

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2018-22(4)-27

УДК: 616-089:614.2+616-051 (477)

АНАЛІЗ СТАНУ НАДАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЖИТОМИРСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА ПЕРІОД 2008-2017 рр.

Суслик М.П.¹, Зарицький О.О.², Зарицький О.М.³, Огійчук І.В.³, Возна Л.А.³, Тищик Л.О.³, Біркос Л.І.³, Кошман В.П.³, Ситяшенко Г.А.³, Тарнавська Л.П.³, Кравчук Н.В.³

¹Управління охорони здоров'я Житомирської обласної державної адміністрації (вул. Мала Бердичівська, 25, м. Житомир, Україна, 10014),

²КУ ЦМЛ №1 м. Житомир (вул. В. Бердичівська, 70, м. Житомир, Україна, 10002),

³Обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики Житомирської обласної ради (майдан Перемоги, 10-а, м. Житомир, Україна, 10014)

Відповідальний за листування:
e-mail: zaritskiy23@gmail.com

Статтю отримано 30 серпня 2018 р.; прийнято до друку 1 жовтня 2018 р.

Анотація. Щорічно понад 20% хворих, які лікуються в стаціонарах Житомирської області, оперуються. Метою дослідження було простежити стан організації хірургічної служби Житомирської області за період з 2008 по 2017 роки (включно) для виявлення проблем та шляхів їх вирішення. У статті проведено аналіз кадрового потенціалу, роботи ліжок хірургічного профілю та показників хірургічної планової та ургентної допомоги населенню Житомирської області за вказаний період з використанням аналітичного, аналітико-синтетичного та статистичного методів з розрахунками коефіцієнту кореляції. Встановлено позитивну динаміку: збільшилось середнє число днів зайнятості ліжка, скоротилась середній термін перебування хворого на ліжку, збільшився обіг ліжка, збільшилась частота оперативних втручань та знизилась післяопераційна летальність. У той же час існує проблема кадрового забезпечення; необхідна системна робота над покращенням показників, пов'язаних з пізньою госпіталізацією хворих.

Ключові слова: хірургічна допомога, оперативні втручання, післяопераційна летальність.

Вступ

Перший досвід реалізації медичної реформи в державі підкреслює важливість усвідомлення вихідного стану системи, котру планується змінювати. Сьогоднішні плани МОЗу мають на меті розпочати в 2019 році реформування другого та третього рівнів надання медичної допомоги. З огляду на роль хірургічної допомоги у формуванні показників роботи лікувальних закладів, а також враховуючи обов'язкову наявність хірургічної допомоги в структурі госпітальних округів, зважаючи на те, що вартість хірургічних втручань є значно вищою за інші види медичних послуг, доцільно провести аналіз розвитку служби на теренах області для правильного формування потреби у такому виді допомоги та плануванні її розвитку. Зважаючи на висновки британських вчених, котрі визначають всевітній дефіцит хірургічних втручань в 143 мільйони операцій щороку [2], потреба в хірургічній допомозі в Україні щороку зростатиме [1]. Не останню роль в цьому процесі відіграватиме впровадження сучасних медичних технологій. Наразі в області сформовані та затверджені чотири госпітальні округи: Житомирський (кількість населення - 605109 осіб, 13 адміністративних одиниць), Коростенський (267853 особи, 8 адміністративних одиниць), Новоград-Волинський (170533 особи, 4 адміністративних одиниці) та Бердичівський (199997 осіб, 6 адміністративних одиниць) з врахуванням доступності до лікарень інтенсивного лікування 3 об'єднаних територіальних громад (Іршанська Хорошівського району, Барашівська Ємільчинського району, Червоненська Андрушівського району), які увійшли до інших госпітальних округів, ніж увесь район/громада. Перший погляд на показники

дозволяє говорити, що хірургічне лікування є однією з найбільш масових форм медичної допомоги. Так в 2017 році 21,5 % хворих, які були проліковані в стаціонарах Житомирської області, були прооперовані. Розглядаючи можливі варіанти організації медичної допомоги як на теренах області, так і в госпітальних округах, слід орієнтуватись на сучасні погляди в управлінні, зокрема застосування кластерного підходу.

