

Муравьев Константин Александрович

**Научное обоснование и разработка механизма
организации экстренной медицинской помощи
больным хирургического профиля
на региональном уровне**

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук

14.02.03. – Общественное здоровье и здравоохранение

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации»

Научный консультант: действительный член РАМН,
доктор медицинских наук, профессор,
Стародубов Владимир Иванович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор
Линденбратен Александр Леонидович

член–корреспондент РАМН, профессор,
доктор медицинских наук
Солодкий Владимир Алексеевич

доктор медицинских наук
Попович Виктор Константинович

Ведущая организация: Российский университет дружбы народов

Защита диссертации состоится 30 марта 2012 г. в 10 часов на заседании Диссертационного Совета Д.208.110.01 ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по адресу: 127254, Москва, ул. Добролюбова, д.11

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздравсоцразвития России по адресу: 127254, Москва, ул. Добролюбова, д.11

Автореферат разослан « ____ » _____ 2012 г.

Ученый секретарь
Диссертационного Совета,
доктор медицинских наук

Пучков Константин Геннадьевич

Актуальность проблемы

Значимость для российского здравоохранения проблемы некоторых заболеваний хирургического профиля обусловлена широким их распространением среди патологии органов брюшной полости, возрастающей частотой заболеваний и осложнений, угрожающих жизни больного и отсутствием высокоэффективных методов профилактики и лечения.

Анализ статистических данных свидетельствует о том, что в структуре госпитализированных в экстренном порядке больные хирургического профиля составляют 30%, при этом преобладают больные с острыми заболеваниями органов брюшной полости. Особая тяжесть этого контингента пациентов, поздняя госпитализация, высокий уровень послеоперационной летальности обуславливают интерес учёных к вопросам организации экстренной хирургической помощи (Архипов В.В., 2003; Шайн М., 2003; Чернядьев С.А., 2008).

Несмотря на успехи в совершенствовании техники операций и улучшение обеспечения учреждений здравоохранения самой совершенной аппаратурой, внедрение новых методов исследования результаты лечения заболеваний органов брюшной полости, имеющих большое социальное значение, заметно не улучшаются. Так, например, летальность при остром аппендиците, остром холецистите, непроходимости кишечника, перитоните в течение многих десятилетий практически не снижается. Летальность при послеоперационном перитоните, по разным исследованиям, колеблется от 25 до 83%. (Русаков В.И., 2000; Fru D.E., 2001; Anaya D.A., 2003; Livermore D.M., 2005; Стручков Ю.В., 2007; Шуркалин Б.К., 2007). Гастродуоденальные кровотечения и сегодня сопровождаются высокой летальностью, достигающей в группе оперированных больных 25% и более (Лебедев Л.В., 1996; Затевахин А.А., 2001).

В последние годы в стационарах в Российской Федерации отмечается рост числа операций, наблюдается нарастание хирургической активности (Какорина Е.П., Роговина А.Г., 2005; Огрызко Е.В., 2011). Одновременно увеличивается число экстренных хирургических вмешательств, что в значительной степени связано с поздней обращаемостью пациентов за

медицинской помощью, и, следовательно, растет число пациентов, поступивших в стационары, в угрожающем жизни состоянии.

Экстренная медицина – это самостоятельный специализированный вид помощи. Быстротечность развития острых патологических состояний требует особых подходов к организации, характеру и порядку использования медицинских технологий. Это существенно отличает экстренную медицинскую помощь от медицины плановой и других специализированных видов медицинской помощи. Более 90% больничной летальности связано с экстренным характером госпитализации больных. Увеличение доли экстренной помощи отрицательно сказывается на экономическом состоянии отрасли, поскольку её оказание сопряжено с существенно большими затратами (Мыльникова Л.А., 2002, 2006).

Между тем, многие проблемы экстренной хирургической помощи решаемы. Экстренная медицинская помощь и по порядку оказания и по содержанию становится всё более специализированным видом помощи, технологически насыщенным и дорогостоящим, а ее организация требует особого внимания и совершенствования. Проблема осложняется трудностями своевременной диагностики патологии, оценки состояния пациента, ограниченными возможностями муниципальных лечебных учреждений в оказании больным своевременной и адекватной помощи (Комаров Н.В., 1997; Щепин В.О., 2007).

Все вышеизложенное определило **цель работы**: научно обосновать, разработать и реализовать на региональном уровне систему организационных мероприятий, повышающих эффективность экстренной медицинской помощи больным хирургического профиля

Для достижения этой цели были поставлены следующие задачи:

1. Изучить частоту распространения заболеваний пищеварительной системы, а также инвалидность и смертность от этих болезней в Российской Федерации, Северо-Кавказском Федеральном округе, Ставропольском крае и г. Ставрополе в динамике за 2001 – 2010гг.

2. Охарактеризовать экстренные состояния, требующие хирургического вмешательства, в Российской Федерации, Северо-Кавказском Федеральном округе, Ставропольском крае и г. Ставрополе в динамике за 2001 – 2010гг.

3. Оценить обеспеченность и эффективность использования коечного фонда и кадровых ресурсов, необходимых для оказания экстренной медицинской помощи населению Российской Федерации, Северо–Кавказского Федерального округа, Ставропольского края в динамике за 2001–2010гг.

4. Изучить мнение экспертов - руководителей и специалистов учреждений здравоохранения разного уровня подчинения о причинах высокой летальности больных хирургического профиля, доставленных в стационар по экстренным показаниям.

5. Оценить эффективность организации экстренной хирургической помощи при заболеваниях органов пищеварения и уровень знаний населения по вопросам профилактики заболеваний органов пищеварения.

6. Оценить мнение населения о деятельности стационарных учреждений здравоохранения Ставропольского края, оказывающих хирургическую помощь

7. Разработать систему организационных мероприятий, повышающих эффективность экстренной медицинской помощи больным хирургического профиля на региональном уровне и оценить ее эффективность.

Научная новизна исследования заключается в том, что:

– представлены результаты комплексного социально-гигиенического исследования проблемы организации экстренной медицинской помощи больным в критическом состоянии, поступающим в стационарные отделения хирургического профиля;

- по результатам комплексного эпидемиологического исследования изучена частота распространения заболеваний пищеварительной системы, а так же смертность и инвалидность от этих заболеваний в Российской Федерации, Северо–Кавказском Федеральном округе, Ставропольском крае и г. Ставрополе за 2001 – 2010гг.;

- проведена оценка уровня предотвратимой смертности от различных заболеваний класса «Болезни органов пищеварения»;

- проведена оценка ресурсов, необходимых для оказания экстренной медицинской помощи населению Российской Федерации и Ставропольского края за 2001 – 2010гг.; а также ряда базовых стационаров г. Ставрополя

- изучен кадровый потенциал хирургической службы и обеспеченность хирургическими койками в Российской Федерации, СКФО и Ставропольского края;

- проведена оценка результатов оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями, требующими экстренного хирургического вмешательства, в Российской Федерации, СКФО, Ставропольском крае и городе Ставрополе за 2001 – 2010гг.;

- по результатам экспертного опроса руководителей и других специалистов учреждений здравоохранения разного уровня подчинения определены причины высокой летальности больных хирургического профиля, доставленных в стационар по экстренным показаниям;

- проведена оценка уровня знаний населения по вопросам профилактики заболеваний органов пищеварения;

- изучено мнение населения о деятельности стационарных учреждений здравоохранения Ставропольского края, оказывающих хирургическую помощь;

- разработана и научно обоснована система мероприятий по организации обеспечения экстренной медицинской помощи больным хирургического профиля на региональном уровне, а так же проведена оценка их эффективности.

Научно - практическая значимость работы определяется тем, что в результате проведенных исследований проблем организации экстренной медицинской помощи разработаны предложения, позволяющие повысить эффективность проводимых лечебных мероприятий больным в критическом состоянии, поступающим в стационарные отделения хирургического профиля.

Оценка уровня предотвратимой смертности от различных заболеваний класса «Болезни органов пищеварения» позволяет определить недостатки в организации экстренной медицинской помощи больным хирургического профиля и определить адекватные меры по их устранению.

Предложенные организационные мероприятия по обеспечению оказания экстренной медицинской помощи больным хирургического профиля на региональном уровне были внедрены в городе Ставрополе и Ставропольском крае и доказали свою эффективность, что следует из

положительной динамике ряда показателей, прежде всего снижения летальности больных, доставленных в стационары по экстренным показаниям.

Оценка эффективности использования ресурсов экстренной медицинской помощи населению Российской Федерации и Ставропольского края позволяет обосновать необходимость структурных изменений и определить их направление.

Апробация результатов исследования. Результаты исследования доложены и обсуждены на:

- 1-ой Российской гастроэнтерологической неделе, Санкт-Петербург (1995 г.);
- Юбилейной научной конференции, посвященной 90-летию со дня рождения профессора М.С. Макарова, Ставрополь (1998 г.);
- 4-ой Всероссийской конференции с международным участием «Актуальные проблемы колопроктологии». Иркутск (1999 г.);
- Всероссийской научно-практической конференции хирургов, Пятигорск (1999 г.);
- Всероссийской научно-практической конференции хирургов, Пятигорск (2001 г.);
- Всероссийской конференции заведующих кафедрами общей хирургии, Ростов-на-Дону (2001 г.);
- Коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации «Медицина – достижения и перспективы», Москва (2004 г.);
- Всероссийской научно-практической конференции «Управление здравоохранением в современных условиях: проблемы и поиски решений», Краснодар (2006 г.);
- Всероссийской научно-практической конференции «Новые организационно-правовые и научные принципы в условиях модернизации здравоохранения России», Москва (2006 г.);
- 1-ом Национальном конгрессе терапевтов «Новый курс: консолидация усилий по охране здоровья нации», Москва (2006 г.);
- Втором съезде колопроктологов России с международным участием, Уфа (2007 г.);

- Всероссийской научно-практической конференции «Новые технологии в современном здравоохранении», Москва (2007 г.);
- Первой конференции гериатров Северо-Кавказского Федерального округа «Качество жизни лиц пожилого возраста – зеркало здоровья населения», Пятигорск (2010 г.);
- Научно-практической конференции «Экономические аспекты здоровья и здравоохранения», Москва (2011 г.);
- XI съезд хирургов России, Волгоград (2011 г.);
- Аprobационном совете ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздравсоцразвития России, Москва (декабрь, 2011г.)

Внедрение результатов исследования в практику здравоохранения.

Положения диссертации использованы при подготовке:

- Приказа Министерства здравоохранения Ставропольского края от 28 октября 2003г. №05-02/517 «О соблюдении этапности оказания медицинской помощи в Ставропольском крае»;
- медицинских Советов управления здравоохранением Администрации города Ставрополя в 2007-2010гг.;
- Приказа Министерства здравоохранения Ставропольского края от 15 июля 2010г. № 01-05/ 486 «Об установлении региональных медицинских стандартов при оказании медицинской помощи»;
- Приказа Министерства здравоохранения Ставропольского края от 18 марта 2010г. № 01-05/175 «Об организации оказания анестезиолого-реанимационной помощи в учреждениях здравоохранения Ставропольского края»;
- Приказа Министерства здравоохранения Ставропольского края от 12 июля 2010г. № 01-05/ 484 «О мерах по реализации Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15декабря 2009 года № 991и «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком" и условий Соглашения №135/ДТП-1153/63 между Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Правительством Ставропольского края о реализации мероприятий, направленных на

совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях»;

- предложений в Программу модернизации здравоохранения Ставропольского края на 2011-2012гг. в части модернизации организации оказания экстренной помощи при болезнях органов пищеварения;

- лекций для руководителей органов управления здравоохранением муниципальных образований Ставропольского края.

Кроме того, Министерством здравоохранения Ставропольского края утверждены методические рекомендации «Пути обеспечения безопасности пациентов в многопрофильном стационаре» (2006г).

Личный вклад автора. Автором самостоятельно разработана программа и план исследования, проведен аналитический обзор литературы и нормативных актов, регламентирующих вопросы организации экстренной хирургической помощи больным заболеваниями органов пищеварения, разработаны анкеты и проведено анкетирование руководителей учреждений здравоохранения и населения, проанализированы показатели, характеризующие частоту распространения болезней органов пищеварения, ресурсы хирургической службы.

Автор самостоятельно проводил сбор первичного материала, его статистическую обработку и анализ; разработал мероприятия по совершенствованию экстренной хирургической помощи в Ставропольском крае и проводил оценку медицинской, социальной эффективности этих мероприятий.

Основные положения, выносимые на защиту:

- Результаты анализа частоты распространения болезней пищеварительной системы в Российской Федерации, Северо-Кавказском Федеральном округе, Ставропольском крае и г. Ставрополе за 2001 – 2010гг.

- Характеристика экстренных состояний, требующих хирургического вмешательства, в Российской Федерации, Северо-Кавказском Федеральном округе, Ставропольском крае и городе Ставрополе за 2001 – 2010гг.

- Оценка эффективности использования коечного фонда и кадровых ресурсов экстренной медицинской помощи населению Российской Федерации и Ставропольского края за 2001 – 2010гг.

- Оценка деятельности стационарных учреждений здравоохранения Ставропольского края, оказывающих хирургическую помощь по результатам социологического опроса населения.

- Система организационных мероприятий по оптимизации экстренной медицинской помощи больным хирургического профиля и результаты оценки эффективности ее внедрения на региональном уровне.

Публикации: по теме диссертации опубликовано 65 работ, в т.ч. 2 монографии, 2 методических рекомендаций, 15 публикаций в журналах, рекомендованных ВАК.

Объем и структура работы: Диссертация состоит из оглавления, списка условных сокращений, введения, 7 глав, заключения, выводов, предложений, списка литературы, включающего 357 публикаций: 283 отечественных и 74 зарубежных авторов, приложений. Работа представлена на 337 страницах, иллюстрирована 86 таблицами, 42 рисунками.

