

## МУНИЦИПАЛЬНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ г. УЛАН-УДЭ

В.М. Очиров

### ОБ ИТОГАХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МУНИЦИПАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. УЛАН-УДЭ В 2007 ГОДУ

*Управление здравоохранения Администрации г. Улан-Удэ (Улан-Удэ)*

Деятельность муниципального здравоохранения г. Улан-Удэ в 2007 г. была направлена на укрепление здоровья населения за счет совершенствования профилактической медицины, повышения эффективности функционирования муниципального здравоохранения и улучшения качества оказания медицинской помощи населению.

Проводимая реорганизация системы здравоохранения в рамках национального проекта «Здоровье» позитивно сказалась на организации первичной медико-санитарной помощи, которая становится более доступной и качественной.

Новая финансовая политика, действующая в течение 2006 – 2007 годов, сделала то, чего не наблюдалось уже много лет. Численность участковых врачей за два года увеличилась на 66 человек, медицинских сестер – на 35 человек. Коэффициент совместительства первичного звена приближается к единице и в настоящее время составляет 1,17, на начало 2006 года – 1,43. Благодаря осуществлению денежных выплат рост заработной платы участковой службе увеличился в 2,4 раза, медицинским работникам скорой медицинской помощи – в 1,6 раза.

На сегодня в государственный регистр вошли 768 медицинских работников муниципального здравоохранения г. Улан-Удэ. Расширились возможности для повышения квалификации врачей участковой службы. В рамках национального проекта прошли учебу 113 врачей.

За два года учреждения здравоохранения города получили 105 единиц медицинского оборудования на сумму 57,9 млн. руб., что позволило до 20 % обновить имеющееся в пользовании оборудование, снизить сроки ожидания определенных видов исследования (УЗИ, рентгенологические, лабораторные исследования) За последние два года санитарный автотранспорт станции скорой медицинской помощи обновился на 60 %, поступило 18 санитарных автомобилей.

За два года в федеральных центрах по выделенным квотам 460 больных обеспечены высокотехнологичной медицинской помощью. По инициативе мэра г. Улан-Удэ Г.А. Айдаева за счет средств местного бюджета кардиохирургами г. Москвы в республиканской больнице прооперировано 15 больных из малообеспеченных слоев населения. По про-

грамме «Родовые сертификаты» из средств федерального бюджета женские консультации, городской родильный дом профинансированы на 79,2 млн. руб., что позволило улучшить работу службы родовспоможения и способствовало ее дальнейшему развитию. Проводя дополнительную диспансеризацию, мы углубленно за 2 года обследовали 20169 человек, работающих в бюджетной сфере, и 7908 человек, работающих в отраслях с вредными и опасными производственными условиями.

За счет поступивших иммунологических препаратов проведена дополнительная иммунизация определенной категории населения. Прививками против полиомиелита вакцинировано 1080 детей. Охвачено прививками против **гепатита В** 142754 человека, в том числе получили полный курс прививок 68292 человека. Прививками против краснухи – 48643 человека. В 2007 году всего привито против гриппа 40,5 % населения города, в т.ч. в рамках национального проекта 119967 человек. Проводимая массовая иммунизация населения дает ощутимые положительные результаты. Отмечается снижение заболеваемости гепатитом В в 2 раза, краснухой – на 25,5 %. Проведенные мероприятия сдержали эпидемию гриппа, и рост заболеваемости ОРВИ.

Медицинская помощь населению г. Улан-Удэ в 2007 году, в рамках реализации Программы государственных гарантий была обеспечена в полном объеме и составила:

- план амбулаторных посещений выполнен на 102,8 % и вырос по сравнению с прошлым годом до 8,742 посещения на 1 жителя; (в 2006 году 8,520 на 1 жителя);

- число выездов бригад «скорой медицинской помощи» снизилось до 0,402 на 1 жителя; (в 2006 году этот показатель составлял 0,420).

- круглосуточная стационарная помощь была обеспечена на 101,7 % от запланированного и составила 1,476 на 1 жителя.

- Стационарозамещающая помощь на уровне 0,561 на 1 жителя. В дневных стационарах и стационарах на дому пролечено 22757 чел. (в 2006 году – 21038 чел.). Увеличение стационаров на дому позволило обеспечить потребность в данном виде медицинской помощи.

Важнейшей задачей муниципального здравоохранения города в условиях демографической реальности, является охрана здоровья матери и ребенка.

В решении этой задачи постоянно чувствуется поддержка со стороны Администрации г. Улан-Удэ, Городского совета депутатов. В 2007 году финансирование службы материнства и детства составило 353,3 млн. руб. — 31,3 % от общего бюджета здравоохранения. С учетом национального проекта «Здоровья» финансовые расходы превысили 400,0 млн. руб. В 2007 году продолжалось оснащение лечебно-диагностическим оборудованием женских консультаций и городского родильного дома. Свыше 6000 детей до 3 лет в 2007 году обеспечены полноценным бесплатным питанием в т.ч. гипоаллергенными смесями, закупаемые на средства местного бюджета. Расходы увеличены на 18,3 % и составили 13,6 млн. руб. Улучшена доступность приобретения молочных смесей. В пос. Восточный открыт раздаточный молочный пункт. Планируется строительство нового родильного дома с расширением консультативно-диагностического отделения и оснащение его современным УЗИ аппаратом экспертного класса для жителей города и республики. Общий объем финансовых средств отрасли за 2007 год составил — 1416,5 млн. руб. в структуре расходов произошли изменения, в сторону повышения расходов за счет средств местного бюджета, которые составили — 30,7 %. Средства ОМС составили 48,8 %, 12,5 % федеральные средства выделенные на национальный проект, 7,1 % составили платные услуги и 0,9 % республиканский бюджет.

Доля расходов на здравоохранения от общих бюджетных расходов города составляет 14,1 %. Размер подушевого финансирования с учетом всех источников финансирования, включая приоритетный национальный проект «Здоровье» составил — 4041,2 рублей, без средств национально-проекта здоровья — 3540,7 рубля.

Средняя заработная плата по отрасли составила 9856 руб.

Расходы из средств бюджета и ОМС на реализацию программы государственных гарантий в 2007 году составили 1108,2 млн. руб. Дефицит финансирования программы составил 235,4 млн. руб. или 17,5 % от потребности.

Необходимо отметить, что в течение ряда лет тариф на медицинские услуги утверждается ниже их себестоимости. Что даже при эффективном использовании коечного фонда задолженность лечебных учреждений по медикаментам и питанию переходит из года в год и составляет на 01.01.2008 года 13,7 млн. руб.

В условиях разграничения полномочий в вопросах оказания медицинской помощи, когда основной объем медицинской помощи переводится на муниципальный уровень, в г. Улан-Удэ остро стал вопрос дефицита мощности амбулаторно-поликлинических учреждений и круглосуточного коечного фонда стационарных учреждений города. Данная ситуация усугубилась и тем, что в систему муниципального здравоохранения, без мате-

риально-технического и кадрового сопровождения за последние два года передано свыше 30 тыс. взрослого и детского населения, ранее обслуживающих в ОАО «РЖД» «Отделенческая клиника больница». Все это потребовало и требует дополнительных капитальных вложений.