Метою даного дослідження було простежити стан організації хірургічної служби Житомирської області за період з 2008 по 2017 роки (включно) для виявлення проблем та шляхів їх вирішення.

Матеріали та методи

Для проведення аналізу роботи хірургічної служби області використано дані офіційної статистики МОЗ України (Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2007-2008 та 2016-2017 роки, форма №17 "Звіт про медичні кадри Житомирської області", форма №20 "Звіт лікувально-профілактичного закладу Житомирської області" та форма №47 "Звіт про мережу та діяльність медичних закладів Житомирської області", Реєстр медичних, фармацевтичних та науково-педагогічних працівників закладів охорони здоров'я Житомирської області). Застосовувались аналітичний, аналітико-синтетичний та статистичний методи з розрахунками коефіцієнту кореляції.

Результати. Обговорення

У Житомирській області станом на 01.01.2017 року

Таблиця 1. Характеристика кадрового потенціалу хірургічної допомоги.

Показник	Роки	хірурги (уся група)	хірурги	серцево-судинні хірурги	торакальні хірурги	нейро-хірурги	урологи	ортопедо-травматологи	ендоскопісти	проктологи	онкологи	онкологі-хірурги	онкологі-гінекологи	анестезіологи	трансфузіологи
Абсолютна кількість лікарів	2008	668	206	8	4	12	46	122	27	4	19	14	5	186	15
	2017	673	198	13	4	15	48	114	28	5	13	16	7	206	6
Забезпеченість населення хірургами на 10 тис. населення	2008	5,16	1,59	0,06	0,03	0,09	0,36	0,94	0,21	0,03	0,15	0,11	0,04	1,44	0,12
	2017	5,46	1,61	0,11	0,03	0,12	0,39	0,93	0,23	0,04	0,11	0,13	0,06	1,67	0,05
Питома вага атестованих лікарів, що мають кваліфікаційну категорію (%)	2008	82,0	80,6	87,5	100,0	91,7	82,6	81,1	85,2	100,0	42,1	78,6	100,0	87,6	60,0
	2017	86,3	89,9	84,6	100,0	100,0	81,3	88,6	71,4	100,0	69,2	87,5	71,4	85,4	66,7
у тому числі (% від загальної кількості атестованих): вищу	2008	48,4	45,8	28,6	75,0	63,6	47,4	48,5	56,5	50,0	37,5	63,6	60,0	49,7	22,2
	2017	61,4	55,6	72,7	75,0	60,0	71,8	51,5	80,0	40,0	66,7	64,3	80,0	67,0	75,0
першу	2008	34,3	38,5	71,4	25,0	0,0	36,8	31,3	26,1	50,0	50,0	27,3	40,0	31,3	55,6
	2017	24,6	29,8	9,1	0,0	20,0	20,5	32,7	15,0	60,0	33,3	21,4	0,0	18,2	25,0
другу	2008	17,3	15,7	0,0	0,0	36,4	15,8	20,2	17,4	0,0	12,5	9,1	0,0	19,0	22,2
	2017	14,0	14,6	18,2	25,0	20,0	7,7	15,8	5,0	0,0	0,0	14,3	20,0	14,8	0,0

Таблиця 2. Вікова структура лікарів хірургічного профілю.

Назва спеціальності	фізичних осіб (чоловіки + жінки)	Перед пенсійний вік		Пенсіонери							
		чол. 55-59 жін. 53-57		всього пенсіонерів		в т.ч.					
		абс.	%	абс.	%	чол. 60-64 жін. 58-62		чол. 65-69 жін. 63-67		чол. 70 і більше жін. 68 і більше	
Хірурги (уся група)	673	67	10	135	20	49	39	51	38	35	26

нараховувалося 1241251 осіб постійного населення, у тому числі у міських поселеннях 728488 осіб (58,7% від загальної кількості населення) та 512763 особи (41,3%) у сільській місцевості.

Нажаль, протягом останніх 10 років сформувався стійкий негативний демографічний тренд - населення Житомирської області зменшилось на 64968 осіб (4,97%), у тому числі кількість міського населення зменшилася на 16 748 осіб та сільського населення - на 48 220 осіб. У той же час, питома вага міських жителів у загальній чисельності населення області зросла на 2,8%, що є ознакою загальнодержавних міграційних тенденцій.

