещений с профилактической целью 26,9% составляют посещения в связи с профилактическим осмотром диспансерной группы, 20,1% - в связи с осмотром при поступлении на работу (учебу), 7,8% - для получения различных справок и 45,2% - прочие профилактические посещения. Хирургами кабинета ежегодно проводится в среднем 634 амбулаторных оперативных вмешательства и манипуляции, в т.ч.: вскрытие гнойных образований (35,7%), удаление фибром, липом, гигром (20,0%), различные виды блокад (16,0%), удаление вросшего ногтя (9,9%), обработка и ушивание ран, обработка гематом (4,2%), манипуляции при бурситах (4,1%), удаление бородавок (2,8%) и прочие операции и манипуляции (7,3%). Ряд заболеваний приводит не только к временной, но и стойкой утрате трудоспособности. Показатель первичного выхода на инвалидность по заболеваниям хирургического профиля в 2018 г. составил 0,6 на 8 тыс. населения. Среди лиц, впервые признанных инвалидами, 8,7% были признаны инвалидами первой, 55,1% -

второй и 36,2% - третьей группы. Основными инвалидизирующими заболеваниями явились онкологические заболевания (31,7%), облитерирующий атеросклероз нижних конечностей (34,1%), последствия травм (26,0%) и варикозная болезнь (8,2%).

Проведенный хронометраж показал, что в среднем на амбулаторном приеме хирург затрачивает на одного пациента 25,79 минуты, что значительно превышает плановые показатели. Долше всего длятся первичное посещение по поводу заболевания - 27,56 мин. и посещение по поводу оформления на МСЭК - 26,03 мин. На повторное посещение в связи с заболеванием уходит в среднем 27,21 мин., а на посещение с профилактической целью - 26,39 мин. На прием женщин при всех поводах посещений уходит больше времени (в среднем на 2,46 мин.)» чем мужчин, особенно существенна эта разница (8,47 мин.) при посещениях в связи с оформлением на МСЭК. Больше всего времени амбулаторный хирург тратит на оформление документов - 15,1 мин., или 26,8% времени приема, и на дачу советов и рекомендаций - 8,5 мин., или 16,8% времени приема. На сбор анамнеза у врача уходит в среднем 24,5% времени приема (14,3 мин.), на осмотр - 8,3% времени (5,3 мин.), на проведение лечебных мероприятий - 8,8% (5,4 мин.), а непроизводительные затраты (телефонные разговоры, отлучки из кабинета и т.п.) - 18,8% времени (10,9 мин.). Проведенная экспертная оценка обоснованности посещения хирурга показала, что большая часть посещений была полностью (85,2%) или частично (14,4%) обоснованной. Лишь 0,3% посещений можно было признать необоснованными. Однако, по мнению экспертов, 6,8% посещений мог бы обслужить участковый терапевт, 5,2% - врач другой специальности, а 0,7% - средний медицинский работник. Таким образом, при более рациональной организации можно было бы сократить объем приема у хирурга на 11,8%. Наиболее полную информацию обо всех имеющихся на момент осмотра хронических и острых заболеваниях с клиническими проявлениями, а также о субклинических формах, протекающих без нарушений функций систем и органов дают медицинские осмотры. Периодические медицинские осмотры

направлены на динамическое наблюдение за состоянием здоровья работающих, своевременное выявление начальных признаков общих и профессиональных заболеваний, препятствующих продолжению работы по специальности, их профилактику. В результате проведенных медицинских осмотров хирургом были выявлены заболевания или отклонения от нормы у 25,4% осмотренных, в том числе у 2,1% - два заболевания, у 1,4% - три заболевания и более. Удельный вес женщин, имеющих заболевания, выявленные в ходе медицинского осмотра, оказался выше, чем мужчин, - 31,2% против 20,3%).

Уровень заболеваемости, выявленный в результате медицинских осмотров составил 285,1‰. Причем патологическая пораженность женщин оказалась в 1,7 раза выше, чем мужчин (368,6‰ против 220,9‰). Столь высокий уровень патологической пораженности обусловлен, в основном, старшими возрастными группами осмотренных.

Выводы. Хирурги поликлиники работают с большой перегрузкой, что связано как с превышением плана посещений. Большая часть времени приема уходит на оформление документов - 23,6%, одевание и раздевание больного - 22,1%, дачу советов и рекомендаций - 15,7%, что говорит о необходимости сокращения нагрузки врача-хирурга на приеме и более рациональной организации хирургического приема. В структуре хирургической заболеваемости наибольшую долю составили перевязки послеоперационной раны 1 и 2 категорий сложности (32,2 и 27,5% соответственно), далее шло лечение гнойно-воспалительных процессов различной категории сложности, т.е. каждый шестой больной был у врача по поводу данного заболевания. Несмотря на общую высокую оценку пациентами удовлетворенности качеством хирургической помощи, больным достаточно сложно вызвать хирурга на дом, многим неудобно добираться до поликлиники, части больных не всегда просто провести лабораторные и инструментальные исследования, недоступны дополнительные платные услуги, почти треть не знают стоимости и перечня этих услуг.

Литература

1. Ergashev U. Y., Ernazarov Kh. I., Zohirov A. R., Alzabni I. D. 2022. Complex Treatment of Experimental Model of Diabetic Foot Syndrome. American Journal of Medicine and Medical Sciences 2022, 12(5): 471-480. DOI: 10.5923/j.ajmms.20221205.05.
2. Ergashev U.Y., Mustafakulov G.I., Muminov A.T., Minavarkhujaev R.R., Yakubov D.R., Ernazarov Kh.I., Zohirov A.R. 2021. THE ROLE OF MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF LIVER CAVITIES. Frontiers in Bioscience-Landmark, 8, 82-89, DOI:10.52594/4945
3. Эргашев, У. Ю., Маликов, Н. М., Ортикбоев, Ф. Д., & Минавархужаев, Р. Р. (2023). Перитониальный индекс Мангейма в прогнозировании послеоперационных осложнений у больных с перитонитом.
4. Агапитов А.Е., Таевский Б.В. О функциональном содержании профилактической медицины. // Менеджер здравоохранения. -2006.- №11.- С.58-63.
5. Вайнер Э.Н. Валеология: учебник для вузов. 5-е изд. - М.: Флинта: Наука, 2007. -416с.
6. Журавлёва И.В. Здоровье и болезни в Европейском обществе // СОЦИС,- 2008. № 2.- С. 15-16.
7. Здоровье 21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. / Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген. - 1999. - 310 с.
8. Кадыров Ф.Н. Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений. М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2007. - 458 с.
9. Кайбышев В.Т. Социально-гигиенические факторы формирования здоровья врачей // Медицина труда и промышленная экология. 2005. - №7. - С.30-34.