Содержание работы

В первой главе «Проблемы организации экстренной медицинской помощи больным хирургического профиля» представлен обзор литературы, отражающей состояние экстренной медицинской помощи больным хирургического профиля. Анализ литературы выявил недостаток работ, решающих проблему эффективности использования ресурсов экстренной медицинской помощи населению, а также работ по оценке частоты распространения экстренных состояний, требующих хирургического вмешательства. Практически нет работ, которые бы предлагали пути организации экстренной медицинской помощи больным хирургического профиля на региональном уровне.

В главе 2 «Материалы, методы и организация исследования» представлена краткая характеристика базы исследования, описание материалов и методов исследования. Общая схема исследования представлена в таблице 1.

Предмет исследования: процесс оказания экстренной медицинской помощи больным хирургического профиля.

Объект исследования: лечебно-профилактические учреждения, имеющие в своей структуре хирургические койки для взрослых.

Субъекты исследования: больные, нуждающиеся в экстренной хирургической помощи, умершие в послеоперационном периоде в хирургических отделениях стационаров.

Численность населения Ставропольского края на 1 января 2011 года с учетом предварительных итогов Всероссийской переписи населения 2010 года составила 2 785,3 тысяч человек. Объем зарегистрированного миграционного прироста населения перекрыл естественную убыль в 2,4 раза. Коэффициент рождаемости по краю составил 11,9 на 1000 населения. В сельской местности он на 9,6 % выше показателя по городской местности. За 2010 год коэффициент смертности снизился по сравнению с 2009 годом и составил 12,4 человека на 1000 населения края, младенческая смертность составила 8,3 человека на 1000 родившихся живыми. Однако число умерших в целом по краю превысило число родившихся на 4,4 %.

Ставрополь – административный центр Ставропольского края, в городе проживают более 13% населения края. Численность постоянного населения Ставрополя на конец 2010 года составила 399,1 тысяч человек. В 2010г. в г. Ставрополе отмечался естественный прирост населения на 3,7%, показатель рождаемости превышал показатель смертности.

Ресурсы здравоохранения города в 2010г. были представлены 20 учреждениями, из которых: 6 больничных (в т.ч. городских больниц - 3, инфекционная - 1, детская больница -1, роддом – 1); 17поликлинических (в т.ч. для взрослых - 5, для детей - 2, стоматологических для взрослых - 1, физиотерапевтическая - 1, хозрасчетная поликлиника - 1, женская консультация «Визит»; самостоятельная станция скорой помощи с 3 подстанциями. Кроме того, медицинскую помощь жители города получают в двух краевых больницах для взрослых и детей, в шести специализированных диспансерах.

Методы исследования: аналитический, эпидемиологический, статистический, монографический, социологический, ранжирования, экспертных оценок, организационного моделирования.

Таблица 1.

Материалы, методы, организация исследования

Цель: научно обосновать, разработать и реализовать на региональном уровне систему организационных мероприятий, повышающих эффективность экстренной медицинской помощи больным хирургического профиля		
Задачи	Материалы	Методы
1. Изучить частоту распространения заболеваний пищеварительной системы, а также инвалидность и смертность от этих болезней в Российской Федерации, Северо-Кавказском Федеральном округе, Ставропольском крае и г. Ставрополе в динамике за 2001 – 2010гг..	Формы Федерального статистического наблюдения по Российской Федерации, Ставропольскому краю и Ставрополю за 2001-2010гг., по СКФО за 2006-2010гг.: Форма № 12 «Отчет о числе заболеваний зарегистрированных в районе обслуживания лечебного учреждения» - всего 33 отчета Форма 51С и 52С Росстата – всего 33 отчета Форма № 7- собес – всего 33 отчета	аналитический, статистический, монографический
2. Охарактеризовать экстренные состояния, требующие хирургического вмешательства, в Российской Федерации, Северо-Кавказском Федеральном округе, Ставропольском крае и г. Ставрополе в динамике за 2001 – 2010гг.	Форма № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» по Российской Федерации, Ставропольскому краю (2001-2010гг.), СКФО (2008-2010гг.), базовым стационарам г. Ставрополя – ГБ №2, ГБ №3, ГБ №4 (2005 и 2010гг.) – всего 29 отчетов; Форма №14 «Сведения о деятельности стационара» по Российской Федерации, Ставропольскому краю (2001-2010гг.), СКФО (2008-2010гг.), базовым стационарам г. Ставрополя – ГБ №2, ГБ №3, ГБ №4 (2005 и 2010гг.) – всего 29 отчетов.	аналитический, статистический экспертный
3. Оценить обеспеченность и эффективность использования коечного фонда и кадровых ресурсов, необходимых для оказания экстренной медицинской помощи населению Российской Федерации, Северо-Кавказского Федерального округа, Ставропольского края в динамике за 2001–2010гг.	Форма 47 «Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения» по Российской Федерации, Ставропольскому краю (2001-2010гг.), СКФО (2008-2010гг.) – всего 33 отчета; Форма № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» по Российской Федерации, Ставропольскому краю (2001-2010гг.), СКФО (2008-2010гг.), базовым стационарам г. Ставрополя – ГБ №2, ГБ №3, ГБ №4 (2005 и 2010гг.) – всего 29 отчетов; Форма № 17 «Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах» по Российской Федерации, Ставропольскому краю (2001-	аналитический, статистический, ранжирования, экспертных оценок

	2010гг.), СКФО (2008-2010гг.), базовым стационарам г. Ставрополя – ГБ №2, ГБ №3, ГБ №4 (2005 и 2010гг.) – всего 29 отчетов; Форма №14 «Сведения о деятельности стационара» по Российской Федерации, Ставропольскому краю (2001-2010гг.), СКФО (2008-2010гг.), базовым стационарам г. Ставрополя – ГБ №2, ГБ №3, ГБ №4 (2005 и 2010гг.) – всего 29 отчетов.	
4. Изучить мнение руководителей учреждений здравоохранения разного уровня подчинения о причинах высокой летальности больных хирургического профиля, доставленных в стационар по экстренным показаниям.	Карты экспертного опроса главных врачей и специалистов больниц разных уровней подчинения (всего 23) о причинах летальности в хирургических отделениях; Протоколы заседаний комиссий по разбору летальности в хирургических отделениях ГБ №2, ГБ №3, ГБ №4 – всего 36 протоколов.	Экспертный
5. Оценить эффективность организации экстренной хирургической помощи при заболеваниях органов пищеварения и уровень знаний населения по вопросам профилактики заболеваний органов пищеварения.	Анкета №1 «Оценка отношения различных групп населения к своему здоровью» Анкета № 2 «Оценка показателей частоты распространения заболеваний органов пищеварения по мнению населения». Анкета №3 «Оценка уровня знаний населения по вопросам профилактики заболеваний органов пищеварения». В анкетном опросе приняли участие 511 респондентов	Аналитический, социологический
6. Оценить мнение населения о деятельности стационарных учреждений здравоохранения Ставропольского края, оказывающих хирургическую помощь	Анкетирование 653 пациентов хирургических отделений 10 лечебно-профилактических учреждений Ставропольского края	Социологический, статистический
7. Разработать систему организационных мероприятий, повышающих эффективность экстренной медицинской помощи больным хирургического профиля на региональном уровне и оценить их эффективность.	Данные исследования, изложенные в предыдущих главах.	Аналитический, социологический, организационное моделирование

Группа экстренных состояний при болезнях органов брюшной полости объединяет ряд заболеваний, различных по этиологии и патогенезу, но непременно угрожающих жизни больного и требующих срочных вмешательств, в т.ч. хирургических, либо наблюдения хирурга в стационаре, готового в случае необходимости к оказанию экстренной помощи. Неотложные состояния, рассматриваемые в работе, представлены патологией брюшной полости: острой непроходимостью кишечника, острым аппендицитом, прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, желудочно-кишечными кровотечениями, ущемленной грыжей, острым холециститом, острым панкреатитом.

Исследование проводилось поэтапно. Первый этап включил разработку программы исследования, определение баз исследования и методов обработки данных.

На втором этапе изучена, по данным федерального статистического наблюдения, частота распространения заболеваний пищеварительной системы в Российской Федерации, Северо–Кавказском Федеральном округе (СКФО), Ставропольском крае и г. Ставрополе за 2001 – 2010гг. Поскольку СКФО был образован лишь в 2010году, чтобы не нарушать динамический ряд и иметь возможность для сравнения данных, все исследуемые показатели были рассчитаны для группы субъектов, входящих в настоящее время в состав СКФО.

Для расчета показателей была проведена выкопировка данных из форм Федерального статистического наблюдения (ФСН) по Российской Федерации, по СКФО, Ставропольскому краю и г. Ставрополю. Были использованы:

- Форма № 12 «Отчет о числе заболеваний зарегистрированных в районе обслуживания лечебного учреждения» - всего 33 отчета;
- Форма 51С и 52С Росстата – всего 33 отчета;
- Форма № 7- собес – всего 33 отчета.

На третьем этапе решались две задачи:

во-первых, проведена оценка эффективности использования ресурсов для оказания экстренной медицинской помощи населению Российской Федерации и Ставропольского края за 2001 – 2010гг,

во-вторых, охарактеризованы экстренные состояния, требующие хирургического вмешательства, в Российской Федерации, СКФО,

Ставропольском крае и городе Ставрополе за 2001 – 2010гг., определена структура больных, нуждающихся в экстренной хирургической помощи.

Информационной базой второго этапа были формы ФСН:

Форма 47 «Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения» по Российской Федерации, СКФО, Ставропольскому краю – всего 33 отчета;

Форма № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» по Российской Федерации, СКФО, Ставропольскому краю, базовым стационарам г. Ставрополя – МУЗ ГКБ №2, №3, № 4 – всего 29 отчетов;

Форма № 17 «Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах» по Российской Федерации, СКФО, Ставропольскому краю, базовым стационарам г. Ставрополя – МУЗ ГКБ №2, №3, №4 – всего 29 отчетов;

Форма №14 «Сведения о деятельности стационара» по Российской Федерации, СКФО, Ставропольскому краю, базовым стационарам г. Ставрополя – МУЗ ГКБ №2, №3, №4 – всего 29 отчетов.

Кроме того, был проведен экспертный опрос о причинах летальности в хирургических отделениях стационаров Ставропольского края. В качестве экспертов (23) выступили главные врачи и ведущие врачи-хирурги больниц разных уровней подчинения: муниципального – ЦРБ, уровня субъекта Российской Федерации и федеральное государственное учреждение (всего 13 ЛПУ).

Проанализированы протоколы заседаний комиссий по разбору летальности в хирургических отделениях МУЗ ГКБ №2, №3, №4.

На третьем этапе проведено крупномасштабное социологическое исследование. Анкетирование населения проводилось по трем анкетам:

Анкета №1 содержала вопросы об отношении различных групп населения к своему здоровью.

Анкета № 2 заполнялась для сравнения показателей частоты распространения заболеваний органов пищеварения по оценке населения с данными официальной статистики.

Анкета №3 позволяла оценить уровень знаний населения по вопросам профилактики заболеваний органов пищеварения.

В опросе приняли участие 511 респондентов: из них 78 были в возрасте 18-19 лет (15,3%), 85 – от 20 до 29 лет (16,6%), 91 - от 30 до 39 лет (17,8%),

88 - от 40 до 49 лет (17,2%), 79 - от 50 до 59 лет (15,5%), 90 - 60 лет и старше (17,6%).

На четвертом этапе, на основании проведенного организационного эксперимента и обобщения опыта была разработана система мероприятий, повышающих эффективность экстренной медицинской помощи больным хирургического профиля на региональном уровне.

На пятом, заключительном этапе, была проведена оценка эффективности внедрения этих мероприятий на региональном уровне.

С целью выявления мнения населения о деятельности стационарных лечебных учреждений было проведено сплошное анкетирование 653 пациентов хирургических отделений 10 лечебно-профилактических учреждений Ставропольского края, находящиеся, в момент проведения опроса, на лечении. Анкета была представлена в виде вопросов и заданий, в которых респонденту предлагается оценить деятельность учреждения, в котором он находится, и качество предоставляемых услуг. При анализе данных использовались методы описательной статистики, Манна-Уитни, Краскела-Уоллеса, Хи-квадрат, корреляционный метод по Спирману.

Анализ материалов исследования реализован в операционной системе Windows XP с использованием стандартных прикладных пакетов.

В главе 3 «Частота распространения заболеваний пищеварительной системы в Российской Федерации, СКФО и Ставропольском крае» анализируется заболеваемость населения болезнями органов пищеварения, смертность и инвалидность.

Структура общей заболеваемости населения в Ставропольском крае отличается от Российской Федерации в целом и СКФО. Так, в крае выше, чем в РФ и СКФО доля болезней органов дыхания, а доля болезней системы кровообращения, наоборот, ниже, чем в РФ. Третье место в структуре общей заболеваемости населения в крае приходится на болезни мочеполовой системы, болезни органов пищеварения стоят на шестом месте. Показатели общей заболеваемости болезнями органов пищеварения по данным обращаемости в 2010г. по Российской Федерации составляли 113,2 на 1000 населения, в СКФО – 96,5; в Ставропольском крае – 65,2. Показатель заболеваемости болезнями органов пищеварения в крае на 73,7% ниже, чем среднероссийский показатель и на 32,4%, чем в среднем по СКФО. Уровень общей заболеваемости населения Российской Федерации имеет тенденцию к

росту, с 2001 – 2010г. он вырос на 33,2%, в Ставропольском крае – всего на 13,4%, в городе Ставрополе – в 2,3 раза. При этом общая заболеваемость взрослого населения растет более медленными темпами. В РФ за 10 лет она выросла на 18,9%, в Ставропольском крае – на 6,8%, в г. Ставрополе – в 1,5 раза. Что касается заболеваний органов пищеварения, то общая заболеваемость населения с 2001 г. возросла в Российской Федерации на 3,3%, в Ставропольском крае – на 4,5%, в городе – на 19,4%. При этом общая заболеваемость взрослого населения в РФ возросла на 2,9%, в Ставрополе – на 9,1%, а в Ставропольском крае в целом снизилась – на 3,0% (рис. 1).