Житомирська область входить у трику області України (також Вінницька та Чернігівська), де відбуваються інтенсивні депопуляційні процеси. Це найстаріші у демографічному відношенні області України. За останні 10 років частка населення старше працездатного віку зросла на 4,8%.

Характеристика кадрового потенціалу свідчить про збільшення загальної кількості хірургів на 0,7% та збільшення забезпеченості ними з розрахунку на 10 тисяч населення на 5,8%. Зокрема, відбулося збільшення серцево-судинних хірургів на 62,5% та нейрохірургів на 25,0%, забезпеченість ними населення відповідно збільшилась на 83,3% та 33,3% (табл. 1).

Питома вага атестованих лікарів-хірургів, що мають

кваліфікаційну категорію збільшилась на 11,5% і становить 89,9%, у т.ч. атестованих на вищу категорію - 55,6%. Найвищий рівень атестації демонструють спеціалісти торакальної хірургії, нейрохірургії та проктології, де атестовані лікарі складають 100%.

За даними Реєстру медичних, фармацевтичних та науково-педагогічних працівників закладів охорони здоров'я Житомирської області станом на 01.01.2018 року серед лікарів хірургічного профілю найбільший дефіцит фізичних осіб спостерігається серед фахівців за спеціальністю "хірургія" (на рівні районів - 33 особи, міст - 17 осіб та обласних закладів - 15 осіб).

У віковій структурі лікарів хірургічного профілю 30% становлять лікарі передпенсійного та пенсійного віку (табл. 2).

Ліжковий фонд хірургічного профілю має тенденцію до зменшення загальної кількості хірургічних ліжок на 7,7% (за рахунок комбустіологічних (опікових), урологічних та нейрохірургічних) та забезпеченість ними на 10 тисяч населення зменшилась на 2,95%. На цьому фоні відкрились кардіохірургічні ліжка (0,13 на 10 тис. населення) та на 2,86% збільшилась забезпеченість населення ліжками судинної хірургії. Це свідчить про реструктуризацію ліжкового фонду хірургічного профілю, яка спричинена розвитком кардіосудинної допомоги населенню області, що в перспективі матиме вплив на зниження рівня поширеності серцево-судинних захворюю-

Таблиця 3. Характеристика ліжкового фонду хірургічного профілю.

Показник	Роки	Ліжка хірургічного профілю											
		Хірургічні (вся група)	Загально-хірургічні (хірургічні)	Нейро-хірургічні	Кардіо-хірургічні	Судинної хірургії	Торакальної хірургії	Комбустіологічні (опікові)	Ортопедо-травматологічні	Стоматологічні	Гнійної хірургії	Урологічні	Проктологічні
Абсолютна кількість ліжок	2008	1887	659	75	-	45	45	40	584	40	130	239	30
	2017	1741	688	54	16	44	50	20	536	40	120	133	40
Забезпеченість ліжками на 10 тис. населення	2008	14,57	5,09	0,58	-	0,35	0,35	0,31	4,51	0,31	1,0	1,85	0,23
	2017	14,14	5,59	0,44	0,13	0,36	0,41	0,16	4,35	0,32	0,97	1,08	0,32
Середнє число днів зайнятості ліжка	2008	319,90	306,15	332,27	-	350,36	347,31	248,03	327,23	346,80	366,50	314,31	263,60
	2017	326,02	325,23	335,09	173,81	294,32	348,78	347,35	320,80	335,38	346,11	336,05	350,58
Середнє перебування хворого на ліжку	2008	9,54	7,74	10,90	-	12,25	10,42	14,23	12,25	9,46	9,22	8,80	11,09
	2017	8,57	7,25	8,68	8,56	10,63	9,65	17,45	11,09	7,38	9,65	7,23	8,13
Обіг ліжка	2008	33,54	39,55	30,49	-	28,60	33,33	17,43	26,71	36,68	39,74	35,70	23,77
	2017	38,04	44,86	38,59	20,31	27,68	36,16	19,90	28,94	45,45	35,88	46,47	43,13
Летальність	2008	0,2	0,26	0,52	-	0,23	0	0	0,15	0	0,35	0,04	0
	2017	0,19	0,24	0,05	0	0,08	0,28	0	0,04	0	0,56	0,14	0,12