В прошедшем году осуществлялись работы по строительству и ремонту объектов здравоохранения. Улучшены условия нахождения беременных, родильниц и новорожденных. За счет проведения ремонтных работ коечный фонд городского родильного дома увеличен на 31 койку и составил 309 коек. Увеличен коечный фонд городской детской больницы, за счет открытия отделения восстановительного лечения и реабилитации в пос. Аршан. В течение 6 мес. своей работы лечение получили 500 детей. Завершен капитальный ремонт терапевтического отделения больницы скорой медицинской помощи. Это просторное, современное, отвечающее санитарным нормам отделение на 60 коек, оказывает экстренную помощь больным терапевтического профиля. Закончено строительство и введено в строй с 1 января 2007 года новое здание городской поликлиники № 3 на 350 посещений в смену. Поликлиника оснащена современным оборудованием. В настоящее время ведется строительство здания приемно-диагностического блока к больнице скорой медицинской помощи, которое также будет оснащено новым современным оборудованием. Приближая медицинскую помощь к населению города, закончена реконструкция здания и открыт московский филиал МНТК «Микрохирургия глаза».

Учитывая сложившуюся ситуацию, Администрацией г. Улан-Удэ в Программе социально-экономического развития города Улан-Удэ на 2008 — 2010 годы и на период до 2017 года предусмотрено повышение материально-технического потенциала лечебных учреждений. Планируется строительство нового здания для городской поликлиники в Железнодорожном районе, городской инфекционной больницы, врачебных амбулаторий и другие объекты здравоохранения.

Из средств местного бюджета для лечебных учреждений в 2007 году приобретено основных средств на сумму 44,3 млн. руб.

На текущий ремонт лечебных учреждений было выделено 40,5 млн. руб. Особое внимание было уделено подготовке лечебных учреждений к работе в зимних условиях.

Внедрение современных медицинских технологий существенно повышает качество лечения и жизни больных и снижает расходы на здравоохранение.

При лечении кардиологических больных внедрено в практику применение отечественного современного тромболитика «проурокиназа», при лечении больных с тяжелой ожоговой болезнью внедрен современный синтетический иммуномодулятор «полиоксидоний», поливалентный иммуноглобулин человека «пентаглобин». В травматологии и ортопедии продолжается работа по внедрению операций — транспедикулярная фиксация позвоночника при не-

сложненной травме. Хирургами продолжается работа по внедрению эндоскопической методики лечения панкреонекрозов, оперативных вмешательств и тактики ведения в послеоперационном периоде больных с повреждениями общего желчного протока. Внедрение новых методов исследования позволило улучшить качество диагностики острого инфаркта миокарда и других сердечно-сосудистых заболеваний: внедрены экспресс-диагностика ОИМ — тропиновый тест, метод определения в плазме D-димера для определения больных с подозрением на ТЭЛА, внедрена электрокардиография высокого разрешения с регистрацией поздних желудочковых потенциалов. При ведении родов внедрены новые технологии по кардиотокографии плода, позволяющие улучшить диагностику дистресса плода и более качественно подойти к отбору пациенток с высоким перинатальным риском. В отделениях патологии беременных проводится методика суточного мониторирования артериального давления, позволяющая на раннем сроке беременности составить группы риска по реализации гестоза. В практику лечения в городской детской клинической больнице внедрен новый уросептик Уромаг, энтеро-септик Энтерофурил. Широко применяется внутривенная форма макролида Сумамед с последующим переходом на пероральный прием. Для коррекции митохондриальной недостаточности дополнительно к основному лечению назначается элькар, кудесан и другие препараты.

Показатель обеспеченности средними медицинскими работниками составил 67,2 на 10 тыс. нас. В 2007 году доля врачей, имеющих квалификационную категорию, составила 65,8 %, средними медицинскими работниками — 65,2 %. В течение года прошли учебу 278 врачей и 403 средних медицинских работника.

В своем послании к Федеральному собранию Президент Российской Федерации В.В. Путин назвал демографический кризис в России ключевой проблемой, угрожающей социально-экономическому развитию и национальной безопасности страны.

В прошедшем году удалось добиться улучшения некоторых важнейших показателей состояния здоровья населения.

В течение последних двух лет отмечаем сокращение уровня как общей смертности населения, так и смертности трудоспособного возраста, в 2007 году на 340 чел. умерло меньше, чем в 2006 году. Показатель соответственно составил 12,7 и 4,8 на 1000 населения. Отмечается снижение смертности по таким классам заболеваний как болезни системы кровообращения, травмы, отравления.

В 2007 году родилось на 410 детей больше, чем в 2006 году. Уровень рождаемости составил 15,0 на 1000 населения. В целом, показатели естественного движения населения в течение последних лет в г. Улан-Удэ более благополучны, чем по Республики Бурятия, Сибирскому Федеральному округу, Российской Федерации.

Уровень общей заболеваемости населения составил 1415,3 на 1000 населения, первичной заболеваемости 786,2, в сравнении с 2006 годом отме-

чается снижение инфекционной заболеваемости, в т.ч. гепатита В — 10,1 на 100 тыс. населения (снижение в 2 раза), краснухи 232,5 на 100 тыс. населения (снижение в 1,3 раза). Снижение болезней органов пищеварения, травм и отравлений, болезни нервной системы. Реализация мероприятий в рамках действующих федеральных программ, такие как диспансеризация населения, обеспечение медикаментами по программе ДЛО, обеспечение амбулаторных учреждений диагностическим оборудованием, повлияла на снижение темпов прироста хронических заболеваний. За последние два года произошло снижение прироста хронических заболеваний с 1,9 % в 2006 году до 0,9 % в 2007 году. Отмечается рост болезней органов дыхания на 1,5 %, составивший 388,7 на 1000 населения. Заболеваемость туберкулезом выросла на 10,0 % и составила 189,0 на 100 тыс. населения.

Первичный выход на инвалидность всех категорий населения за последние три года снизился на 3,5 %, в том числе отмечается снижение и в группе трудоспособного населения на 2,4 %.

Ряд показателей службы охраны материнства и детства имеет положительную динамику:

- Уровень младенческой смертности, на протяжении ряда лет ниже республиканских, федеративных показателей, показателя Сибирского Федерального округа. В 2007 году составил 7,7 ‰, снижение в сравнении с 2005 годом на 11,5 %. Положительным моментом в возрастной структуре младенческой смертности является снижение уровня неонатальной и особенно постнеонатальной смертности.

- Взятие на учет до 12 нед. беременности — 69,2 % (2005 г. — 65,3 %; РФ — 75 %).

- Показатель мертворождаемости ниже уровня 2006 года и показателя РФ и составил 4,0 ‰ (2006 г. — 5,1 ‰; РФ — 5,7 ‰).

- Показатель материнской смертности ниже уровня 2006 года и составил 31,6 (33,8) на 100 тыс. живорожденных.

Таким образом, в 2007 году муниципальное здравоохранение г. Улан-Удэ достойно решало стоящие перед ним задачи:

- Медицинская помощь населению г. Улан-Удэ оказана в соответствии с программой государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

- Обеспечена реализация мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» на территории г. Улан-Удэ.