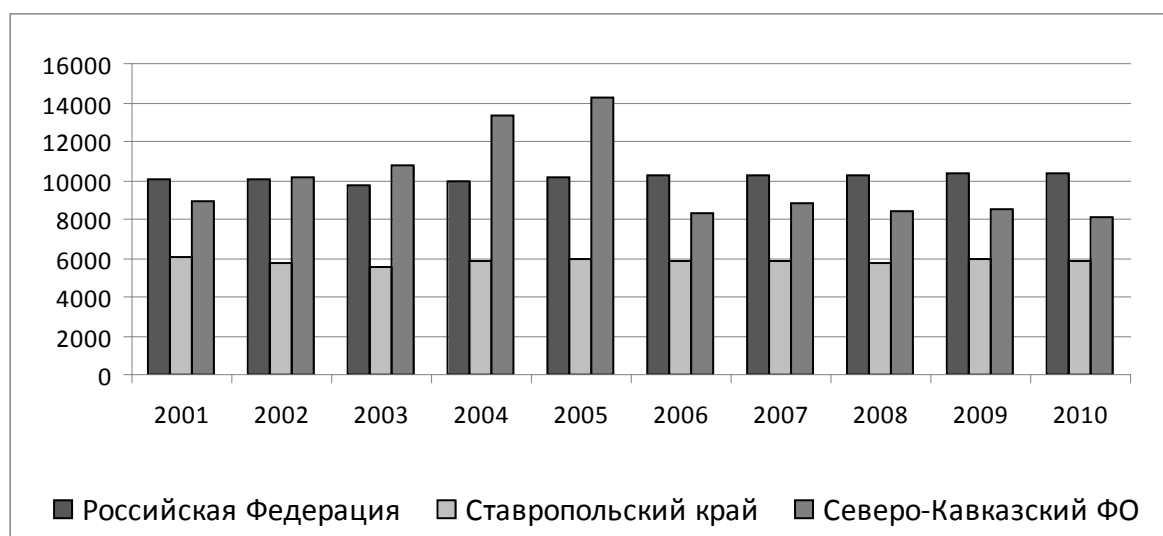


Рис. 1. Общая заболеваемость взрослого населения Российской Федерации, СКФО и Ставропольского края болезнями органов пищеварения (на 10000 соответствующего населения)

В Ставропольском крае значительно реже среди болезней органов пищеварения регистрируются гастриты и дуодениты. Так, если показатель заболеваемости взрослого населения гастритами и дуоденитами в Российской Федерации с 2001 по 2010гг. возрос, то в Ставропольском крае, наоборот, снизился. Такая же ситуация отмечается и в отношении болезней желчного пузыря и желчевыводящих путей. Показатель заболеваемости язвенной болезнью желудка и 12-и перстной кишки в Ставропольском крае на 61,2% ниже, чем среднероссийский показатель, кроме того, в крае он снижается темпами значительно превышающими среднероссийские (в Ставропольском крае – 39,2%, в РФ – 22,4%). За 10 лет показатель заболеваемости всеми болезнями поджелудочной железы в РФ возрос на 92,8%, в Ставропольском крае – на 65,5%. Показатель заболеваемости взрослого населения болезнями печени за изучаемый десятилетний период возрос в Ставропольском крае менее значительно, чем в целом по РФ. Таким образом, в Ставропольском

крае с общей заболеваемостью населения складывается более благоприятная ситуация, чем в среднем по России.

Чтобы определить роль и место болезней органов пищеварения в причинах преждевременной смертности населения, была проанализирована динамика общей смертности и смертности лиц трудоспособного возраста. Из таблицы 2 видно, что уровень общей смертности в Ставропольском крае в среднем более чем на 10 % ниже таких же показателей по РФ. В г. Ставрополе средний показатель общей смертности ниже краевого на 15-20%. За изучаемый периода показатель общей смертности населения Российской Федерации снизился на 9,0%, показатель смертности населения Ставропольского края – также на 9,0%, в г. Ставрополе – на 13,6%.

Таблица 2

**Уровень общей смертности в Российской Федерации,
Ставропольском крае и г. Ставрополе (на 1000 населения)**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Российская Федерация	15,6	16,3	16,4	16,0	16,0	15,2	14,6	14,6	14,2	14,2
Ставропольский край	14,0	14,6	14,9	14,3	14,4	14,2	13,3	13,4	13,2	12,7
г. Ставрополь	12,5	12,5	13,1	12,7	12,3	12,0	11,6	11,2	11,2	10,8

Уровень смертности трудоспособного населения в целом по России также имеет устойчивую тенденцию к снижению. В целом по РФ за 10 лет он уменьшился на 14,7%, по Ставропольскому краю – на 17,5%, по городу – на 25,5%. При этом в 2010г. показатель смертности трудоспособного населения в крае был на 20% ниже городского и на 26% среднероссийского.

В Ставропольском крае в структуре причин общей смертности населения в 2010 году также как в России в целом преобладают болезни системы кровообращения – 726,5 на 100тыс. населения. Последующие места занимают новообразования – 175,9, травмы и отравления – 102,0, болезни органов пищеварения – 55,0 и органов дыхания – 27,2. Следует отметить, что показатели смертности населения в Ставропольском крае по всем классам болезней ниже, чем среднероссийские.

Ранжирование причин общей смертности и смертности населения в трудоспособном возрасте дано в таблице 3.

Таблица 3

**Ранжирование причин общей смертности и смертности населения
трудоспособного возраста**

Ранговое место	Структура причин		
	Общей смертности населения	Смертности населения в трудоспособном возрасте	Смертности населения в младшем трудоспособном возрасте (15-39 лет)
I	Болезни системы кровообращения	Болезни системы кровообращения	Травмы и отравления
II	Новообразования	Травмы и отравления	Болезни системы кровообращения
III	Травмы и отравления	Новообразования	Болезни системы пищеварения
IV	Болезни органов пищеварения	Болезни органов пищеварения	Инфекционные и паразитарные болезни
V	Болезни органов дыхания	Инфекционные и паразитарные болезни	Новообразования

Из таблицы следует, что болезни органов пищеварения занимают 4 ранговое место, как в структуре причин общей смертности, так и в причинах смертности трудоспособного населения. Только в младшем трудоспособном возрасте (от 15 до 39 лет) в структуре причин смертности класс болезней органов пищеварения занимает 3 ранговое место. В соответствии с этим, на долю класса болезней органов пищеварения в структуре смертности трудоспособного возраста приходится 8,4 %, тогда как в структуре причин общей смертности – 5,1%.

Важным показателем здоровья населения является инвалидность. В структуре причин первичного выхода на инвалидность трудоспособного населения Ставропольского края болезни органов пищеварения занимают 10 ранговое место. Доля этих заболеваний среди всех причин, приводящих к инвалидности, составляет 19,0 – 22,8%. Чаще среди болезней органов пищеварения к инвалидности приводят болезни печени и желчного пузыря (от 40 до 55%).

В 4 главе проанализированы результаты оказания медицинской помощи больным с экстренными состояниями, требующими хирургического вмешательства в Российской Федерации, Северо-Кавказском Федеральном округе, Ставропольском крае и городе Ставрополе.

Ежегодно в стационары России для оказания экстренной помощи госпитализируется более 800 тыс. больных, в СКФО - более 50 тыс. пациентов, в том числе в стационары Ставропольского края – более 16 тыс. Объем госпитализаций в стационары Ставропольского края пациентов для оказания экстренной медицинской помощи с 2001 г. по 2010 г. не изменился

(в отличие от суммарных данных по Российской Федерации, где он возрос 4,6%).). Но при этом, в отношении отдельных заболеваний динамика в РФ и Ставропольском крае различается. Число госпитализаций в стационары Ставропольского края возросло по поводу острой непроходимости кишечника на 19,0% (в РФ - на 6,2%); острого холецистита – на 7,0% (в РФ - на 8,1%); острого панкреатита – на 74,1% (в РФ - на 50,9%); уменьшилось по поводу ущемленной грыжи - на 8,6% (в РФ – возросло - 4,3%); острого аппендицита - на 21,8% (в РФ - на 10,5%); прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки – на 46,0% (в РФ -на 37,0%); желудочно-кишечных кровотечений - на 13,0% (в РФ - за 10 лет число госпитализаций по поводу желудочно-кишечных кровотечений не изменилось).

Острый аппендицит относится к числу заболеваний (наряду с острым панкреатитом и холециститом) чаще всего нуждающихся в экстренной медицинской помощи. В 2010г. в Ставропольском крае среди госпитализированных по экстренным показаниям в 31,3% (в РФ – 32,6%) случаев был диагностирован острый аппендицит; на втором месте по частоте госпитализаций по экстренным показаниям стоял острый холецистит, в отличие от среднероссийских показателей - 26,5% (в РФ на втором месте (23,1%) стоял острый панкреатит); на третьем - острый панкреатит (22,2%), что в сумме составляет 80% всех случаев поступления по поводу экстренных состояний (рис. 2).

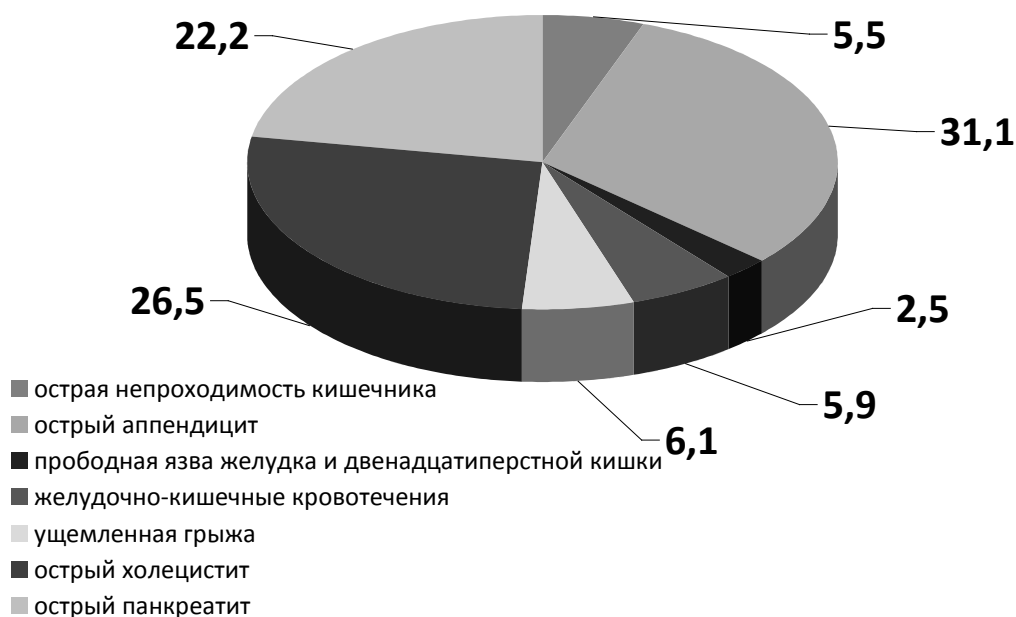


Рис. 2. Состав госпитализаций по экстренным показаниям. Ставропольский край, 2010гг. (%)

Четвертое место в ранжированном ряду, также в отличие от среднероссийских показателей, занимают ущемленная грыжа (6,1%) и желудочно-кишечные кровотечения (5,9%), на долю острой непроходимости кишечника приходится соответственно 5,5%; вместе они формируют 17,5% объема патологии, требующей экстренной медицинской помощи. Доля язвенной болезни кишечника и двенадцатиперстной кишки приходится всего 2,5% госпитализаций по экстренным показаниям.

В динамике с 2001 по 2010гг. структура госпитализаций по экстренным показаниям изменилась (табл. 4).

Таблица 4

Состав госпитализаций по экстренным показаниям. Российская Федерация и Ставропольский край. 2001, 2006 и 2010гг. (%)

Заболевание	2001 год		2006 год		2010 год	
	РФ	Ставр. край	РФ	Ставр. край	РФ	Ставр. край
острая непроходимость кишечника	5,8	4,6	6,0	4,8	5,9	5,5
острый аппендицит	38,1	39,9	34,0	33,9	32,6	31,3
прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки	5,0	4,6	3,8	2,9	3,0	2,5
желудочно-кишечные кровотечения	8,6	6,8	8,3	6,0	8,2	5,9
ущемленная грыжа	5,5	6,7	5,6	6,2	5,5	6,1
острый холецистит	21,0	24,7	21,3	28,7	21,7	26,5
острый панкреатит	16,0	12,7	21,0	17,5	23,1	22,2
Всего	100	100	100	100	100	100

Уменьшилась доля госпитализаций по экстренным показаниям, связанным с острым аппендицитом (с 38,1 до 32,6% в РФ; с 39,9 до 31,3% в Ставропольском крае), прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки (с 5,0 до 3,0% в РФ; с 4,6 до 2,5% в Ставропольском крае). В крае уменьшилась доля госпитализаций по экстренным показаниям, связанным и желудочно-кишечными кровотечениями с 6,8 до 5,9% (в РФ практически осталась неизменной); возросла доля госпитализаций по экстренным показаниям, связанным с острым панкреатитом с 12,7 до 22,2% (в РФ - с 16,0 до 23,1%); с острым холециститом - с 24,7 до 26,5% (в РФ практически осталась неизменной); с острой непроходимостью кишечника - с 4,6 до 5,5% (в РФ практически осталась неизменной); практически не изменилась доля госпитализаций по экстренным показаниям, связанным с ущемленной грыжей (в РФ и Ставропольском крае).