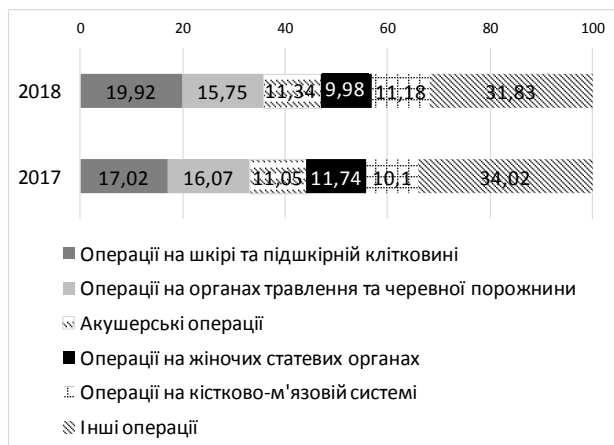


Рис. 1. Структура оперативних втручань.

вань, зниження інвалідності, смертності та збільшення тривалості життя.

Аналіз показників ефективності використання ліжкового фонду демонструє їх загальну позитивну динаміку (табл. 3).

У результаті скорочення середнього терміну перебування хворого на ліжку на 10,17% та збільшення обігу ліжка на 13,42% покращилась ефективність роботи ліжка (середнє число днів зайнятості ліжка збільшилося на 1,91%). Ця закономірність простежується щодо проктологічних ліжок (скорочення на 26,69% середнього терміну перебування хворого на ліжку, збільшення обігу ліжка на 81,45%, збільшилась зайнятість ліжка на 33,0%); загальнохірургічних (хірургічних) ліжок (відповідно 6,33%, 13,43%, 6,23%); урологічних (відповідно 17,84%, 30,17%, 6,92%), нейрохірургічних (відповідно 20,37%, 26,57%, 0,85%) та ліжок торакальної хірургії (відповідно 7,39%, 8,49%, та 0,42%).

Також слід відмітити наступне:

- зменшення забезпеченості населення комбустіо-

логічними (опіковими) ліжками на 48,39%, збільшення обігу ліжка на 14,17% при незначному збільшенні середнього терміну перебування хворого на ліжку на 22,63% покращило ефективність роботи ліжка (збільшення середнього числа днів зайнятості ліжка на 40,04%);

- зменшення середнього числа днів зайнятості ліжок судинної хірургії на 15,99%, скорочення середнього терміну перебування хворого на ліжку на 13,22% (внаслідок тривалої поломки ангіографічної системи) призвело до зменшення обігу ліжка на 3,22%;

- збільшення середнього терміну перебування хворого на ліжку гнійної хірургії на 4,66% та зменшення обігу ліжок на 9,71% спричинило зменшення середнього числа днів зайнятості ліжок на 5,56%.

Аналіз летальності хірургічних хворих, як індикатора якості хірургічної допомоги свідчить, що в області намітилась тенденція до її зменшення на 5,0%. Зокрема це відмічається на нейрохірургічних, ортопедо-травматологічних та судинних ліжках (відповідно на 90,38%; 73,33% та 65,22%). Натомість відбулося зростання летальності в урології та гнійній хірургії, що не може бути пояснено на основі стандартних підходів та потребує детального аналізу (по нозологіях, віковій структурі, тощо) з метою встановлення достовірного причинно-наслідкового зв'язку.

Структура оперативних втручань в області залишається майже незмінною. Формують "п'ятірку лідерів" операції на шкірі та підшкірній клітковині; на органах травлення та черевній порожнині; на жіночих статевих органах; акушерські операції; операції на кістково-м'язовій системі. За десять років перше місце з приводу операцій на шкірі та підшкірній клітковині залишилось незмінним, хоча питома вага їх знизилась на 14,46%. (рис. 1).

За останні 10 років у Житомирській області

Таблиця 4. Динаміка частоти планових оперативних втручань (на 10 тис. населення) та післяопераційної летальності (%).