- Проведена подготовительная работа по реализации плана мероприятий правительства Республики Бурятия по повышению качества услуг в сфере здравоохранения муниципальными лечебными учреждениями в 2008 году.

Несмотря на все трудности и проблемы непрерывная работа по сохранению и укреплению здоровья населения, повышению структурной эффективности муниципального здравоохранения будет продолжена в дальнейшем в течение 2008 года.

## ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ГК БСМП ИМ. В.В. АНГАПОВА

*Муниципальное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова» (Улан-Удэ)*

Один из компонентов, определяющих состояние здравоохранения, является экстренная медицинская помощь, осуществляемая в ЛПУ стационарного типа. В современных условиях медицинские муниципальные учреждения работают в условиях недостаточных финансовых ресурсов. Реформирование первичного звена здравоохранения на муниципальном уровне приводит к необходимости перепрофилирования и реструктуризации коечного фонда. Решать поставленные задачи необходимо с использованием новых технологий и аналитических методов на современном уровне. Коллектив ГК БСМП им. В.В. Ангапова, имея богатые трудовые традиции и многолетний опыт работы, разрабатывает комплекс мер по совершенствованию медицинской помощи.

Больница скорой медицинской помощи была создана в результате реорганизации городской больницы № 1 в 1977 году, когда был сдан основной комплекс зданий БСМП. Целью открытия нового лечебного учреждения явилось создание стационара для оказания экстренной медицинской помощи населению города Улан-Удэ. В начале своего существования больница скорой медицинской помощи имела в своем составе две поликлиники — № 4 и 9, станцию скорой медицинской помощи и травмпункты. За 30-летний период деятельности больница претерпела ряд реорганизаций: в 1990 году было создано городское стационарное объединение, включающее БСМП и городские больницы № 2 и 5, которые, в 2001 г. приобрели статус самостоятельных лечебных учреждений. Кроме этого, в состав БСМП входило отделение долечивания кардиологических больных, располагавшееся в лечебно-реабилитационном комплексе «Здоровье» (п. Сотниково). В 2002 году приказом Министерства здравоохранения Республики Бурятия городской больнице скорой медицинской помощи присвоен статус «клинической». В 2006 г. к стационару присоединена городская бактериологическая лаборатория.

Первым главным врачом БСМП был назначен **Валерий Васильевич Ангапов**. Благодаря энергии и целеустремленности этого выдающегося организатора здравоохранения был заложен фундамент для будущих успехов коллектива БСМП в деле охраны здоровья населения. С 1997 года больница с гордостью носит имя своего первого главного врача. В.В. Ангапов работал главным врачом БСМП с 1977 по 1985 г., в это время заместителями главного врача работали Владимир Иванович Трухин, Александр Батуевич Ербактанов.

Неоценимый вклад в развитие и становление больницы внесли главные врачи-последователи.

**Александр Батуевич Ербактанов**, работал в должности главного врача с 1985 по 1990 г., его заместителями были Людмила Юмажаповна Бидагаева, Бадма Ринчиновна Шарыпова, Николай Борисович Горбачев.

**Валерий Борисович Бубеев** был главным врачом БСМП с 1990 по 1994 г., в это время заместителями главного врача являлись Бадма Ринчиновна Шарыпова, Валерий Михайлович Очиров, Ирина Михайловна Хабалова, Юрий Дугарович Доржиев.

**Фаина Павловна Ботоева** работала главным врачом БСМП с 1994 по 2002 г., заместителями главного врача работали Александр Октябрьевич Занданов, Юрий Дугарович Доржиев.

С 2002 г. в должности главного врача работает **Валерий Павлович Амагыров**.

Сегодня МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени В.В. Ангапова» является основным многопрофильным лечебным учреждением, оказывающим высококвалифицированную и специализированную помощь населению столицы и районов Республики Бурятия. Стационар рассчитан на 445 коек круглосуточного пребывания пациентов хирургического и терапевтического профиля, включая отделения республиканского значения. В больнице функционирует 24 койки реанимационного профиля, параклинический и хозяйственный блоки, аптека.

Детская хирургия — единственное отделение в городе и республике, где пациенты детского возраста получают хирургическую помощь, в т.ч. специализированную. Отделением заведует Ванчиков Баир Дамбиевич, кандидат медицинских наук. Большой вклад в становление детской хирургической помощи внесли Шарыпова Бадма Ринчиновна, заслуженный врач РБ, Доржиев Баир Доржиевич, заслуженный врач РБ, кандидат медицинских наук. Многолетний опыт работы позволил коллективу отделения освоить и успешно внедрить в практику операции при врожденной патологии органов брюшной полости, ожоговой травме, урологии. В течение последних лет летальность от этих заболеваний значительно снизилась. Врачи отделения активно занимаются методической и консультативной помощью больным сельских районов республики, осуществляя выезды по санавиации. Около четверти пролеченных больных в отделении составляют сельские жители.

В детском отделении травматологии и ортопедии сегодня создана целая научная школа, созданная под руководством бывшего заведующего отделением заслуженного врача Республики Бурятия, кавалера ордена «Знак Почета» Афанасьева Петра Васильевича. Сейчас отделением заведует Цыбанов

Александр Сергеевич, кандидат медицинских наук. В отделении проводятся уникальные операции то-ракопластики при воронкообразной деформации грудной клетки, пластика полимерами при опухолях костей и последствиях остеомиелита, теномиотомии при детских церебральных параличах, удлинение конечностей стержневыми аппаратами, операции при травмах и аномалиях на позвоночнике и т.д. Ранее в отделении работал Красноярцев Геннадий Алексеевич, известный ортопед-травматолог, доктор медицинских наук, заслуженный врач РБ, в настоящее время заведующий кафедрой спортивной медицины и травматологии Бурятского государственного университета.

Детскому отделению анестезиологии и реанимации по праву принадлежит заслуга по выхаживанию больных детей с тяжелой термической травмой, сложной хирургической патологией, здесь отработана тактика ведения новорожденных с врожденной аномалией развития. Благодаря усилиям его бессменного заведующего Антоненко Владимира Михайловича, заслуженного врача РБ создана одна из важнейших служб детского здравоохранения г. Улан-Удэ и Республики Бурятия.

Отделение хирургии и его заведующего — заслуженного врача России, награжденного Почетным знаком г. Улан-Удэ, Горбачева Николая Борисовича хорошо знают жители столицы и республики. Большой вклад в становление и организацию работы хирургического отделения внесла Анна Даниловна Абашеева, заслуженный врач РФ и РБ. Операции и манипуляции при панкреонекрозах, желчнокаменной, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, опухолях желудка, нагноительных заболеваниях легких болезни, травмах органов грудной клетки, внедрение эндоскопической хирургии — это небольшой перечень технологий, освоенных специалистами этого отделения. В год проводится до 1600 сложных операций, уровень экстренности один из самых высоких в больнице. Некоторые индикаторы работы отделения (летальность при панкреонекрозах, послеоперационная летальность и др.) лучше общероссийских показателей.