В 2001г. в Российской Федерации наиболее часто летальные исходы в условиях хирургического стационара регистрировались от прободной язвы

желудка и двенадцатиперстной кишки (6,7%), а также от острой непроходимости кишечника и желудочно-кишечных кровотечений (5,1%). Реже больные умирали от ущемленной грыжи (3,3%) и острого панкреатита (2,6%). Что касается ситуации в стационарах Ставропольского края, то в 2001г. (начало исследования) летальность в крае была существенно выше, чем в среднем по РФ от непроходимости кишечника, желудочно-кишечных кровотечений, ущемленной грыжи, и панкреатита, на среднероссийском уровне – от острого аппендицита и холецистита, существенно ниже - от прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Спустя 10 лет ситуация изменилась, в РФ последнее десятилетие произошло уменьшение числа умерших от острого аппендицита – на 22,9%, в Ставропольском крае за аналогичный период число больных, умерших от острого аппендицита, уменьшилось – на 30%. Показатель летальности госпитализированных по экстренным показаниям больных с острым аппендицитом в РФ и в крае – остался неизменным.

За этот же период в РФ и Ставропольском крае уменьшилось число умерших от острой кишечной непроходимости – на 4,3% и 43,8%. Показатель летальности госпитализированных по экстренным показаниям больных острой непроходимостью кишечника в РФ не изменился, а в Ставропольском крае – существенно уменьшился, что свидетельствует об успехах в хирургическом лечении таких больных.

В РФ в последнее десятилетие произошел рост числа умерших от прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки – на 2,1%, в Ставропольском крае за аналогичный период число больных, умерших от прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, наоборот, уменьшилось – на 24,3%.

Показатель летальности госпитализированных по экстренным показаниям больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки в РФ и в крае – увеличился (из-за общего снижения числа больных, нуждающихся в госпитализации по экстренным показаниям, возможно, из-за улучшения организации профилактики и наблюдения за такими больными).

Что касается числа больных, умерших из числа госпитализированных по экстренным показаниям по поводу желудочно-кишечных кровотечений, то в РФ оно за 10 лет увеличилось на 2,3%, а в Ставропольском крае уменьшилось в 2 раза.

За этот же период в РФ и Ставропольском крае уменьшилось число умерших от ущемленной грыжи – на 6,2% и 49,1% соответственно. Показатель летальности госпитализированных по экстренным показаниям больных с 2001 по 2010гг. в РФ не изменился, а в Ставропольском крае – существенно уменьшился, что также свидетельствует о лучшей организации экстренной помощи больным с ущемленной грыжей.

В РФ и Ставропольском крае уменьшилось число умерших от острого холецистита – на 19,4% и 42,5% соответственно. Показатель летальности госпитализированных по экстренным показаниям больных острым холециститом с 2001 по 2010гг. в РФ не изменился, а в крае – уменьшился.

В России в последнее десятилетие произошел значительный рост числа умерших от острого панкреатита – на 27,5%, в Ставропольском крае за аналогичный период число больных, умерших от острого панкреатита, наоборот, уменьшилось – на 20,5% соответственно.

Показатель летальности госпитализированных по экстренным показаниям больных с острым панкреатитом в РФ остался неизменным (возросло число госпитализаций), в крае показатель уменьшился с 3,4 до 1,5%.

Большинство больных при возникновении экстренных состояний в 72,0 – 83,0% случаев госпитализируются в первые сутки после появления симптомов, кроме случаев острой непроходимости кишечника, желудочно-кишечного кровотечения и острого панкреатита. Это, вероятно, связано с тем, что больные стараются «перетерпеть» боль и откладывают обращение к медицинским работникам на возможно более длительный срок.

При поступлении позже 24 часов после начала заболевания вероятность летального исхода увеличивается в диапазоне от 2,1 до 7,5 раза. При этом необходимо заметить, что летальность больных с острой непроходимостью кишечника, желудочно-кишечным кровотечением и острым панкреатитом увеличивается от 2,1 до 2,9 раз, а при остром панкреатите – в 2,1 раза. При остром панкреатите смертельный исход втрое чаще среди поступивших после 24 часов от начала заболевания. Однако и раннее поступление не гарантирует выздоровления. Острый панкреатит, учитывая полиэтиологичность его развития, принадлежит к числу наиболее распространенных и опасных для жизни больного заболеваний, требующих

наблюдения хирурга в постоянной готовности оказать экстренную медицинскую помощь в условиях стационара

Сопоставление полученных данных, рассчитанных для доставленных в стационар больных с диагнозом прободной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, показывает, что вероятность смертельного исхода, если больной доставлен в первые сутки заболевания – 41,8% (т.е. почти половина умерших), а при ранней госпитализации выздоровления – 86%, т.е. чем раньше доставлен больной, тем благоприятнее исход.

Вся экстренная хирургическая патология была условно разделена на 3 группы. В первую группу входят заболевания, которые редко являются поводом для экстренного хирургического вмешательства: реже всего по экстренным показаниям оперируются больные, доставленные в стационар с острым панкреатитом и желудочно-кишечным кровотечением. Доля неоперированных среди них в крае составляла: для желудочно-кишечного кровотечения от 92,8% в 2001г. до 85,9% в 2010г.; для острого панкреатита - от 91,2% в 2001г. до 93,8% в 2010г. В отличие от среднероссийской динамики в Ставропольском крае имеется тенденция к уменьшению доли неоперированных больных желудочно-кишечным кровотечением (за 10 лет на 7,4%), что касается доли неоперированных больных острым панкреатитом, то она незначительно выше в крае.

Ко второй группе (экстренная госпитализация в 20-80% случаев) относится острая непроходимость кишечника и острый холецистит. Доля неоперированных среди больных, доставленных в стационар с острой непроходимостью кишечника, в Ставропольском крае составляла от 34,3 в 2001г. до 44,8 в 2010 г. (среднероссийский показатель также имеет тенденцию к росту - 40,5% и 46,6% соответственно), а среди больных, доставленных в стационар с острым холециститом – от 53,6 % в 2001 г. до 48,3 % в 2010 г. (уровень и динамика этого показателя в Ставропольском крае соответствует среднероссийским (50,8% и 48,5%).

К третьей группе можно отнести хирургическую патологию, которая практически в 100% случаев при экстренной госпитализации нуждается в оперативном вмешательстве. Доля неоперированных среди больных, доставленных в стационары Ставропольского края с острым аппендицитом и прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки в 2001-2010гг. не превышала 0,7%, что несущественно, но меньше, чем в среднем по

Российской Федерации. Доля неоперированных среди больных ущемленной грыжей колебалась в пределах от 2,7% в 2001г. до 14,6% в 2010г.

Таким образом, в отличие от среднероссийской динамики в Ставропольском крае: имеется тенденция к уменьшению доли неоперированных больных желудочно-кишечным кровотечением (за 10 лет на 7,4%); доля больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, доставленных в стационар позже 24 часов от начала заболевания, с 2007г. сокращается, летальность неоперированных больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, доставленных в стационар позже 24 ч. от начала заболевания, составляет 100%; летальность неоперированных больных с острой непроходимостью кишечника, доставленных в стационар по экстренным показаниям, ниже, чем в среднем по РФ; доля больных с желудочно-кишечным кровотечением, доставленных в стационар позже 24 часов от начала заболевания, достаточно высока, хотя и несколько ниже, чем в РФ; отмечается благоприятная тенденция снижения летальности среди больных, доставленных в стационар с желудочно-кишечным кровотечением позже 24 ч. от начала заболевания (с 6,4 до 4,8%); доля больных с острым холециститом, доставленных в стационары позже 24 часов от начала заболевания, за 10 лет возрастает (до 45,8%); доля больных с острым панкреатитом, наоборот, уменьшается (до 33,6%).

Чтобы решить задачи, поставленные в исследовании, в главе 5 была проведена оценка состояния ресурсного обеспечения оказания экстренной хирургической помощи населению. В 2001г. в Ставропольском крае было развернуто 1605 хирургических коек для взрослых больных (30,3% от всех хирургических коек, функционирующих в лечебно-профилактических учреждениях СКФО), обеспеченность составляла 7,9 на 10тыс. населения, в последующие годы число хирургических коек для взрослых больных постепенно увеличивалось. В 2010гг. их было 1349 (темп снижения – 16%). Обеспеченность населения хирургическими койками для взрослых больных уменьшилась – до 6,1 на 10тыс. населения. Взрослое население СКФО и Ставропольского края в меньшей степени, чем население РФ, обеспечено хирургическими койками, несмотря на то, что 30% хирургического коечного фонда для взрослых больных сосредоточено в лечебно-профилактических учреждениях края. Если в течение последних 10 лет абсолютное число хирургических коек в Российской Федерации сокращалось постепенно и

незначительно, то в Ставропольском крае это сокращение было значительным (16%) (рис. 3).

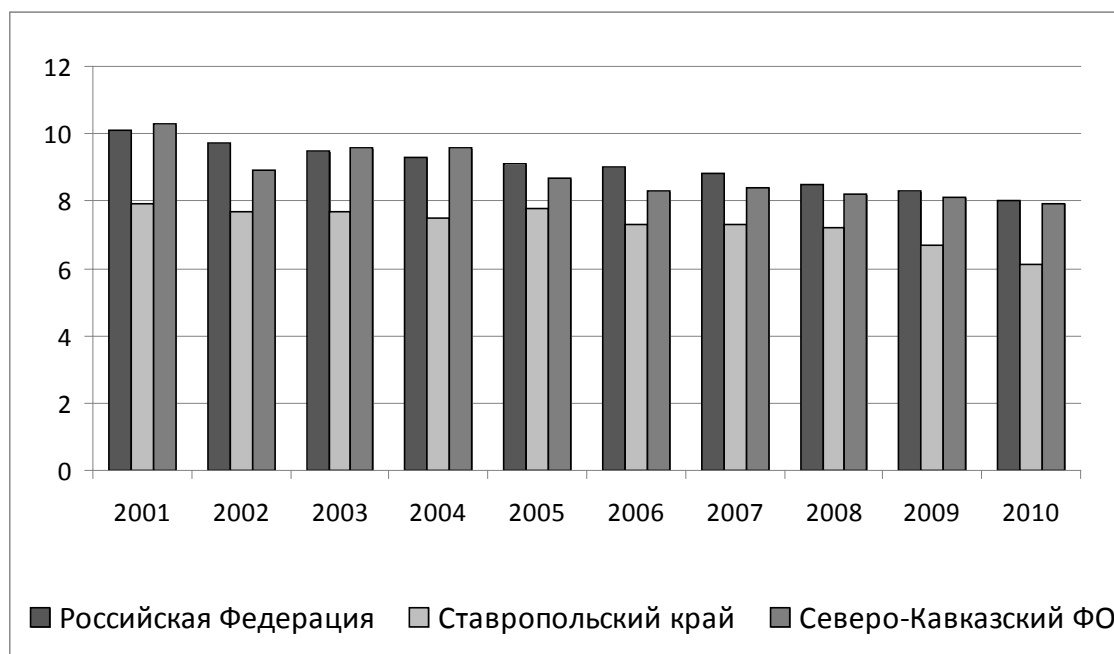


Рис. 3. Обеспеченность хирургическими койками населения Российской Федерации, СКФО и Ставропольского края в 2001-2010гг. (на 10000 взрослого населения)

В Ставропольском крае в среднем хирургическая койка для взрослых работала в 2001г. 330 дней, к 2010г. интенсивность работы койки возросла до 349 дней. Учитывая, что обеспеченность населения хирургическими койками для взрослых в крае традиционно ниже, чем в среднем по Российской Федерации (в 2010г. - на 23,8%), необходимость проводимого сокращения коечного фонда можно подвергнуть сомнению.

Для уточнения выводов о достаточности ресурсного обеспечения экстренной медицинской помощи населению Российской Федерации и Ставропольского края, был проанализирован состав госпитализированных взрослых (18 лет и старше) по поводу болезней органов пищеварения.

В стационары Ставропольского края больные болезнями органов пищеварения доставляются по экстренным показаниям в 45,7% случаев (несколько реже, чем в среднем по РФ), а из них 58,9% - машиной скорой помощи. При этом чаще всего по экстренным показаниям доставляются больные с перитонитом (85,3%) и паралитическим илеусом и непроходимостью кишечника без грыжи (в 78,7%). Больные острым панкреатитом доставляются в стационары Ставропольского края по экстренным показаниям относительно реже, чем в среднем по Российской Федерации (в 65,2 и 85,9% случаев соответственно). Значительно реже, чем в

среднем по РФ по экстренным показаниям в стационары края попадают больные гастритами/дуоденитами (26,2% и 41,2%) и болезнями печени (29,7 и 40,8%) (табл. 5).

Таблица 5

Состав выписанных больных, пролеченных по поводу болезней органов пищеварения. Взрослые (18лет и старше), Ставропольский край, 2010г.

Группы заболеваний	Выписано всего	Доставлено по экстренным показаниям		Доставлено машиной скорой помощи	
		Абс. число	%	Абс. число	%
Б-ни органов пищеварения	40844	18682	45,7	11006	58,9
из них: Язвенная болезнь кишечника и двенадцатиперстной кишки	3161	1570	49,7	949	60,4
Гастрит /дуоденит	3091	811	26,2	420	51,8
Грыжи	3644	1339	36,7	1009	75,4
Неинфекц. колит и энтерит	1738	615	35,4	514	83,6
Др. болезни кишечника	1374	1374	100	1028	74,8
из них: паралитический илеус и непроход кишечника	503	396	78,7	273	68,9
Перитонит	68	58	85,3	32	55,2
Б-ни печени	3151	937	29,7	544	58,1
Б-ни желчного пузыря, желчевыводящих путей	9106	4142	45,5	2442	59,0
Б-ни поджелудочной железы	6479	3385	52,2	2109	62,3
в т.ч. острый панкреатит	3810	2484	65,2	1741	70,0

В Ставропольском крае из госпитализированных по экстренным показаниям пациентов 58,9% (в РФ - 62,3%) доставляются машинами скорой помощи. Чаще машина скорой помощи доставляет нуждающихся в оказании экстренной помощи пациентов с неинфекционным колитом и энтеритом (83,6%), грыжами (75,4%), острым панкреатитом (70,0%).