	Частота оперативних втручань (на 10 тис. населення)			Післяопераційна летальність (%)			Коефіцієнт лінійної кореляції
	2008 рік	2017 рік	Темп приросту/ зниження	2008 рік	2017 рік	Темп приросту/ зниження	
Усього операцій у тому числі:	475,72	529,79	11,36	0,59	0,36	-38,98	-0,815
операції на нервовій системі	6,28	9,72	54,77	15,24	5,56	-63,51	-0,845
операції на ендокринній системі	0,75	1,02	36	0	0	0	0,051
операції на органах зору	33,87	39,04	15,26	0,02	0	-100	-0,691
операції на органах вуха, горла, носа	39,94	42,03	5,23	0,02	0	-100	-0,359
операції на органах дихання	9,22	8,68	-5,85	1,41	0,93	-34,04	0,077
операції на серці	0,08	2,59	+ в 32 рази	27,27	0,31	-98,86	-0,568
операції на судинах	10,85	13,64	25,71	1,2	0,24	-80	-0,826
операції на органах травлення та черевної порожнини	74,9	85,14	13,67	1,4	0,83	-40,71	-0,697
операції при непухлинних захворюваннях прямої кишки	5,84	11,14	90,75	0,26	0	-100	-0,411
операції на нирках та сечоводах	6,06	15,18	+ в 2,5 рази	0,13	0,11	-15,38	-0,507
операції на передміхуровій залозі*	8,89	10,84	21,93	0,45	0,59	31,11	0,265
операції на жіночих статевих органах**	102,2	115,45	12,96	0,1	0,08	-20	-0,315
акушерські операції**	213,43	246,28	15,39	0,03	0	-100	-0,302
операції на кістково-м'язовій системі	53,18	53,49	0,58	0,37	0,36	-2,7	0,382
операції на молочній залозі	11,13	11,45	-2,87	0,28	0	-100	-0,38
операції на шкірі та підшкірній клітковині	94,77	90,17	-4,85	0,16	0,26	62,5	-0,673
інші операції	29,59	26,67	-9,86	0,16	0,18	12,5	-0,028

Примітки: * - показник, розрахований на чоловіче населення, ** - показник, розрахований на жіноче населення.

Таблиця 5. Показники хірургічної допомоги при гострій патології.

Показник	Роки	Види оперативних втручань								
		Гостра непрохідність кишків	Гострий апендицит	Проривна виразка шлунку та 12-палої кишки	Шлунково-кишкова кровотеча	Защемлена грижа	Гострий холецистит	Гострий панкреатит	Позаматкова вагітність	Травми внутрішніх органів грудної та черевної порожнини і тазу
Доставлено в стаціонар хворих на 10 тис. населення	2008	1,43	20,00	1,32	4,04	1,88	3,74	4,62	11,47	3,40
	2017	1,69	13,75	1,39	4,67	2,09	5,15	4,56	11,52	2,70
Доставлено хворих пізніше 24 годин (%)	2008	33,16	10,49	12,72	23,11	19,18	49,80	33,67	37,97	13,51
	2017	52,38	19,80	22,54	40,34	26,92	58,69	37,99	54,46	20,00
Кількість операцій на 10 тис. населення	2008	1,25	20,00	1,31	0,64	1,84	3,11	0,72	11,47	2,57
	2017	1,34	13,74	1,39	0,27	2,09	4,54	0,36	11,45	2,20
Післяопераційна летальність (%)	2008	3,07	0,04	4,68	6,02	0,83	0,99	20,21	0	7,14
	2017	0	0	1,16	8,82	0	0	11,11	0	2,56
Питома вага оперовано хворих пізніше 24 годин (%)	2008	37,42	10,49	12,28	15,66	19,58	55,67	55,10	37,97	11,31
	2017	53,01	19,75	22,09	41,18	27,03	61,10	55,56	54,79	16,85
Післяопераційна летальність при пізній госпіталізації (%)	2008	3,28	0,36	23,81	15,38	0	1,33	20,37	0	2,63
	2017	0	0	2,63	14,29	0	0	16,00	0	2,17
Питома вага термінових операцій від загальної кількості операцій (%)	2008	0,26	4,21	0,28	0,13	0,39	0,65	0,15	0,60	0,54
	2017	0,25	2,59	0,26	0,05	0,39	0,86	0,07	0,51	0,42

відмічається приріст частоти оперативних втручань серед всього населення на 11,36% та серед сільського населення на - 9,78% (табл. 4).