Отделением анестезиологии и реанимации заведует Матвеев Роберт Христофорович, заслуженный врач РБ. В силу специфики стационара значительная часть пациентов поступает экстренно в тяжелом состоянии с нестабильными жизненными функциями, что требует проведения предоперационной подготовки в кратчайшие сроки. Специалистами отделения проводится до 4000 анестезиологических пособий в год. В отделении проводится работа по внедрению новых видов анестезий с использованием современных анестетиков. Значительный вклад в становлении анестезиологической службы внес бывший заведующий отделением Хантаев Петр Петрович, заслуженный врач РФ.

О работе отделения реанимации и интенсивной терапии можно судить по их показателям — средняя работа койки около 300, перевыполнение плана койко-дней до 110 %. В течение многих лет заве-

довал отделением Бимбаев Сергей Дамбаевич, заслуженный врач РБ, являющийся основоположником службы реанимации в ГК БСМП. Традиции отделения продолжает молодой коллектив во главе с ныне действующей заведующей Мирошниченко Валентиной Николаевной, заслуженным врачом РБ. В отделении получают лечение пациенты терапевтического и хирургического профиля, имеющие нарушения жизненных функций и нуждающиеся в проведении интенсивной терапии.

Отделение урологии БСМП по праву называют кузницей административных кадров, что, несомненно, говорит о его потенциале. Многие годы заведовал отделением Бурлов Юрий Павлович, заслуженный врач РБ, затем Очиров Валерий Михайлович, заслуженный врач РФ и РБ, кандидат медицинских наук, ныне — начальник Управления здравоохранения Администрации г. Улан-Удэ, врач-уролог Нечунаев Александр Павлович, заслуженный врач РБ, который в 2002 году назначен главным врачом станции скорой медицинской помощи. Неоценимый вклад в развитие отделения внес Валерий Иванович Доржиев, заслуженный врач РБ, долгие годы он был признанным лидером профсоюзной организации БСМП, в 2002 г. награжденный медалью «За вклад в наследие народов России». В настоящее время заведующим отделением работает Иванов Виктор Викторович, кандидат медицинских наук, заслуженный врач РБ. Долгие годы в отделении самоотверженно трудится Басанова Нелли Борисовна, отличник здравоохранения СССР. В отделении успешно применяются малоинвазивные эндоскопические методы оперативного лечения при доброкачественной гиперплазии предстательной железы, стриктурах уретры, что позволяет улучшить качество медицинской помощи и сократить среднее пребывание больных в стационаре.

Отделение гнойной хирургии и ожогов является единственным в Бурятии. Этапы становления этой важнейшей службы проходили под руководством заслуженных врачей РБ Бутуханова Геннадия Архиповича, Олохоева Моисея Михайловича, Рыбдылова Данзана Доржиевича. В отделении успешно внедряются новые методы лечения: ранние некрэктомии с одномоментной аутодермопластикой, кожные пластики на питающей ножке, программированная релапаротомия, операции при нагноительных заболеваниях легких и плевры. Разработаны методы открытого лечения ожоговых ран, во влажной воздушной среде, собственная классификация отморожений. Материалы работы отделения публикуются в ведущих научных медицинских изданиях. В настоящее время отделением заведует известный врач-хирург Доржиев Юрий Дугарович, заслуженный врач РБ.

В связи с тяжелой социально-экономической ситуацией в обществе и высокими цифрами травматизма отделение взрослого травматологического отделения работает в условиях особой интенсивности. Имеющиеся негативные тенденции в современном обществе — увеличение числа противоправных и дорожно-транспортных травм, ал-

коголизация населения ведет к утяжелению травм, росту удельного веса сочетанной травмы, что требует максимальной мобилизации профессиональных ресурсов. В течение многих лет приоритетом работы отделения является органосохраняющее хирургическое лечение. Освоены и широко применяются методики чрескостного остеосинтеза аппаратами внешней фиксации, имплантатами системы АО. Внедрены операции с использованием имплантантов с памятью формы и методики транспедикулярной фиксации при переломах позвоночника. Свой вклад в развитие службы внесли заведующие отделением Архинчев Филипп Васильевич, Борисов Константин Бадмаевич, Мотолоев Константин Дмитриевич, заслуженный врач РБ; врачи Тулуев Юрий Жалсанович, Ринчино Леонид Лубсанович, Лукин Прокопий Еремеевич, заслуженный врач РБ. Сегодня традиции отделения продолжает заведующий отделением Бардонов Виктор Доржиевич, заслуженный врач РБ.

Работа приемного отделения экстренного стационара сопряжена с особыми требованиями к организации службы. От согласованных действий персонала в первые минуты обращения пациента в стационар во многом зависит прогноз заболевания. Этот сложный участок работы больницы организует Эрхетуева Людмила Шагдаржаповна. Значимую работу по организации работы приемного отделения провела Бушлаева Тамара Андреевна, заслуженный врач РБ, потомственный врач-терапевт. Коллектив отделения с особым теплом отмечает вклад бывших заведующих отделением — Богайникова Тимофея Ивановича, Хурхесова Бориса Прокопьевича, Ауловой Надежды Михайловны. В жизни отделения в 2008 г. произошло долгожданное событие — открытие нового приемного отделения, площади которого соответствует современным требованиям, это событие позволило улучшить условия пребывания пациентов и условия работы персонала.

Творческий подход к решению проблемы ведения пациентов с грозной сердечно-сосудистой патологией привел к организации законченного цикла лечения для больных с острым инфарктом миокарда с кардиореанимационным блоком и отделением реабилитации в загородной зоне. В этом большая заслуга бывшего заведующего отделением, Бутухановой Галины Степановны, заслуженного врача Республики Бурятия, ныне действующего заведующего отделением заслуженного врача РФ и РБ Хабаловой Ирины Михайловны, заслуженных врачей РБ Цырендоржиева Валерия Цыденовича, Шулунова Анатолия Иннокентьевича, Хамнагдаева Вениамина Степановича. Изменения нормативной базы в организации кардиологической помощи повлекло за собой закрытие аритмологической службы БСМП. Несмотря на это коллектив отделения активно продолжает внедрять новаторские тенденции в ежедневной работе — продолжается внедрение в лечение пациентов современных лекарственных средств, внедрение новых видов диагностики (тропонинный тест, метод определения в

плазме D-димера, ЭКГ высокого разрешения с регистрацией поздних желудочковых потенциалов).

Разнообразные нозологические формы пациентов отделения терапии требуют мобилизации клинического мышления и практических навыков. Показатели работы отделения демонстрируют интенсивность деятельности отделения. Отмечается существенный рост экстренности с 70 % в 90-х годах до 96 % в 2007 году, показатель оборота койки вырос с 20,6 в 90-х годах до 39 в 2007 году. С 2007 г. терапевтическое отделение БСМП размещено на площадях бывшей городской поликлиники № 3. В отделении произведен ремонт с использованием современных отделочных материалов, установлено сантехническое, вентиляционное и электрическое оборудование. Отделение полностью оснащено новой мебелью, кроватями, постельными принадлежностями. Значимый вклад в развитие отделения внесли — Индосова Эльвира Николаевна, заслуженный врач РБ, Бушлаева Тамара Андреевна, заслуженный врач РБ, Батудаева Татьяна Ивановна, заслуженный врач РБ, Федорова Галина Иннокентьевна, и много других замечательных врачей под руководством заведующих: Суздальцевой Галины Сергеевны, заслуженного врача РФ, Богайникова Тимофея Ивановича, Мангутовой Ольги Романовны, Андреевой Лилии Ильиничны — заслуженных врачей РБ. В настоящее время отделением заведует — Аулова Надежда Михайловна, заслуженный врач РБ.