В стационарах СКФО и Ставропольского края больные на хирургической койке умирали в 2 раза реже. Показатель летальности больных, госпитализированных с патологией брюшной полости, требующей оказания экстренной медицинской помощи, выше, чем летальность на хирургических койках. А летальность больных, госпитализированных по экстренным показаниям, в стационары Ставропольского края существенно

ниже, чем в среднем по России, кроме того, в крае отмечается ярко выраженная положительная динамика этого показателя.

В хирургических отделениях стационаров г. Ставрополя наиболее высокий уровень летальности отмечается при остром панкреатите, желудочно-кишечном кровотечении, прободной язве желудка и 12-перстной кишки, за тем в ранговом порядке идет острая непроходимость кишечника и ущемленная грыжа. Рост уровня летальности в динамике имеет место при прободной язве желудка и 12-перстной кишки, тенденция к росту – при острой непроходимости кишечника и ущемленной грыже. Снижение уровня летальности выявляется при остром панкреатите и желудочно-кишечном кровотечении, а тенденция к снижению – при остром холецистите. В целом по городу в 2005 году летальность после экстренных операций на органах брюшной полости составила 2,45%. В течение второго периода (2006-2010гг) по-прежнему, наиболее высокий уровень летальности отмечается при остром панкреатите, желудочно-кишечном кровотечении, но ее уровень значительно снизился. За тем в ранговом порядке идет прободная язва желудка и 12-перстной кишки (отмечен существенный рост летальности до 9,0%) и острая непроходимость кишечника (отмечается снижение летальности до 5,4%).. Что касается изменения уровня послеоперационной летальности от ущемленной грыжи, то она за 2006-2010гг. практически не изменилась, так же как и от острого аппендицита. Существенное снижение уровня летальности в динамике имеет место при остром холецистите.

Контингент умерших больных в хирургических отделениях стационаров – это преимущественно люди пожилого и старческого возраста (хотя в последние годы отмечается снижение возраста), имеющие соответственно своему возрасту общесоматическую патологию (ИБС, состояние после перенесенного ОИМ, состояние после перенесенного инсульта, ГБ, СД, ХЛН, ХПН и др. заболевания).

Неотъемлемой и наиболее важной частью ресурсного обеспечения процесса оказания экстренной хирургической помощи взрослым больным с патологией брюшной полости являются кадры врачей-хирургов. На рисунке 4 представлена динамика обеспеченности (на 10тыс. населения) врачами-хирургами в РФ, СКФО и Ставропольском крае в 2001-2010гг.

Из данных, представленных на рисунке 4, следует, что в Российской Федерации в течение 10-лет обеспеченность населения врачами-хирургами

оставалась стабильной и составляла во все исследованные годы 2,1 на 10тыс. населения.

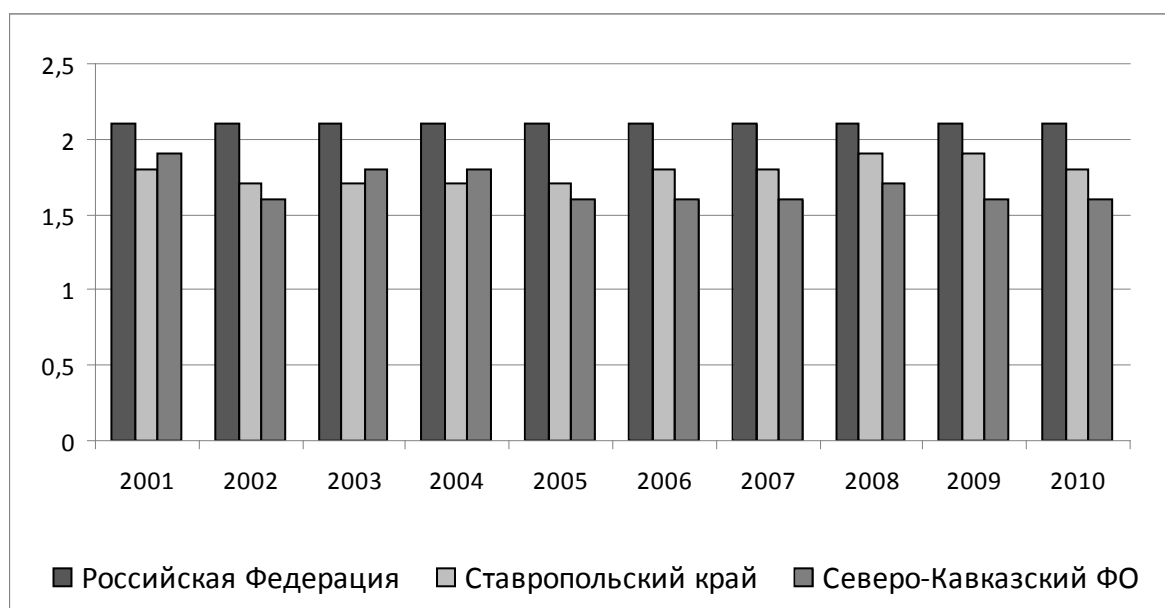


Рис. 4. Обеспеченность взрослого населения врачами-хирургами в РФ, СКФО и Ставропольском крае (на 10000 взрослого населения). 2001-2010гг.

Тот же вывод относится и к СКФО и Ставропольскому краю: абсолютное число врачей-хирургов, работающих в лечебно-профилактических учреждениях, практически не изменялось, а обеспеченность колебалась в пределах 1,9 – 1,6 (в СКФО) и 1,7-1,9 (в Ставропольском крае) на 10тыс. населения. Следует подчеркнуть, что показатель обеспеченности взрослого населения врачами-хирургами в среднем по РФ выше, чем в СКФО и Ставропольском крае.

Укомплектованность штатных должностей в лечебных учреждениях Российской Федерации, СКФО и Ставропольском крае врачами-хирургами традиционно высока. В среднем по Российской Федерации в 2002-2010гг лечебные учреждения были укомплектованы врачами-хирургами более чем на 96%. Этот показатель в СКФО несколько ниже: максимальная укомплектованность штатных должностей врачами-хирургами отмечалась в 2005г. (95,6%), минимальная – в 2003г. (92,2%).

Для разработки наиболее эффективных мероприятий по оптимизации экстренной хирургической помощи в Ставропольском крае был проведен экспертный опрос главных врачей и ведущих врачей-хирургов больниц разных уровней подчинения: муниципального – 11 ЦРБ, уровня субъекта РФ, федеральное государственное учреждение (Клиника СГМА) (табл. 6).

По данным экспертного опроса, 7 из 8 причин (кроме наличия у пациентов тяжелой сопутствующей патологии) летальных исходов среди пациентов, доставленных в хирургические отделения стационаров, являются предотвратимыми и устранимыми, часть из них решается простыми организационными мероприятиями. Основной причиной летальных исходов эксперты признают позднюю обращаемость больных в стационар.

На втором месте как причина, приводящая к летальному исходу, стоит «недостаточная диагностическая база в стационаре и отсутствие медикаментов». На третье место, по мнению экспертов, можно поставить неэффективную работу первичного (амбулаторного) звена. Две причины, прямо связанные друг с другом, на четвертом и шестом местах. Это - «Ошибки врачей стационаров, недостаточный профессионализм врачей, ошибки диагностики» и «Низкая укомплектованность кадрами». На пятом месте среди причин летального исхода эксперты указывают наличие у пациентов тяжелой сопутствующей патологии или их инкурабельность. Седьмое место в ранжированном ряду причин летального исхода, среди пациентов, доставленных в хирургические отделения стационаров, эксперты отводят ошибкам, допущенным при оказании скорой медицинской помощи; восьмое – связано с отсутствием возможности организации ургентной службы в стационарах, отсутствием реанимационных отделений, возможности проведения круглосуточных исследований.

В главе 6 представлены результаты анкетирования населения по вопросам профилактики заболеваний органов пищеварения и оценке частоты распространения заболеваний органов пищеварения по мнению населения. Анкетирование населения проводилось по трем анкетам. В анкетном опросе приняли участие 511 респондентов.

В результате анкетирования было выявлено, что распространённость заболеваний органов пищеварения по данным анкетирования была в 2,2 раза выше, чем по обращаемости, что свидетельствует о наличии скрытой патологии органов пищеварения, которая ведёт к запущенности заболеваний и позднему обращению в лечебные учреждения.

Таблица 6

**Результаты экспертного опроса о причинах высокой летальности больных хирургического профиля,
доставленных в стационар по экстренным показаниям**

	Кочубеевская ЦРБ	МУЗ ГКБ №3	МУЗ ГКБ №2 г. Ставрополя	Шпаковская ЦРБ	Центр специализир. видов помощи №1	Апанасенковская ЦРБ	Благодарненская ЦРБ	Курская ЦРБ	Изобильненская ЦРБ	Шпаковская ЦРБ	Степновская ЦРБ	Нефтекумская ЦРБ	Клиника СГМА	Итого
Поздняя обращаемость пациентов в стационар	1 60%	1 65%	1 90%	1 60%	2 30%	2 30%	1 60%	1 60%	1 48%	1 60%	1 65%	1 60%	3 15%	1 место
Слабая работа амбулаторной службы, недостатки диспансерного наблюдения	2-3 15%	2 20%	4 1%	4 7%	3-4 10%	-	-	2 20%	3 14%	4 5%	2-4 10%	4 4%	1 50%	3 место
Ошибки СМП	2-3 15%	4 5%	-	-	3-4 10%	-	-	-	2 25%	-		5 1%	4 5%	7 место
Недостаточная диагностическая база в стационаре, отсутствие медикаментов	3-4 10%			2 20%		1 50%	4 7%	3-4 10%	4-5 4%	2 20%	2-4 10%		-	2 место
Ошибки врачей стационаров, недостаточный профессионализм врачей, ошибки диагностики			3 4%	5 3%			2 20%		3 5%	5 5%		2 20%	2 30%	6 место
Низкая укомплектованность кадрами				3 10%		3 20%	3 10%		4-5 4%	3 10%	2-4 10%		-	4 место
Наличие у пациентов тяжелой сопутствующей патологии, инкурабельность пациентов		3 10%			1 50%		5 3%						-	5 место
Отсутствие ургентной службы, реанимационных отделений, возможности проведения круглосуточных исследований			2 5%					3-4 10%	4-5 4%		5 5%	3 15%	-	8 место

Респонденты считали, что обеспеченность амбулаторно-поликлинической гастроэнтерологической помощью населения г.Ставрополя недостаточная, это подтверждалось тем, что заключительный диагноз заболевания органов пищеварения в 61% случаев ставится терапевтом.

Значимость поведенческих факторов риска в возникновении заболеваний органов пищеварения велика. 22,9±2,2% опрошенных принимают крепкие напитки 1-2 раза в неделю, а 11,6±2,3% из них употребляют их в ходе обычной выпивки более 200,0 мл. 13,9±1,7% - пьют пиво практически ежедневно. Более 70% опрошенных не интересуются составом и калорийностью съеденной пищи, не стремятся покупать экологически чистые продукты и не используют фильтры для очистки питьевой воды. Около 70% опрошенных страдают от гиподинамии и недостатка физической активности. Регулярно занимаются в спортивных секциях и фитнес клубах 4,9±0,9% респондентов. В результате практически полного прекращения массовой санитарно-просветительской работы населения мало информировано не только по важнейшим вопросам лечения и профилактики заболеваний, но и по основным принципам поведения больного при экстренных состояниях («острый живот»). Опрошенные врачи предлагали улучшить преемственность в работе различных медицинских служб путем изменения оплаты труда – 38,0±1,9%; оптимизации управления лечебными учреждениями - 22,8±1,7%; повышения квалификации медиков – 21,4±1,6% и своевременности обращения пациентов – 12,4±1,3% респондентов.

В заключительной **7 главе** исследования проведена оценка мнения населения о деятельности стационарных учреждений здравоохранения Ставропольского края, оказывающих хирургическую помощь, представлены мероприятия по улучшению организации экстренной помощи больным хирургического профиля и оценена их эффективность.

Из общего числа пациентов, участвовавших в опросе, было 45,1% мужчин и 54,9% женщин. Возраст респондентов колебался от 13 до 90 лет. Средний возраст опрошенных составил 47,81 лет, при стандартной ошибке среднего ±0,677 и стандартном отклонении 16,516.

Чаще всего пациенты отдавали самые высокие оценки по параметрам, характеризующим отношение медицинских работников. Условиям пребывания уже не так много респондентов давало самые высокие оценки.

Так, например, «Отлично» сказали о площади и микроклимате палат менее одной трети (30,9%) респондентов. Также, чуть меньше одной трети (32,1%) отозвалось на «Отлично» относительно степени загруженности палат койками. По поводу состояния мебели дало оценку «Отлично» еще меньше респондентов (27,8%). Организацию работы учреждения по каждому параметру респонденты оценивали чаще всего в высокой степени. О доступности медицинской помощи было много пропущенных и затруднительных ответов. По эффективности (результативности) полученной медицинской помощи и работе учреждения в целом снова встречались, в основном, самые высокие баллы, за исключением вопросов, по которым много респондентов затруднялось ответить.