Важливим є той факт, що майже 58% виконаних оперативних втручань в області проведено в наступних закладах: в комунальній установі "Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського" Житомирської обласної ради - 24,45%, у закладах м. Житомира (18,56%), м. Коростеня (5,81%), м. Новоград-Волинського (5,02%) та м. Бердичева (4,11%).

Найвищі рівні планових оперативних втручань спостерігаються при акушерських операціях, операціях на жіночих статевих органах, операціях на шкірі та підшкірній клітковині (246,28; 115,45 та 90,17 відповідно). Найвищий темп приросту частоти оперативних втручань відмічається при операціях на серці (у 32 рази), операціях на нирках і сечоводах (у 2,5 рази), операціях при непухлинних захворюваннях прямої кишки (90,75%) та операціях на нервовій системі (54,77%).

За десятиліття в області динаміка післяопераційної

Таблиця 6. Динаміка кількості операцій, виконаних при допомозі ендоскопічного обладнання.

Найменування операцій	Виконано операцій всього		із них з використанням ендоскопічної апаратури		Питома вага від усіх оперативних втручань (%)	
	2008 рік	2017 рік	2008 рік	2017 рік	2008 рік	2017 рік
Всього по області	62 139	65 760	696	8558	1,12	13,01

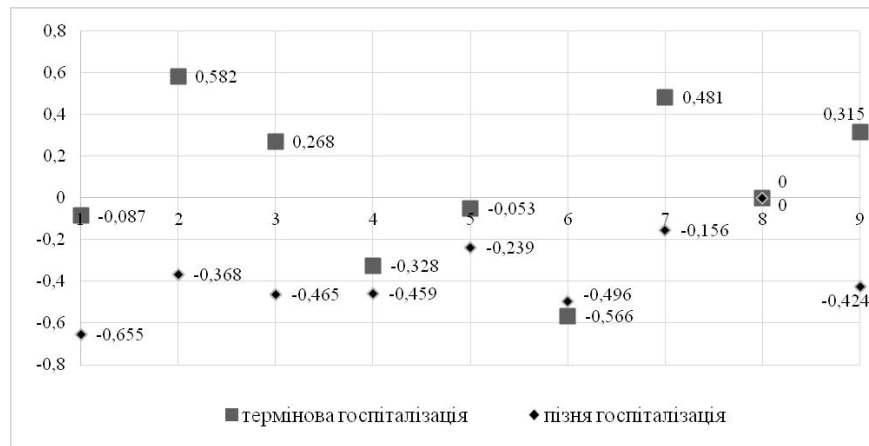


Рис. 2. Кореляційний зв'язок між показниками термінової хірургічної допомоги.

Примітки: види оперативних втручань: 1 - гостра непрохідність кишок; 2 - гострий апендицит; 3 - проривна виразка шлунку та 12-палої кишки, 4 - шлунково-кишкова кровотеча; 5 - защемлена грижа; 6 - гострий холецистит, 7 - гострий панкреатит, 8 - позаматкова вагітність; 9 - травми внутрішніх органів грудної та черевної порожнини.

летальності, як індикатора якості рівня та надання медичної допомоги є позитивною - летальність знизилась на 38,98%. Кореляційний аналіз, проведений між частотою оперативних втручань та післяопераційною летальністю, встановив сильний зворотній зв'язок ($r_{xy} = -0,815$), тобто при збільшенні частоти оперативних втручань знизилась післяопераційна летальність.

В області частота хірургічних втручань в якості термінової хірургічної допомоги стабільно знижується протягом 10 років - зменшення відбулося на 16,53%. Питома вага термінових операцій знизилась на 25,1% від загальної кількості втручань (табл. 5).