Отделение неврологии — сосредоточение тяжелых больных с цереброваскулярной патологией, черепно-мозговой травмой, эпилепсией, заболеваниями периферической нервной системы. Сложность социально-экономической ситуации, увеличение пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой патологией предъявляют повышенные требования к работе отделения. С этим связана возросшая экстренность (с 50 % в начале 90-х годов, до 90 % в 2007 году), тяжесть исходного состояния поступающих больных. Многие годы отделением заведовали заслуженный врач РБ Ринчино Роза Содномовна, народный врач РБ Бартанов Алексей Иосифович, Худаев Дмитрий Семенович, заслуженный врач РФ, народный врач РБ, действующий депутат НХ РБ Ботоева Фаина Павловна. С 1993 года отделением заведует заслуженный врач РБ Цыренов Борис Цыдыпович.

Отделением гемодиализа беспрерывно руководит Ангапова Ала Владимировна, заслуженный врач РБ. В отделение получают лечение около 40 пациентов страдающих хронической почечной недостаточностью и нуждающихся в диализной поддержке. В 2007 г. расширен парк диализных машин с 3 до 8, приобретены аппараты «искусственная почка», фирмы «Фрезениус» (Германия), открыт второй диализный зал. Это позволит улучшить качество и доступность диализной помощи населению города.

Деятельность клинических отделений любого стационара невозможна без четко организованной работы параклинических служб. Во все годы работы БСМП особое внимание обращалось на

развитие вспомогательных служб: рентгенологической, лабораторно-диагностической, функциональной, эндоскопической, ультразвуковой диагностики и т.д. На сегодняшний день больница оснащена современным лечебным и диагностическим оборудованием известных зарубежных и отечественных фирм-производителей. В 2007 г. приобретен ультразвуковой сканер «Logic 7», фирма-производитель «General Electric» (США), многофункциональный, экспертного класса. Имеет 4 датчика, в том числе чреспищеводный. Аппарат предназначен для ультразвуковых исследований органов брюшной полости, малого таза, сердца, сосудов, опорно-двигательного аппарата и др. Аппарат имеет программное обеспечение для проведения стресс-эхокардиографии, проведения чреспищеводной эхокардиографии. Немалую лепту в диагностический процесс вносит отделение функциональной диагностики под руководством Борисовой Зинаиды Ирдынеевны, Бардоновой Любови Александровны, заслуженный врач РБ. В настоящее время отделение выполняет весь комплекс обследований в режиме неотложной помощи.

Рентгенологическое отделение сегодня имеет значительные диагностические возможности — рентген-эндоскопические операции, интраоперационные исследования, организована рентген-операционная для имплантации постоянных кардиостимуляторов, электрофизиологических исследований. К сожалению, в течение двух последних лет в связи с переводом аритмологической службы в Республиканскую клиническую больницу интервенционные виды лечения и диагностики в БСМП не проводятся. Отделение славится своими ветеранами. Ранее отделением заведовали: Захмылова Прасковья Дмитриевна, Корнюшин Александр Васильевич, заслуженный врач РБ Цыбикова Эльвира Ламажаповна. Сейчас работу отделения возглавляет Лосева Татьяна Юрьевна. В 2002 г. организован кабинет магнитно-резонансной томографии, возглавляет работу кабинета Дашиев Олег Алексеевич. В 2008 г. для стационара приобретен мультиспиральный компьютерный томограф фирмы «Siemens», имеющий большие диагностические возможности.

В эндоскопическом отделении проводятся все диагностические и лечебные манипуляции под контролем эндовидеосистемы. С 2000 года освоена и внедрена эндоскопическая холагопанкреатография с папилосфинктеротомией, поднаркозная лечебная ригидная бронхоскопия при различных заболеваниях легких. Успехи отделения связаны с именами заведующих: заслуженных врачей РБ Жалсараева Виктора Андреевича и Матвеевой Валентины Ильиничны.

Большой вклад в лечебно-диагностический процесс стационара вносит клинично-диагностическая лаборатория. Освоение новых методик определения кардиоспецифических белков, исследования системы гемостаза, экспресс диагностика микроорганизмов методом окраски по Граму, использование биохимического анализатора — вот

небольшой перечень исследований, внедренных за последние годы. Яркий след в лабораторной службе БСМП оставили Мантахаева Наталья Петровна, заслуженный врач РБ, Кошмарова Надежда Константиновна. Сегодня заведует отделением Улахинова Елена Евгеньевна.

В бактериологической лаборатории стационара проводятся исследования биологического материала больных на определение микрофлоры. Достижением баклаборатории является внедрение в работу методов клинической микробиологии, в 2008 г. приобретен программный продукт «Микроб-2», позволяющий идентифицировать выделенные микроорганизмы и определять их антибиотикочувствительность. Кроме этого, программа имеет возможность осуществления мониторинга ведущей микрофлоры лечебно-профилактического учреждения, что позволяет применять принципы рациональной антибактериальной терапии. Коллектив баклаборатории отличается сплоченностью и преданностью своему делу, в течение многих лет коллективом руководит Ербахаева Альбина Алексеевна, отличник здравоохранения РФ.

Общеизвестен факт, что передовые технологии не могут работать без четкого контроля и системы управления качеством оказания медицинской помощи. Влияние управленческих решений на качество оказания медицинской помощи демонстрирует работа комиссии БСМП по рациональному использованию лекарственных средств и созданный формулярный комитет. В результате — значительно увеличился ассортимент используемых медикаментов, закуп которых наиболее целесообразен. Кроме того, в стационаре ведется активная работа по контролю эффективности лечебно-диагностической деятельности в разрезе не только каждого отделения, но и каждого лечащего врача. Это стало возможным благодаря разработке и внедрению программного продукта «Контроль качества лечения в БСМП». Результатом обработки выходных данных является организация четкого мониторинга лечебно-диагностических недочетов, допущенных во время пребывания больного в отделении, и позволяет проводить индивидуальную работу по их устранению.

О высокой напряженности и интенсивности труда коллектива БСМП говорят цифры. В 1977 году, при открытии стационара на 440 коек, поступило 7148 больных, а 2007 году, при фонде в 445 коек, в БСМП поступило 13468 пациента. Среднее пребывание больного на койке уменьшилось с 19,5 дней до 11,4 дней, оборот койки увеличился с 15,8 до 30,5. Ежегодно в больнице проходит лечение более 13 тыс. пациентов, 86,5 % которых госпитализируется в экстренном порядке, проводится до 7 тысяч операций различной степени сложности. В половине случаев пациенты поступают в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, когда счет времени на проведение диагностических и лечебных манипуляций идет на минуты.