Главные факторы, из которых складывается мнение пациентов о деятельности учреждений, и их оцениваемые параметры: отношение медицинских работников (отношение врачей к Вашим проблемам; отношение к Вам среднего медперсонала; внимание к просьбам, пожеланиям; культура обслуживания; добросовестное выполнение функциональных обязанностей; уровень доверия к медицинскому персоналу); условия пребывания пациента (условия ожидания очереди на прием, процедуру) (свобода пространства, мебель, воздух, санитарно-гигиенические условия); освещенность помещений; обеспеченность бельем, его качество; состояние территории вокруг учреждения); организация работы (порядок госпитализации; интенсивность лечения; порядок работы учреждения в будние дни; работа постовых и процедурных сестер; работа младшего медицинского персонала; организация работы персонала).

Влияние факторов доказано высокой степенью значимости каждого из них (отношение медицинских работников - $p < 0,001$; условия пребывания в стационаре - $p < 0,001$; организация работы учреждения - $p < 0,001$) в оценке общего субъективного мнения респондентов о деятельности стационарных учреждений, оказывающих хирургическую помощь. Это было подтверждено и обнаружением значимой взаимосвязи общего мнения со средней оценкой по всем параметрам ($p < 0,001$).

По результатам корреляционного анализа выявлены факторы, которые оказывают значимое влияние на среднюю оценку. В большей степени на результат оказывают влияние параметры, характеризующие организацию работы учреждения ($r = 0,919$; $p < 0,001$). На втором плане набор параметров,

характеризующих отношение медицинских работников ($r = 0,881$; $p < 0,001$). И в меньшей степени фактор условий пребывания в стационаре оказывает влияние на оценку в целом ($r = 0,854$; $p < 0,001$). В среднем, по каждому из факторов, респонденты давали оценки выше 4. Так по параметрам, характеризующим отношение медицинских работников, средний балл составил $4,56 \pm 0,02$; по условиям пребывания пациента – $4,21 \pm 0,028$; по организации работы – $4,49 \pm 0,022$. Средний балл по всем параметрам равен $4,47 \pm 0,022$.

Средний балл по всем параметрам зависит от принадлежности респондента к группе льготников $p = 0,036$. Оценки несколько выше у тех респондентов, которые относятся к группе льготников.

Возрастная группа, к которой принадлежит респондент сказывается на оценке условий пребывания в стационарном учреждении ($p = 0,036$). С возрастом оценка пациентами условий пребывания в стационаре несколько снижается: 14-24 года - $4,39 \pm 0,08$; 25-44 года - $4,23 \pm 0,04$; 45-59 лет - $4,05 \pm 0,06$. В группе респондентов в возрасте от 60 и более лет эта оценка немного возрастает до $4,15 \pm 0,06$, но она пересекается с интервалом стандартной ошибки средней оценки предыдущей возрастной группы, и поэтому является незначимой.

При более высоком уровне образования чаще наблюдается более высокая оценка условий пребывания в стационаре. При начальном образовании средняя оценка условий пребывания респондента в стационарном учреждении $3,83 \pm 0,13$; при среднем – $4,19 \pm 0,04$; при высшем – $4,23 \pm 0,05$. Однако, различия в оценках респондентов со средним и высшем образованием статистически не значимы.

Проведенное исследование позволило определить отношение пациентов, находящихся на стационарном лечении по поводу хирургических заболеваний, к модернизации службы здравоохранения хирургического профиля. В результате, обобщена оценка пациентами качества медицинских услуг. Выделены факторы, формирующие мнение пациентов о деятельности стационарных учреждений здравоохранения Ставропольского края, оказывающих хирургическую помощь, в том числе, по организации экстренной хирургической помощи.

На основании данных исследования для совершенствования организации экстренной хирургической помощи были разработаны и внедрены мероприятия, которые представлены в таблице 7.

Таблица 7.

Система мероприятий по оптимизации экстренной хирургической помощи больным на региональном уровне

Выявленные проблемы	Мероприятия	Нормативные документы, регламентирующие проведение мероприятий
Поздняя обращаемость в стационар	1. Дополнительная диспансеризация работающего населения в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» 2. Развитие «Центров здоровья» 3. Повышение доступности диагностических услуг для населения 4. Анкетирование населения и определение уровня знаний по вопросам профилактики заболеваний органов пищеварения 5. Санитарно-просветительная работа в учреждениях первичного звена здравоохранения и центрах медицинской профилактики	1. Приказ министерства здравоохранения Ставропольского края № 05-02/517 от 28.10*2003 «О соблюдении этапности оказания медицинской помощи в Ставропольском крае»
Слабая работа амбулаторной службы, недостатки диспансерного наблюдения	1. Определены виды регламентированной медицинской помощи хирургическим больным в зависимости от категории ЛПУ 2. Оснащение первичного звена здравоохранения диагностическим оборудованием – всего 110 единиц (в т.ч. аппараты УЗИ, эндоскопы, рентгеновские аппараты и т.д.). 3. Проведение в рамках приоритетного работающего населения национального проекта «Здоровье» дополнительной диспансеризации. 4. Использование выездных форм работы: проведение операций в ЛПУ районов края. 5. Расширение объемов плановых операций. 6. Развитие центров амбулаторной хирургии с койками дневного пребывания (в консультативно-диагностической поликлинике г. Ставрополя, в поликлиниках гг. Невинномысска, Пятигорска, Железноводска, Ессентуки, Кисловодска, Георгиевска, Буденновской ЦРБ, Минераловодской ЦРБ). Всего 9 центров.	2. Приказ министерства здравоохранения Ставропольского края от 12.07.2010г. № 01-05/484 «О мерах по реализации Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком» и условий
Ошибки в действиях- скорой медицинской помощи	1. Применение стандартов оказания скорой медицинской помощи 2. Обучение и подготовка кадров, в том числе с использованием имитационных методов 3. Оснащение ССМП новыми автомобилями и оборудованием.	Соглашения №135ДТП-1153/63 между Министерством здравоохранения и
Недостаточная диагностическая база в стационаре, отсутствие медикаментов	1. Оснащение практически всех ЛПУ по программе «Здоровье» эндоскопической аппаратурой. 2. Оснащение ЛПУ, в том числе, центральных районных больниц видеолапароскопическими стойками.	Министерством здравоохранения и

<p>Ошибки врачей стационаров, недостаточный профессионализм врачей, ошибки диагностики</p>	<p>1. Создание па базе СтГМА лаборатории инновационных технологий обучения с оснащением ее современными аппаратно-тренажерными комплексами. 2.Соблюдение этапности оказания медицинской помощи, в частности установление коэффициентов сложности хирургических операций в зависимости от уровня ЛПУ 3. Внедрение стандартов лечения: Острый аппендицит - К35; Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы - Q4; Кисты поджелудочной железы – К86.21; Острый панкреатит - К85.0; Острый холецистит - К80; Перфоративная язва - К25.0; Хронический панкреатит - К26.1 Грыжи - К46; Желудочно-кишечное кровотечение - К92.2; Тупая травма живота - S30; Ущемленные грыжи - К46; Хронический калькулезный холецистит - К80 и др. 4. Проведение телеконференций о лечении сложных больных с ведущими специалистами федеральных клиник. 5. Проведение регулярных трансляций показательных оперативных вмешательств из операционных в учебные аудитории. 6. Организация оказания анестезиолого-реанимационной помощи в учреждениях здравоохранения края. 7. Проведение лапароскопических вмешательств.</p>	<p>социального развития Российской Федерации и Правительством Ставропольского края о реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно- транспортных происшествиях». 3. Приказ министерства здравоохранения Ставропольского края от 15.07.2010г. № 01-05/486 «Об установлении региональных медицинских стандартов при оказании медицинской помощи».</p>
<p>Низкая укомплектованность кадрами</p>	<p>1. Постоянное (рутинное) консультирование пациентов со сложными клиническими случаями, наблюдение в послеоперационном периоде, консультации с ведущими учреждениями для направления на лечение. 2. Подготовка врачей – хирургов в СтГМА.</p>	<p>4. Приказ Министерства здравоохранения Ставропольского края от 18.03.2010г. № 01-05/175 «Об организации оказания анестезиолого-реанимационной помощи в учреждениях</p>
<p>Наличие у пациентов тяжелой сопутствующей патологии, инкурабельность пациентов</p>	<p>1.Проведение эндохирургического лечения общехирургических заболеваний органов брюшной полости.</p>	<p>реанимационной помощи в учреждениях здравоохранения Ставропольского края».</p>
<p>Отсутствие ургентной службы, реанимационных отделений, возможности проведения круглосуточных исследований</p>	<p>1.Организация отделений (групп) анестезиологии-реанимации в муниципальных ЛПУ 2. Подготовка медицинских кадров для реанимационных отделений ЛПУ 3. Оснащение реанимационных отделений ЛПУ современным оборудованием</p>	<p>здоровоохранения Ставропольского края».</p>

В результате внедрения представленных мероприятий в Ставропольском крае к 2010г. сложилась более благоприятная ситуация по заболеваемости населения болезнями пищеварительной системы, чем в среднем по России. В крае существенно улучшилось качество оказания экстренной медицинской помощи больным хирургического профиля, повысилась эффективность использования ресурсов, что привело к снижению летальности практически от всех заболеваний органов пищеварения (табл. 8).

Таблица 8

Результаты внедрения системы мероприятий по оптимизации процесса оказания экстренной медицинской помощи больным хирургического профиля в Ставропольском крае

Показатели	Ставропольский край			Российская Федерация		
	2001	2010	Темп изменения	2001	2010	Темп изменения
I. Динамика показателей заболеваемости взрослого населения (на 100 тысяч)						
гастритами и дуоденитами	1135,0	1139,6	+0,4%	2017,8	2571,2	+27,4%
болезнями поджелудочной железы	426,4	705,7	+65,5%	471,5	909,1	+92,8%
язвенной болезнью желудка и 12-и перстной кишки	1196,3	726,9	-39,2%	1623,5	1259,4	-22,4%
болезнями печени	172,2	235,1	+36,5%	248,1	362,0	+45,9%
неинфекционным колитом и энтеритом	304,9	172,9	-43,3%	298,8	273,6	-8,4%
II. Показатели, характеризующие качество оказания экстренной медицинской помощи						
летальность госпитализированных по экстренным показаниям по поводу: - острой непроходимости кишечника	6,1	2,9	-52,4%	5,1	5,1	0
- желудочно-кишечных кровотечений	6,4	3,6	-43,7%	5,1	5,3	+3,9%
- острого панкреатита	3,4	1,5	-55,9%	2,6	2,5	-3,8%
Послеоперационная летальность пациентов, доставленных в стационар несвоевременно по поводу: - острого панкреатита	38,5	24,1	-37,4%	26,4	21,6	-18,2%
- желудочно-кишечного	27,7	9,3	-66,4%	17,8	17,8	0

кровотечения						
-острой непроходимости кишечника	15,3	13,6	-11,1%	16,1	9,8	-39,1
Доля неоперированных среди больных, доставленных в стационар с желудочно-кишечным кровотечением	92,8	85,9	-7,4%	76,3	86,0	+12,7
Доля больных, доставленных в стационар несвоевременно по поводу: - острой непроходимости кишечника	36,0	30,1	-16,4%	35,9	39,9	+11,1%
- желудочно-кишечных кровотечений	39,0	30,3	-22,3%	42,7	39,3	-7,9%
- острого панкреатита	40,1	33,6	-16,2%	46,2	45,3	-1,9%
III. Показатели, характеризующие организацию экстренной медицинской помощи						
Среднее число дней работы хирургической койки в году	330	348	+5,5%	320	327	+2,2%
Оборот хирургической койки для взрослых	31,9	37,7	+18,2%	28,0	33,0	+17,9
Доля холецистэктомий, которые выполняются лапароскопически	Возросла до 70%			-	-	-
Внедрение малоинвазивных хирургических вмешательств	Ежегодно обучается до 120 специалистов			-	-	-

Выводы

1. Динамика общей заболеваемости населения болезнями органов пищеварения в 2001 – 2010гг. в Ставропольском крае была более благоприятной, чем в среднем по стране, за этот период в Российской Федерации показатель возрос на 2,9%, в крае снизился – на 3,0%. В крае значительно реже среди болезней органов пищеварения регистрируются гастриты, дуодениты, болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей. Динамика этих показателей в крае, в отличие от Российской Федерации в целом, характеризуется положительными тенденциями. Показатель заболеваемости язвенной болезнью желудка и 12-и перстной кишки в

Ставропольском крае на 61,2% ниже, чем в среднем по России, и он снижается темпами значительно превышающими среднероссийские. Показатель заболеваемости взрослого населения болезнями поджелудочной железы в Ставропольском крае, так же как и по России в целом имеет тенденцию к росту, за 10 лет он увеличился в 1,5 раза (в РФ - в 1,7 раза). В Ставропольском крае также отмечается рост показателя заболеваемости болезнями печени, но он менее значительный, чем в целом по России.

2. В структуре причин предотвратимой смертности в Ставропольском крае болезни органов пищеварения в целом занимают V ранговое место, на их долю приходится 3,2% всех смертей. В классе болезней органов пищеварения на первом месте как причина, приводящая к смерти, стоит фиброз и цирроз печени (22,6 на 100тыс. населения); на втором - язва желудка и двенадцатиперстной кишки (4,8), острый панкреатит (4,3) и алкогольная болезнь печени (4,2). Вклад остальных заболеваний в формирование показателя смертности незначителен.

3. Общий объем госпитализаций в стационары Ставропольского края пациентов для оказания экстренной медицинской помощи в 2001 - 2010 гг. не изменился (в отличие от суммарных данных по Российской Федерации): число госпитализаций по поводу острой непроходимости кишечника возросло на 19,0%; по поводу острого холецистита – на 7,0%; по поводу острого панкреатита – на 74,1%; по поводу острого аппендицита, наоборот, уменьшилось на 21,8%; по поводу прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки – на 46,0%; по поводу ущемленной грыжи - на 8,6%; по поводу желудочно-кишечных кровотечений на -13,0 %.