Найвища частота госпіталізації традиційно спостерігається при гострому апендициті (13,75 на 10 тис. населення), а найнижча - при проривній виразці шлунку (1,39 на 10 тис. населення). Разом з тим, частота госпіталізації з приводу гострого холециститу зросла на 37,70%, а з приводу гострого апендициту - знизилась на 31,25%. Частота оперативних втручань при гострому холециститі зросла на 45,98%, натомість знизилась при шлунково-кишковій кровотечі на 57,81% та при гострому панкреатиті - на 50,0%. Поряд із зниженням післяопераційної летальності при термінової хірургічній допомозі на 68,42%, у цій групі відмічається ріст показника при шлунково-кишкових кровотечах на 46,51%.

За останні роки спостерігається тенденція до збільшення відсотка пізньої госпіталізації хворих (пізніше 24 год.) на 63,36%. Найбільш виражена вона при гострому апендициті (88,75%), проривній виразці шлунку та 12-палої кишки (77,20%), шлунково-кишкових кровотечах (74,56%). Внаслідок цього, летальність се-

ред неоперованих хворих при термінової хірургічній допомозі становила +19,71% (зокрема при шлунково-кишкових кровотечах +76,29%, при гострому панкреатиті +37,24%). Разом з тим, у 4 рази знизилась післяопераційна летальність при пізній госпіталізації хворих (пізніше 24 год.), натомість залишаються високими рівні показника при гострому панкреатиті та шлунково-кишкових кровотечах. Проведений кореляційний аналіз між показниками термінової хірургічної допомоги показав різноспрямований характер зв'язків (рис. 2).

За останні десять років питома вага оперативних втручань з використанням ендоскопічної апаратури зросла у 12 разів, (табл. 6).

Рівень та якість "технологічного середовища" стали базовими передумовами для покращення надання хірургічної допомоги населенню області. Бум ендоскопічної хірургії, методи мінімального хірургічного втручання та новітні технології візуалізації розширили можливості проведення лікувальних втручань та, водночас, почали нівелювати межу між діагностичним та лікувальним процесом. Внаслідок цього розширюється діапазон застосування ендоскопічного обладнання в структурі хірургічних втручань та росте питома вага малоінвазивних втручань. Найчастіше застосовуються сучасні технології при операціях на нирках і сечоводах - 71,5%; на серці - 52,0%; на органах зору - 35,5%; на передміхуровій залозі - 30,4% та на органах травлення та черевної порожнини - 28,8%.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Актуальною і нагальною проблемою хірургічної служби Житомирської області є кадрове забезпечення. В середньому укомплектованість закладів охорони здоров'я області хірургами (уся група) - трохи більша 70%. При цьому у даній групі спостерігається найбільший дефіцит фізичних осіб серед фахівців за спеціальністю "хірургія" на другому рівні надання медичної допомоги. Крім того, 20% від усіх лікарів - особи пенсійного віку, з них 26% - віком понад 70 років. Тому особливої уваги потребує планування кадрового забезпечення персоналом хірургічного профілю, зокрема для госпітальних округів. Сам госпітальний округ слід планувати не лише

на основі кількості населення та логістичних можливостей, але й з урахуванням кадрового забезпечення.

2. У Житомирській області показники роботи ліжкового фонду хірургічного профілю протягом 10 років демонструють позитивну динаміку. Проте, на ліжках, де для лікування пацієнтів застосовуються сучасні високотехнологічні методики, простежується пряма залежність показників від працездатності обладнання (ангіограф, КТ, МРТ та ін.). Тому їх роботу слід планувати, обов'язково передбачаючи можливості дублювання технології (використання обладнання приватних медичних установ, інших лікувальних закладів).

3. Найкращі показники хірургічної роботи є результатом комбінованого ефекту від оснащення сучасним високотехнологічним обладнанням та високої кваліфікації персоналу. Це слід враховувати при формуванні госпітальних округів.

4. З метою покращення показників пізньої госпіталізації та їх наслідків доцільно системно працювати над підвищенням професійного рівня як фахівців-хірургів, так і лікарів екстреної медичної допомоги та первинної ланки. Позитивний вплив на динаміку показника матиме розробка маршруту пацієнта та неухильне його дотримання. Особливу увагу слід приділити пацієнтам з хронічними хворобами як в частині активного медичного спостереження (в т.ч. із використанням телемедичних технологій), так і в частині санітарно-освітньої роботи з ними.