Основным непреложным правилом деятельности любого учреждения является правильно пост-

роенная кадровая политика. За четверть века в БСМП создан прекрасный коллектив, школа настоящих профессионалов своего дела. Сегодня в больнице трудятся 968 человек, из них 148 врачей, 359 медицинских сестер. 76 % врачей и 66 % медсестер имеют квалификационные категории, 95 % врачей и 76 % медсестер имеют сертификаты специалистов. Созданы благоприятные условия для научной, практической деятельности. БСМП является клинической базой медицинского факультета Бурятского государственного университета, республиканского базового медицинского колледжа. Сотрудники БСМП ведут большую научно-практическую работу: участвуют во всероссийских съездах, конференциях, ежегодно публикуют статьи в научных медицинских изданиях. В БСМП трудятся 8 кандидатов медицинских наук, 3 аспирантов. Придание статуса «клинической» позволило ГК БСМП пополнить ряды научных кадров, повысить уровень качества оказания медицинской помощи.

Коллектив БСМП имеет богатые традиции в преемственности труда между ветеранами и молодыми специалистами. В настоящее время в больнице трудятся ее ветераны, это — Гармаева Александра Будаевна, врач-педиатр, председатель Совета ветеранов БСМП; Бимбаев Сергей Дамбаевич, врач-реаниматолог; Басанова Нелли Борисовна, врач-уролог; медицинские сестры — Иванова Светлана Александровна, Бутакова Татьяна Михайловна, Муруева Ольга Бадмаевна, Миронова Клара Матвеевна. Труд этих людей вызывает глубокое уважение пациентов и всего коллектива БСМП, служит примером для подражания молодым специалистам.

В связи с достигнутыми успехами в труде, с высокой интенсивностью и напряженностью работы коллектив ГК БСМП в 2000 году признан Лауреатом первого Всероссийского конкурса «Трудовая слава России». В 2003 г. за значительный вклад в социально-экономическое развитие города стационар награжден Почетным знаком г. Улан-Удэ. В 2008 г. БСМП награждена дипломом и памятным знаком «100 лучших лечебных учреждений Сибирского федерального округа».

Неоднократно врачи ГК БСМП становились победителями в республиканском конкурсе «Лучший врач» — Матвеева В.И., Будаева В.Р. Горбачев Н.Б. (2005 г.), Хабалова И.М. (2007 г.), Бардонов В.Д., Бардонова Л.А. (2008 г.). Победителем в городском конкурсе «Лучший врач» в 2004 г. являлся Ванчиков Б.Д.

Перед коллективом ГК БСМП стоят большие перспективные задачи по внедрению новых методик диагностики и лечения:

- внедрение в практику использование «наропина» (местного анестетика для эпидуральной анестезии) с целью послеоперационного обезболивания, устранения явлений пареза кишечника, синдрома кишечной недостаточности;
- внедрен в практику лечения больных с тяжелой ожоговой болезнью современный синтетический иммуномодулятор «полиоксидоний», а также

поливалентный иммуноглобулин человека — «пентаглобин»;

- совершенствование тактики ведения больных с токсическими гепатитами с учетом степени тяжести и с применением современных антигипоксантов;

- активное применение современного отечественного тромболитика «проурокиназа» (пуролаза);

- продолжение внедрения новых видов исследования (тропонинный тест, метод определения в плазме D-димера, электрокардиография высокого разрешения с регистрацией поздних желудочковых потенциалов, чреспищеводная эхокардиография);

- усовершенствование тактики операционного лечения, ведение послеоперационного периода больных с гнойными медиастенитами различной формы при осложненных травмах пищевода;

- продолжение внедрения операций при нагноительных заболеваниях легких, включая лоб-, билоб-, пневмонэктомии;

- продолжение работы по созданию городского регистра больных с ОНМК;

- продолжение работы по внедрению операций — транспедикулярная фиксация позвоночника при неосложненной травме;

- активное внедрение эндоскопической методики лечения панкреонекрозов;

- внедрение усовершенствованных методов оперативных вмешательств и тактики ведения в послеоперационном периоде больных с повреждениями общего желчного протока.

- продолжение работы по совершенствованию тактики предоперационного ведения, оперативных вмешательств пациентам с врожденной аномалией развития ЖКТ, диафрагмальных грыж, врожденной и приобретенной аномалиях развития мочеполовой системы;

- внедрение в практику регионарных методов анестезий;

- внедрение в практику применение «севорана» в анестезии больных с тяжелой патологией органов брюшной полости и органов грудной клетки.

Большие перспективы коллектив БСМП связывает с введением в эксплуатацию прибора. В этом здании открыты современные, отвечающие всем нормативам и требованиям, отделения — приемное, операционный блок, детская реанимация, хирургическая реанимация, анестезиология. Также в приборе располагается блок диагностических отделений (лаборатория, ультразвуковая диагностика, эндоскопия).

В своей деятельности коллектив БСМП руководствуется двумя принципами: оказание медицинской помощи на качественном уровне и доступность ее для любого жителя Бурятии, независимо от уровня доходов и социального статуса.

Тридцатилетний юбилей — знаменательная веха в работе любого учреждения, а в условиях экстренности вдвойне. Успешное развитие этого важнейшего направления в здравоохранении результат самоотверженного труда коллектива, с гордостью носящего имя своего первого главного врача.



А.Н. Плеханов

## ЭКСТРЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ

Министерство здравоохранения Республики Бурятия (Улан-Удэ)

*В данной статье приведены результаты лечения больных с острой хирургической патологией в Республике Бурятия. В последние годы уменьшилось количество аппендэктомий и резекций желудка. Приведены данные о послеоперационной летальности больных с экстренной патологией. Отмечается снижение летальности пациентов от острого аппендицита, панкреатита и желудочно-кишечных кровотечений.*

**Ключевые слова:** экстренная хирургия, патология, летальность

## THE EMERGENCY SURGICAL HELP IN REPUBLIC BURYATIYA

A.N. Plekhanov

Ministry of Health of Republic Buryatiya, Ulan-Ude

*The article presents the results of treatment of patients with acute surgical pathology in Republic Buryatiya. Last years the quantity of appendectomies and stomach resections has decreased. The data about postoperative mortality of patients with acute pathology are given. Decreased mortality of patients from acute appendicitis, pancreatitis and gastroenteric bleedings is marked.*

**Key words:** emergency surgery, pathology, mortality

Республика Бурятия — регион с высоким уровнем урбанизации и средней плотностью населения в сельской местности, средней демографической нагрузкой за счет старшей возрастной группы. По предварительным данным Сибирского Федерального округа среднегодовая численность населения республики в 2007 году составила 959,7 тыс. человек, из них порядка 55,4 % проживает в городской местности, 44,6 % — в сельской. За год убыль населения составила 1,9 тыс. человек (0,2 %).

Экстренная хирургическая помощь всегда была и остается наиболее сложным разделом нашей профессии. С ущемленными грыжами, острым аппендицитом, кишечной непроходимостью, травмами и т.д. приходится встречаться при любых новшествах и совершенствах хирургических вмешательств [2]. Поэтому опыт ургентных операций при тяжелой патологии, например деструктивных формах панкреатита, кровотечениях нередко является передовым в сравнении с плановой высокотехнологичной хирургической помощью.

Структура оказания экстренной хирургической помощи населению Республики Бурятия в последние годы практически не изменилась. На сегодняшний день это сеть лечебно-профилактических учреждений города Улан-Удэ, центральных районных больниц, ведомственных учреждений здравоохранения. В Муйском районе экстренная хирургическая помощь оказывается узловой больницей на ст. Таксимо ОАО «РЖД».