4. Всю экстренную хирургическую патологию целесообразно разделить на 3 группы. В первую группу входят заболевания, которые редко являются поводом для экстренного хирургического вмешательства: острый панкреатит и желудочно-кишечное кровотечение. Доля неоперированных среди них составляет более 85%. Ко второй группе относится острая непроходимость кишечника и острый холецистит. Доля неоперированных среди больных, доставленных в стационар с острой непроходимостью кишечника составляет от 35 до 85%. К третьей группе можно отнести хирургическую патологию, которая практически в 100% случаев при экстренной госпитализации нуждается в оперативном вмешательстве: острый аппендицит, прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, ущемленная грыжа.

5. В стационарах Ставропольского края, в отличие от среднероссийских результатов оперативного лечения экстренных состояний в 2001 – 2010гг. отмечено уменьшение доли больных, прооперированных по поводу острой непроходимости кишечника; отмечается рост доли оперированных по поводу желудочно-кишечного кровотечения в 2 раза (в среднем по Российской Федерации этот показатель возрос на 40,3%). Больные острым аппендицитом, доставленные в стационары Ставропольского края, также как и в среднем по Российской Федерации, оперируются по экстренным показаниям более чем в 99% случаев. Динамика показателей, характеризующих оказание экстренной хирургической помощи больным с ущемленной грыжей и острым холециститом, соответствует общероссийской, но в крае тенденция к улучшению ситуации более выражена.

6. В стационары Ставропольского края больные болезнями органов пищеварения доставляются по экстренным показаниям в 45,7% случаев (несколько реже, чем в среднем по РФ), а из них 58,9% - машиной скорой помощи. При этом чаще всего по экстренным показаниям доставляются больные с перитонитом (85,3%) и паралитическим илеусом и непроходимостью кишечника без грыжи (в 78,7% случаев). Больные острым панкреатитом (в 65,2 и 85,9% случаев соответственно), гастритами/дуоденитами (26,2% и 41,2%) и болезнями печени (29,7 и 40,8%) доставляются в стационары Ставропольского края по экстренным показаниям относительно реже, чем в среднем по Российской Федерации.

7. Взрослое население СКФО и Ставропольского края в меньшей степени, чем население Российской Федерации обеспечено хирургическими койками. В течение последних 10 лет абсолютное число хирургических коек в Российской Федерации сокращалось постепенно, в Ставропольском крае это сокращение было значительным (на 16%). Врачами - хирургами население Ставропольского края обеспечено в меньшей степени, чем в среднем по Российской Федерации, хотя укомплектованы врачами – хирургами лечебные учреждения края лучше, главным образом, за счет более высокого коэффициента совместительства.

8. По результатам экспертного анализа установлено, что 7 из 8 причин (кроме наличия у пациентов тяжелой сопутствующей патологии) летальных исходов среди пациентов, доставленных в хирургические отделения

стационаров края, являются предотвратимыми и устранимыми, часть из них решается организационными мероприятиями. Основной причиной летальных исходов среди пациентов, доставленных в хирургические отделения стационаров, эксперты признают позднюю обращаемость больных в стационар; на втором месте стоит «недостаточная диагностическая база в стационаре и недостаток медикаментов для оказания экстренной помощи»; на третьем - неэффективная работа первичного (амбулаторного) звена; на четвертом - наличие у пациентов тяжелой сопутствующей патологии или их инкурабельность. На пятом – шестом местах стоят «Ошибки врачей стационаров, недостаточный профессионализм врачей, ошибки диагностики» и «Низкая укомплектованность кадрами». Седьмое место эксперты отводят ошибкам, допущенным при оказании скорой медицинской помощи; восьмое – связано с отсутствием возможности организации ургентной службы в стационарах, отсутствием реанимационных отделений, возможности проведения круглосуточных исследований.

9. Частота распространения заболеваний органов пищеварения, оцененная по данным анкетирования населения, в 2,2 раза выше, чем по обращаемости, что свидетельствует о наличии скрытой патологии органов пищеварения, которая ведёт к выявлению запущенных форм заболеваний и позднему обращению в лечебные учреждения. Значимость поведенческих факторов риска в развитии заболеваний органов пищеварения велика: 22,9±2,2% опрошенных принимают крепкие напитки 1-2 раза в неделю, а 11,6±2,3% из них употребляют их в ходе обычной выпивки более 200,0 мл, 13,9±1,7% - пьют пиво практически ежедневно. Более 70% опрошенных не интересуются составом и калорийностью съеденной пищи, не стремятся покупать экологически чистые продукты и не используют фильтры для очистки питьевой воды. Около 70% опрошенных страдают от гиподинамии и недостатка физической активности. Регулярно занимаются в спортивных секциях и фитнес клубах 4,9±0,9% респондентов. По мнению опрошенных, обеспеченность амбулаторно-поликлинической гастроэнтерологической помощью населения г.Ставрополя недостаточная, это подтверждается тем, что в 61% случаев заключительный диагноз заболевания органов пищеварения ставится терапевтом.

10. На основании данных исследования была разработана и внедрена система мероприятий, которая позволила улучшить ситуацию по

заболеваемости населения болезнями органов пищеварения и повысить качество экстренной хирургической помощи. В 2010г. показатель заболеваемости по обращаемости болезнями органов пищеварения в Ставропольском крае был на 73,7% ниже, чем среднем по Российской Федерации и на 32,4% ниже, чем в среднем по Северо-Кавказскому федеральному округу (65,2; 96,5 и 113,2 на 1000 населения соответственно). Кроме того, в крае уменьшилась послеоперационная летальность больных острой непроходимостью кишечника (на 43,8%), острым панкреатитом (на 39,5%), желудочно-кишечным кровотечением (с 16% до 8,5%); уменьшилась доля операций, сделанных по экстренным показаниям больным с грыжами и желчнокаменной болезнью, а также увеличилась доля оперированных с желудочно-кишечным кровотечением (в 2 раза); среди поступивших в стационары уменьшилось число больных, умерших от острого аппендицита, (на 30%), от прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (на 24,3%), от ущемленной грыжи (на 49,1%), от острого холецистита (на 42,5%), от острого панкреатита (на 20,5%).

Практические рекомендации

1. Обеспечить соблюдение этапности оказания медицинской помощи, определив регламент медицинской помощи хирургическим больным в зависимости от категории ЛПУ и коэффициенты сложности хирургических операций в зависимости от уровня ЛПУ.

2. Организовать работу по улучшению плановой хирургической санации больных с заболеваниями чаще других приводящих к необходимости оказания экстренной помощи в условиях стационара.

3. Создавать Центры амбулаторной хирургии с койками дневного пребывания, которые позволяют существенно разгрузить хирургические отделения стационаров, увеличив число хирургических операций в амбулаторной сети в 1,5 – 2 раза.

4. Ввести должность главного хирурга органа управления здравоохранением субъекта, что позволяет реально влиять на подготовку медицинских кадров, на их рациональное использование, реально оценивать и проводить адекватные мероприятия в хирургических службах муниципальных образований.

5. Создавать лаборатории «инновационных технологий обучения» с оснащением ее современными аппаратно-тренажерными комплексами, что

позволяет обучить специалистов видеолaparоскопическим технологиям и быстро внедрять эти технологии в практическое здравоохранение, в том числе в неотложную хирургию.

6. Для оценки частоты распространения заболеваний органов пищеварения проводить регулярное анкетирование населения.

**Список публикаций по теме диссертации в изданиях,
рекомендованных ВАК**

1. Муравьев К.А. Актиномикоз крестцово-копчиковой и перианальной областей/ Д.А. Халин, В.И. Линченко, Е.В. Волостников, К.А. Муравьев, С.И. Петросянц, А.В. Коврижкин, Р.В. Журавель, О.В. Лысенко, Д.Б. Оверченко // Колопроктология, 2008. - № 1 (23). - С. 19-23.
2. Муравьев К.А. Качество и доступность медицинской помощи в условиях реализации национального проекта «Здоровья»/ К.Р. Амлаев, Е.П. Шалина, К.А. Муравьев // Врач. Москва, 2008. - № 1. - С. 82-84.
3. Муравьев К.А. Повышение эффективности использования лекарственных средств в многопрофильном стационаре/ И.Б. Шикина, С.Л. Вардосанидзе, К.А. Муравьев // Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2007. - № 11. - С.80.
4. Муравьев К.А. Методология проверки качества управления многопрофильным стационаром/ Н.В. Шевцова, И.Б. Шикина, К.А. Муравьев // Вестник Российской военно-медицинской академии, 2009. - № 1 (25). - С. 185.
5. Муравьев К.А. Влияние обучения пациентов в многопрофильном стационаре на удовлетворенность качеством оказываемой медицинской помощи/ К.А. Муравьев, Н.В. Шевцова// Вестник Российской военно-медицинской академии, 2009. - № 1 (25). - С. 185 – 186.
6. Муравьев К.А. Ятрогения в условиях стационара у геронтологической группы больных/ А.О. Дейнеко, К.А. Муравьев, И.Б. Шикина// Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова, 2009. - № 2/1. – С. 237-238.
7. Муравьев К.А. Современные подходы к формированию политики снижения неравенства в здоровье населения/ А.В. Курбатов, К.Р. Амлаев, К.А. Муравьев // Медицинский вестник Северного Кавказа, Ставрополь, 2011. - № 2 (22). - С. 67-71.
8. Муравьев К.А. Роль злокачественных новообразований в формировании потребности в неотложной хирургической помощи/ К.А. Муравьев, А.В. Муравьев// Медицинский вестник Северного Кавказа, Ставрополь, 2011. - № 3 (23). – С. 90-92.
9. Муравьев К.А. Современное состояние проблемы неравенства в здоровье: экологические, гендерные, экономические аспекты/ А.В. Курбатов, К.Р. Амлаев, К.А. Муравьев// Вестник Ставропольского государственного университета, 2011. -№ 3. - С. 24-30.
10. Муравьев К.А. Состояние проблемы неравенства в здоровье в Российской Федерации/ А.В. Курбатов, К.Р. Амлаев, К.А. Муравьев// Системный анализ и управление в биомедицинских системах, 2011. - том 10 № 3. - С. 602-610.
11. Муравьев К.А. Смертность населения Ставропольского края от болезней системы пищеварения за десятилетний период (2001-2010 г.г.)/ К.А.Муравьев

// Кубанский научный медицинский вестник, 2011. № 5. УДК (-32): 312.2: 616-06: 616.3 - С. 102-104.

12. Муравьев К.А. Причины летальных исходов от болезней органов пищеварения в стационарах хирургического профиля в Российской Федерации, Северо-Кавказском федеральном округе и Ставропольском крае в динамике за 10 лет/ К.А. Муравьев, Д.Н. Сергеев// Социальные аспекты здоровья населения. [Электронный журнал] 2011. - №3

13. Муравьев К.А. Симуляционное обучение в медицинском образовании – переломный момент/А.Б. Ходжаян, К.А. Муравьев, С.В. Рой // Фундаментальные исследования, 2011. УДК: 61: 37: 331. 101. С. 534-537.

14. Муравьев К.А. Возможности «Живой хирургии» в обучении студентов медицинских ВУЗов / И.В.Суздальцев, К.А. Муравьев// Фундаментальные исследования, 2011.

15. Муравьев К.А. Частота и динамика распространения заболеваний пищеварительной системы в Российской Федерации, СКФО и Ставропольском крае / К.А. Муравьев// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2011.- №6.-С. 16-19.

Монографии, статьи и материалы конференции

16. Муравьев К.А. Прямокишечно-влагалищные свищи у больных с недостаточностью анального сфинктера / В.Е.Смирнов, Л.П.Калайда, К.А.Муравьев// Материал 1-й Российской гастроэнтерологической недели, Санкт - Петербург, 1995. – С. 65-66.

17. Муравьев К.А. Аноректальная монометрия в диагностике и мониторинговании и лечения заболеваний прямой кишки/ К.А.Муравьев, В.Д.Пасечников, А.В.Муравьев, Т.Г.Удовиченко// Материалы юбилейной научно-практической конференции.. 1997. – С.172-173.

18. Муравьев К.А. Хирургическая тактика при повреждениях прямой и ободочной кишки /А.В. Муравьев, В.Е.Смирнов, К.А.Муравьев, А.И.Шетогубов// Краевая конференция хирургов. Ставрополь, 1997. – С.61-62.

19. Муравьев К.А. Реабилитация больных с повреждением запирающего аппарата прямой кишки / А.В.Муравьев, К.А.Муравьев, В.Е.Смирнов. // Научно-практическая конференция. Пятигорск. 1997. – С. 254-256.

20. Муравьев К.А. Ректовагинальные свищи/ К.А.Муравьев, А.В.Муравьев, В.Е.Смирнов, С.П.Попов// Материалы съезда колопроктологов и онкологов. Волгоград, 1997. – С. 88-93.

21. Муравьев К.А. Хирургическая тактика в лечении ректовагинальных свищей в сочетании с недостаточностью анального сфинктера/ А.В.Муравьев, К.А.Муравьев // Проблемы колопроктологии. М., 1996. – С. 124-127.

22. Муравьев К.А. Хирургическая тактика в лечении больных с нарушением функции запирающего аппарата прямой кишки/ К.А.Муравьев, А.В.Муравьев, В.Е.Смирнов, П.М.Лаврешин// Материалы юбилейной научной конференции, посвященной 90-летию со дня рождения профессора М.С. Макарова. Ставрополь, 1998. – С. 333-334.

23. Муравьев К.А. Выбор метода лечения ректовагинальных свищей у больных с недостаточностью анального сфинктера/ А.В.Муравьев, В.Е.Смирнов, К.А.Муравьев, В.К.Гобеджишвили// Материалы юбилейной научной конференции, посвященной 90-летию со дня рождения профессора М.С. Макарова. Ставрополь, 1998. – С. 335-337.