5. Важливим напрямком розвитку хірургії повинно стати планування впровадження сучасних лікувально-діагностичних технологій.

Виявлені проблеми у стані організації хірургічної служби Житомирської області та запропоновані шляхи їх вирішення є основою для системних змін в підходах до організації та оптимізації хірургічної допомоги на регіональному рівні.

Виявлені проблеми у стані організації хірургічної служби Житомирської області та запропоновані шляхи їх вирішення є основою для системних змін в підходах до організації та оптимізації хірургічної допомоги на регіональному рівні.

Список посилань

1. Гречишкіна, Н. В. (2015). Аналіз стану надання хірургічної допомоги в Україні протягом останнього десятиріччя (2003-2013 рр.). *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 2, 497-502.
2. Meara, J., Hagander, L. & Leather, A. (2014). Surgery and global Health: a Lancet Commission. *The Lancet*, 383, 12-13. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62345-4.

hichnoi dopomohy v Ukraini protiahom ostannoho desyatiyrichchia (2003-2013 rr.) [Analysis of the state of providing surgical care in Ukraine during the last decade (2003-2013)]. *Visnyk Vinnytskoho natsionalnoho medychnoho universytetu - Reports of Vinnytsia national medical university*, 2, 497-502.

2. Meara, J., Hagander, L. & Leather, A. (2014). Surgery and global Health: a Lancet Commission. *The Lancet*, 383, 12-13. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62345-4.

References

1. Hrechyshkina, N. V. (2015). Analiz stanu nadannia khirurg-

АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЖИТОМИРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2008-2017 гг.

Суслик Н.П., Зарицкий А.А., Зарицкий А.М., Огийчук И.В., Возна Л.А., Тыщик Л.А., Биркос Л.И., Кошман В.П., Ситяшенко Г.А., Тарнавская Л.П., Кравчук Н.В.

Аннотация. Ежегодно более 20% больных, которые проходят лечение в стационарах Житомирской области, оперируются. Целью исследования было проследить состояние организации хирургической службы Житомирской области за период с 2008 по 2017 годы (включительно) для выявления проблем и путей их решения. В статье проведен анализ кадрового потенциала, работы коек хирургического профиля и показателей плановой и ургентной хирургической помощи населению Житомирской области за указанный период с использованием аналитического, аналитико-синтетического и статистического методов с расчетом коэффициента корреляции. Выявлена положительная динамика: увеличилось среднее число дней занятости койки, сократился средний срок пребывания больного на койке, увеличился оборот койки, увеличилась частота оперативных вмешательств и снизилась послеоперационная летальность. В то же время существует проблема кадрового обеспечения; необходима системная работа над улучшением показателей, связанных с поздней госпитализацией больных.

Ключевые слова: хирургическая помощь, оперативные вмешательства, послеоперационная летальность.

ANALYSIS OF THE PROVISION OF SURGICAL CARE IN ZHYTOMYR OBLAST FOR THE PERIOD 2008-2017

Suslik N.P., Zaritskiy O.O., Zaritskiy O.M., Ogiyчук I.V., Vozna L.A., Tyshchik L.O., Birkos L.I., Koshman V.P., Sityashenko G.A., Tarnavskaya L.P., Kravchuk N.V.

Annotation. Annually more than 20% of patients who undergo treatment in hospitals of Zhytomyr region are operated. The purpose of the study was to trace the state of the organization of the surgical service of Zhytomyr region for the period from 2008 to 2017 (inclusive) to identify problems and ways to solve them. The article analyzes human potential, works of surgical beds and indicators of planned and urgent surgical care for the population of Zhytomyr region for the indicated period using analytical, analytical-synthetic and statistical methods with calculation of correlation coefficient. Positive dynamics was revealed: the average number of days of bed occupation increased, the average length of stay of the patient in the bed decreased, the bed turnover increased, the frequency of surgical interventions increased and postoperative lethality decreased. At the same time there is a problem of staffing; systematic work is needed to improve the indicators associated with late hospitalization of patients.

Keywords: surgical care, surgical interference, postoperative lethality.