Центром оказания экстренной хирургической помощи в Республике Бурятия является МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им В.В. Ангапова». В ее структуре экстренное хирургическое отделение, детское хирургическое, детское травматологическое, ожого-

вое отделения, которые с одной стороны оказывают экстренную хирургическую помощь населению, с другой стороны являются монопольными и единственными, имеющими значение республиканских хирургических центров. Одной из проблем здесь является дефицит, прежде всего, хирургов и врачей анестезиологов-реаниматологов.

Достаточно сказать, что практически во всех регионах Сибирского Федерального округа дефицит во врачах-хирургах составляет в среднем около 50 %. Что касается Республики Бурятия, то в 2007 году на 170,5 штатных должностях врачей-хирургов работали 97 физических лиц, в 2006 году на 176 единицах — 110 (в 2005 г. — 110), из которых в поликлиниках было занято в 2007 году 50 врачей, т.е. укомплектованность врачами-хирургами составляет на сегодняшний день 56,8 %. На рис. 1 представлена динамика обеспеченность хирургическими кадрами за последние годы.

Из года в год сохраняется высокий коэффициент совместительства хирургов — 1,6 по РБ (2006 — 1,5). Это особенно отмечается в Селенгинском (3,8), Тункинском (2,3) Иволгинском (2,0), Баргузинском (2,4), Бичурском (2,0) и ряде других районов. Если ситуация с кадрами в Закаменском районе (где приняты на работу врачи — хирург и анестезиолог с высшими категориями), Кяхтинском районе (где в больницу пришло 3 молодых специалиста), Баргузинском районе (приступил к работе хирург с высшей категорией в Усть-Баргузинскую участковую больницу) несколько улучшилась, то сложная ситуация в 2007 году сложилась в Бичурском районе (1 хирург), Заиграевском районе (Онохойская участковая больница — нет хирурга), Окинском, Мухоршибирском и Еравнинском районах (1 хирург). В связи с этим большинство центральных районных больниц работает на оказа-

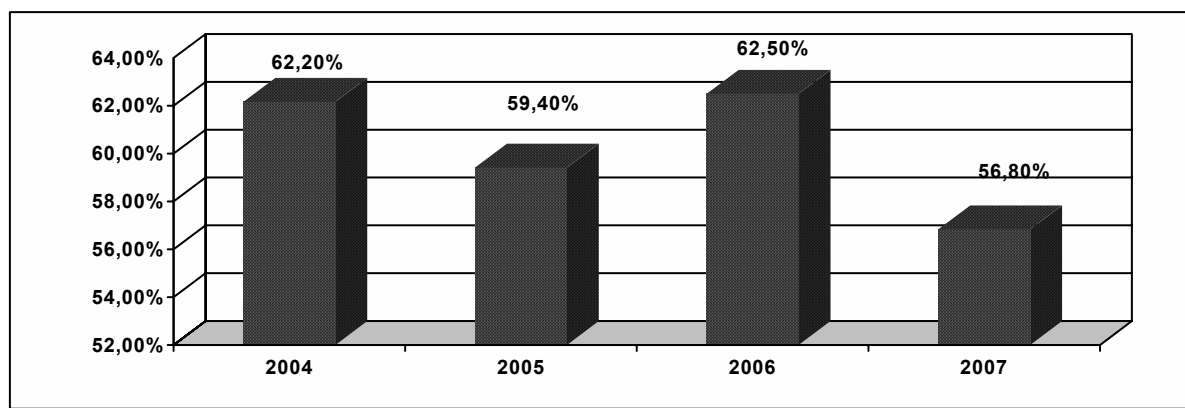


Рис. 1. Динамика обеспеченности врачами хирургами Республики Бурятия.

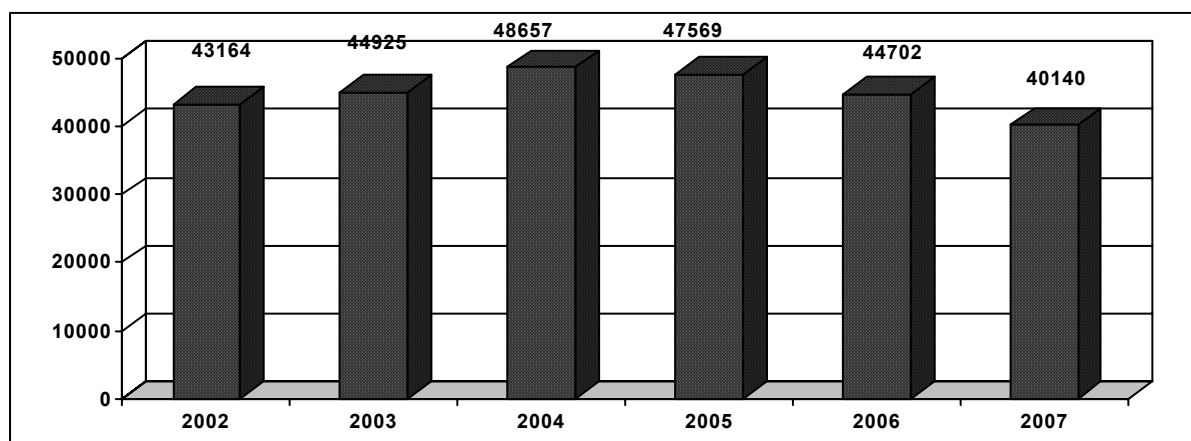


Рис. 2. Динамика количества проведенных операций в стационаре.

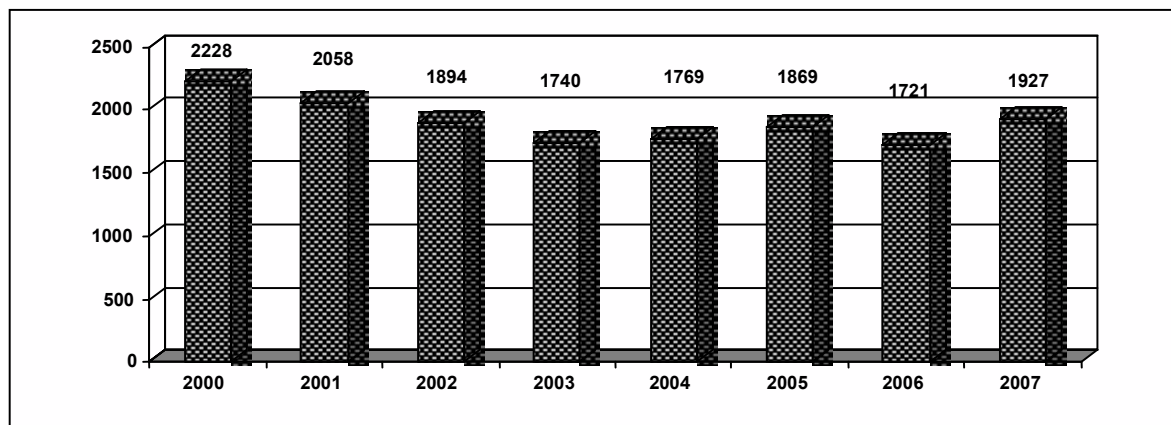


Рис. 3. Динамика числа аппендэктомий с 2000 по 2007 гг.