24. Муравьев К.А. Послеоперационные осложнения у больных с механической желтухой при опухолях панкреатодуоденальной зоны/ К.А.Муравьев, Д.Н.Балабанов, О.Ю.Чернявская// Материалы научной конференции. Ставрополь, 2000. – 146с.
25. Муравьев К.А. Лечение больных с нарушением функции запирающего аппарата прямой кишки/ А.В.Муравьев, П.М.Лаврешин, К.А.Муравьев, В.К.Гобеджишвили, В.И.Ливченко// Актуальные проблемы колопроктологии. 4-я Всероссийская конференция с международным участием. Иркутск, 1999. – С. 87-88.
26. Муравьев К.А. Хирургическое лечение ректовагинальных свищей у больных с недостаточностью анального сфинктера/ К.А.Муравьев, А.В.Муравьев, П.М.Лаврешин, В.К.Гобеджишвили, В.И.Ливченко, В.Е.Смирнов// Актуальные проблемы колопроктологии. 4-я Всероссийская конференция с международным участием. Иркутск, 1999. – С. 89-90.
27. Муравьев К.А. Особенности диагностики первично-множественного метастатического рака толстой кишки/ А.В.Муравьев, П.М.Лаврешин, В.К.Гобеджишвили, В.И.Ливченко, К.А.Муравьев// Актуальные проблемы колопроктологии. 4-я Всероссийская конференция с международным участием. Иркутск, 1999. – С. 69-71.
28. Муравьев К.А. Сочетание операции в проктологии/ А.В.Муравьев, П.М.Лаврешин, В.К.Гобеджишвили, В.И.Ливченко, К.А.Муравьев, В.Е.Смирнов// Всероссийская научно-практическая конференция хирургов. Пятигорск, 1999. – С. 214-215.
29. Муравьев К.А. Хирургическое лечение ректовагинальных свищей у больных с недостаточностью анального сфинктера/ К.А.Муравьев, А.В.Муравьев, П.М.Лаврешин, В.К.Гобеджишвили, В.И.Ливченко, В.Е.Смирнов// Всероссийская научно-практическая конференция хирургов. Пятигорск, 1999. – С. 215-216.
30. Муравьев К.А. Лечение больных с нарушением функции запирающего аппарата прямой кишки/ А.В.Муравьев, П.М.Лаврешин, В.К.Гобеджишвили, В.И.Ливченко, К.А.Муравьев, В.Е.Смирнов// Всероссийская научно-практическая конференция хирургов. Пятигорск, 1999. – С. 216-217.
31. Муравьев К.А. Хирургическая тактика в лечении больных с ректовагинальными свищами/ К.А.Муравьев, А.В.Муравьев, П.М.Лаврешин, В.К.Гобеджишвили, В.И.Ливченко, В.Е.Смирнов// Всероссийская конференция заведующих кафедрами общей хирургии ВУЗов РФ. Ростов-на-Дону, 2001. – С. 146- 147.
32. Муравьев К.А. Отдаленные результаты лечения больных с ректовагинальными свищами/ А.В.Муравьев, П.М.Лаврешин, В.К.Гобеджишвили, В.И.Ливченко, К.А.Муравьев, В.Е.Смирнов// Всероссийская конференция заведующих кафедрами общей хирургии ВУЗов РФ. Ростов-на-Дону, 2001. – С. 147-148.
33. Муравьев К.А. Гипербарическая оксигенация в комплексной терапии гнойной патологии/ В.Е.Смирнов, П.М.Лаврешин, К.А.Муравьев, И.Н.Никифоров, В.Ю.Мануков, В.К.Гобеджишвили, С.И.Петросянц, В.Н.Дыба// Всероссийская конференция хирургов, Пятигорск, 2001. – 89с.
34. Муравьев К.А. Реабилитация больных с нарушением функции запирающего аппарата прямой кишки/ В.Е.Смирнов, П.М.Лаврешин, К.А.Муравьев// Медицина – достижения и перспективы. Коллегия Министерства здравоохранения РФ. Тезисы докладов, Москва, 2004. – 78с.

35. Муравьев К.А. Лечение актиномикоза в проктологии/ Д.А.Халин, В.Н.Дыба, К.А.Муравьев// Гастроэнтерология Юга России. Известия высших учебных заведений Северо-Кавказский регион. Естественные науки. Спецвыпуск, 2005. – С. 111-112.
36. Муравьев К.А. Стриктуры прямой кишки/ К.А.Муравьев, О.В.Лысенко, В.И.Линченко, С.И.Петросянц, Н.М.Мудров, Р.В.Журавель// Гастроэнтерология Юга России. Известия высших учебных заведений Северо-Кавказский регион. Естественные науки. Спецвыпуск, 2005. – С. 112-113.
37. Муравьев К.А. Энтеральная коррекция гомеостаза после операций при кровоточащем раке желудка/ А.Б.Минаев, К.А.Муравьев, Н.М.Мудров, Е.В.Волостников, Г.Н.Шопен, О.В.Лысенко, С.И.Петросянц, Р.В.Журавель// Гастроэнтерология Юга России. Известия высших учебных заведений Северо-Кавказский регион. Естественные науки. Спецвыпуск, 2005. – С. 113-114.
38. Муравьев К.А. Наш опыт эндоскопического удаления полипов толстой кишки/ К.А.Муравьев, А.К.Лавришев// Журнал естествознания и гуманизм, т.2 № 4-г. Томск 2005. - 92с.
39. Муравьев К.А. Медико-социальная реабилитация стомированных больных в Ставропольском крае/ Н.М.Мудров, К.А.Муравьев, А.В.Муравьев// Здоровые города: Роль межсекторального сотрудничества в сохранении и укреплении здоровья населения. Всероссийская научно-практическая конференция, Ставрополь, 2006. – С. 158-160.
40. Муравьев К.А. Реабилитация больных с нарушением функции запирающего аппарата прямой кишки/ К.А.Муравьев, А.В.Муравьев, П.М.Лаврешин, Н.М.Мудров, Е.В.Волостников// Актуальные проблемы современной колопроктологиию Ставрополь, 2006. – С. 23-25.
41. Муравьев К.А. Консервативная и хирургическая тактика в лечении актиномикоза крестцово-копчиковой и перианальной областей/ Д.А.Халин, Е.В.Евдокимова, К.А.Муравьев// Гастроэнтерология Юга России. Известия высших учебных заведений Северо-Кавказский регион. Естественные науки. Ростов-на-Дону, 2007. – С. 150-152.
42. Муравьев К.А. Сфинктеросохраняющие радикальные операции в структуре хирургического лечения рака прямой кишки/ К.А.Муравьев, П.М.Лаврешин, Е.В.Волостников, В.И.Линченко, И.Е.Вартанов, В.Н.Дыба, А.К.Лавришев// Гастроэнтерология Юга России. Известия высших учебных заведений Северо-Кавказский регион. Естественные науки. Ростов-на-Дону, 2007. – С. 152-154.
43. Муравьев К.А. Закрывание гранулирующих ран после оперативного лечения актиномикоза крестцово-копчиковой области и распространенных эпителиально-копчиковых ходов посредством кожной пластики/ Д.А.Халин, Е.В.Евдокимова, В.И.Линченко, Е.В.Волостников, К.А.Муравьев, Н.М.Гамбурцев// Актуальные вопросы колопроктологии. Материалы второго съезда колопроктологов России с международным участием. Уфа 2007. – С. 77-78.
44. Муравьев К.А. Наш опыт лечения больных актиномикозом перианальной области/ К.А.Муравьев, Д.А.Халин, А.К.Лавришев, Е.В.Евдокимова// Актуальные вопросы колопроктологии. Материалы второго съезда колопроктологов России с международным участием. Уфа, 2007. – С. 76-77.

45. Муравьев К.А. Реализация федеральной программы по оказанию экстренной помощи больным с острой сосудистой патологией в г. Ставрополе/ М.Е.Евсевьева, В.В.Шнюкова, И.Н.Халявская, О.Н.Алейник, Н.В.Теребиленко, К.А.Муравьев// Межрегиональная научно-практическая конференция «Здоровые города: Российская семья – проблемы, пути решения и перспективы», Ставрополь, 2008. – С. 308-309.
46. Муравьев К.А. Реабилитация больных с нарушением функции запирающего аппарата прямой кишки/ К.А.Муравьев, В.И.Линченко, Е.В.Волостников, А.В.Сидоров// Актуальные проблемы колопроктологии. Ставрополь, 2010. – С. 15-17.
47. Муравьев К.А. Анализ качества медицинского обслуживания лиц, обращающихся в поликлинику с абдоминальными жалобами / К.А.Муравьев, А.К.Лавришев, А.В.Муравьев// Учебно-методическое пособие. Ставрополь, 2010. – 21с.
48. Муравьев К.А. Организационный и клинический подход к лечению больных с полипами толстой кишки /А.К.Лавришев, К.А.Муравьев, А.В.Муравьев// Учебно-методическое пособие. Ставрополь, 2010. – 21с.
49. Муравьев К.А. Пути совершенствования оказания помощи больным ОКС/ К.А.Муравьев, М.Е.Евсевьева, А.Н.Матяшов, И.В.Фаянс, И.Н.Халявская, В.В.Шнюков, Г.В.Пантюхин, Ф.С-Г.Гелисханова// Социально значимые заболевания: аспекты неотложной и превентивной кардиологии. Ставрополь, 2009. –С. 47-49.
50. Муравьев К.А. Управление клиническим результатом в многопрофильном стационаре/ К.А.Муравьев, И.Б.Шикина// Новые технологии в современном здравоохранении. Часть III. Москва, 2007. – С. 200-203.
51. Муравьев К.А. Преемственность в работе колопроктологической службы/ С.Л.Вардосанидзе, И.Б.Шикина, К.А.Муравьев. // Новые технологии в современном здравоохранении. Часть I. Москва, 2007. - 137-140с.
52. Муравьев К.А. Стандарты ведения медицинской карты стационарного больного (учебно-методическое пособие)/ Н.А.Шибков, К.А.Муравьев, Л.П.Песоцкая, Г.Ю.Уткина, А.И.Былим// г. Ставрополь, 2010. – 21с.
53. Муравьев К.А. Ятрогения в условиях стационара у геронтологической группы больных / К.А.Муравьев, А.О.Дейнеко, И.Б.Шикина. // Клиническая фармакология и фармакоэкономика. Том 2. Москва, 2009. – 45с.
54. Муравьев К.А. Некоторые итоги внедрения модели непрерывного повышения качества медицинской помощи / А.В.Муравьев, К.А.Муравьев, А.К.Лавришев. // Специализированный медицинский журнал «Главный врач Юга России», Ростов-на-Дону. 2006. – С. 2-3.
55. Муравьев К.А. Измерение безопасности пациентов с помощью интегрального критерия в многопрофильном стационаре/ И.Б.Шикина, К.А.Муравьев, С.Л.Вардосанидзе. // Новые организационно-правовые и научные принципы в условиях модернизации здравоохранения России. Москва. 2006. – С.228-230.
56. Муравьев К.А. Новая система управления динамикой здоровья населения/ И.Б.Шикина, К.А.Муравьева, С.Л.Вардосанидзе. // Материалы I Национального конгресса терапевтов. – С.247-248.
57. Муравьев К.А. Пути обеспечения безопасности пациентов в многопрофильном стационаре/ И.Б.Шикина, В.И.Кошель, К.А.Муравьев,

- Ю.Э.Восканян, Н.В.Сорокина. // Методические рекомендации МЗСК. Ставрополь, 2006. – 27с.
58. Муравьев К.А. Актуальность обучения пациентов в многопрофильном стационаре / И.Б.Шикина, К.А.Муравьев, Н.В.Сорокина. // Главный врач Юга России. – 2006. - №3. - (7). – С. 31-36.
59. Муравьев К.А. Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи в многопрофильном стационаре/ И.Б.Шикина, Е.И.Девяткина, К.А.Муравьев. // Сб.науч.тр.Всеросс.научно-практ.конф. «Управление здравоохранением в современных условиях: проблемы и поиски решений». – Краснодар, 2006. – С. 257-259.
60. Муравьев К.А. Новая система управления динамикой здоровья населения/ К.А.Муравьев, И.Б.Шикина, С.Л.Вардосанидзе. // Матер. I Национального конгресса терапевтов «Новый курс: консолидация усилий по охране здоровья нации». – М., 2006. – С. 247-248.
61. Муравьев К.А. Роль кадрового потенциала при проведении политики в области качества медицинской помощи/ К.А.Муравьев, Н.А.Шибков, И.Б.Шикина. // Сб. научн. тр. под ред. заслуж. деятеля наук РФ, дмн., проф. Н.И.Вишнякова и кмн. С.Д.Бурлакова «Проблемы городского здравоохранения», Выпуск 13. - Санкт-Петербург, 2008. – С. 170-173.
62. Муравьев К.А. Роль стационарозамещающих технологий, применяемых в муниципальной поликлинике/ К.А.Муравьев, Ф.М.Дышекова. // Сборник научно-практ. работ «Современные медицинские технологии – здравоохранению», посвящ. 20-летию СКККЦ. Ставрополь. – 2009. –С. 60-62.
63. Муравьев К.А. Инфекционная безопасность в медицинских учреждениях/ Скачкова Е.И., К.А.Муравьев, Мирошникова Ю.В., Назаров В.И., Турчиев А.Г. // Руководство для медицинских работников. Москва. 2009. – 70с.
64. Муравьев К.А. Амбулаторная колопроктология организация, профилактика и ранняя диагностика рака толстой кишки/ А.В.Муравьев, К.А.Муравьев. // Монография под ред. А.В. Муравьева. - Ставрополь, 2010. - 107с. Тираж 500.
65. Муравьев К.А. Поликлиническая хирургия/ В.Я.Горбунков, К.А.Муравьев, И.Е.Вартанов, Д.А.Бугаев, О.В.Назаренко, А.В.Дядков// Монография под ред. В.Я. Горбункова. - Ставрополь, 2011. – 428с. Тираж 500.