ние преимущественно экстренной хирургической помощи. По-прежнему остро стоит вопрос об обеспеченности и укомплектованности врачами узких специальностей. Так, по республике низкая обеспеченность анестезиологами-реаниматологами – 53 %, эндоскопистами – 37,5 %.

В последние годы отмечается стойкая тенденция к уменьшению числа операций, проведенных в стационарах республики. Так в 2007 году стационарными хирургами республики было выполнено 40140 оперативных вмешательств, что ниже, чем в 2006 году более чем на 4 тысячи и более чем на 8 тысяч по сравнению с 2004 годом (рис. 2).

Данный факт обусловлен повышением количества стационарозамещающих коек и активизацией работы хирургов поликлиник, особенно центров амбулаторной хирургии и дневных стационаров. В городских хирургических стационарах в 2007 году выполнено 26 271 операция, в республиканских хирургических стационарах – 13 869 операций. 53 % составили операции экстренного характера. Наибольшее число операций выполнено хирургами на органах брюшной полости, что в абсолютных цифрах составило 6917, это приблизительно на уровне прошлого года (2006 год – 6910). При этом летальность после операций на органах брюшной

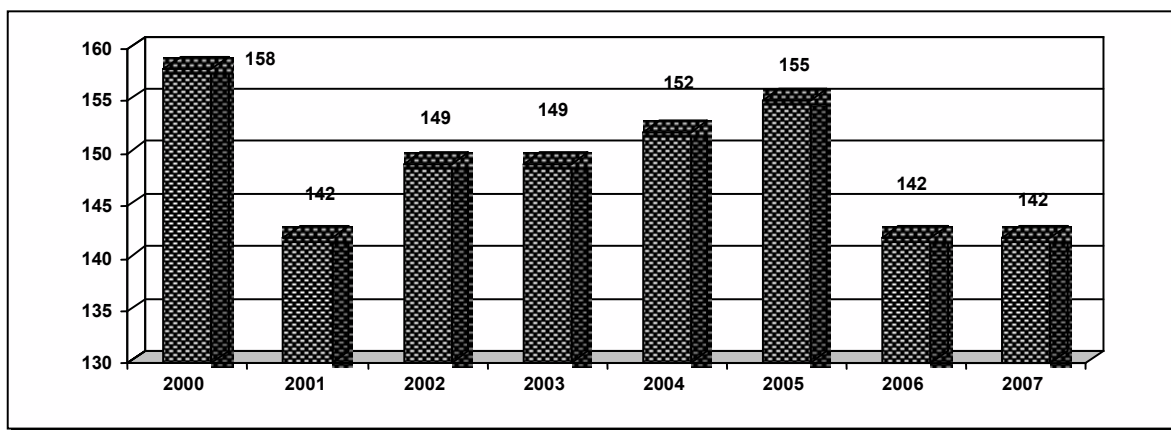


Рис. 4. Динамика числа операций по поводу кишечной непроходимости с 2000 по 2007 гг.

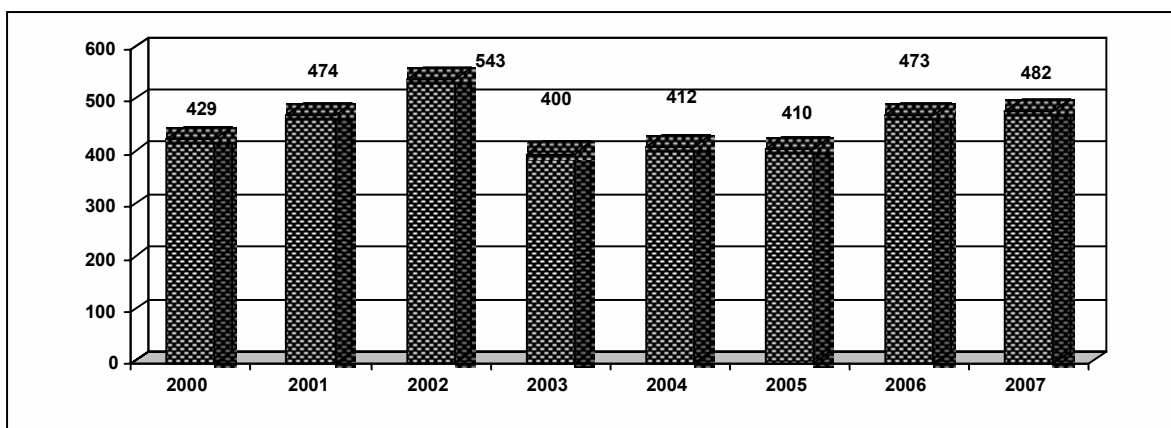


Рис. 5. Динамика числа операций по поводу острого холецистита с 2000 по 2007 гг.

полости существенно уменьшилась до 1,8 % (2006 – 2,2 %). Однако в общем послеоперационная летальность больных увеличилась до 0,8 % по сравнению с прошлыми годами (0,76 % по РФ – 1,1). Наибольший процент летальных исходов получен после операций на головном мозге (20,2 %).

Диагностика и лечение острого аппендицита остаются актуальными и в настоящее время. По данным М.И. Кузина, в нашей стране в год производится более 1 млн. аппендэктомий. Эта операция составляет 80 – 85 % от всех неотложных операций.

Динамика операций по поводу острого аппендицита в Республике Бурятия приведена на рис. 3.

Говоря о хирургической помощи при данной патологии можно отметить снижение количества аппендэктомий в последние годы. Так если в 2000 году их было выполнено 2228, то в 2007 году – 1927. Подобная тенденция отмечается и во многих других регионах Российской Федерации.

Лечение больных с острой кишечной непроходимостью является актуальной проблемой неотложной хирургии, так как ежегодно отмечается увеличение количества больных с этой патологией. При этом отмечается более высокая оперативная активность в последние годы при данной патологии, которая составляет 95 %. Нарастание числа хирургических вмешательств, выполняемых по поводу острой кишечной непроходимости в ста-

ционарах республики, произошло с 2001 до 2005 года. В последние годы их количество уменьшилось (рис. 4).

Основной причиной кишечной непроходимости являются опухоли толстой кишки различной локализации (76,7 %). В 35 % это рак сигмовидной кишки. В 3,3 % случаев причиной непроходимости является сдавление кишечника опухолями извне (опухоли забрюшинного пространства, гениталий).

В настоящее время количество операций, выполняемых при остром холецистите, по частоте уступают только острому аппендициту. По данным National Institutes of Health (1999) 10 – 15 % взрослого населения страдают желчнокаменной болезнью. Заболевание в 3 раза чаще встречается у женщин. С 2003 года отмечается некоторый рост числа больных оперированных по поводу острого холецистита (рис. 5).

В лечении больных с данной патологией в республике все больше используются малоинвазивные методики (лапароскопическая холецистэктомия, холецистэктомия из мини-доступа), а у пациентов старших возрастных групп эффективным является пункция желчного пузыря под контролем УЗИ.

Обращает на себя внимание рост количества больных, оперированных по поводу ущемленных

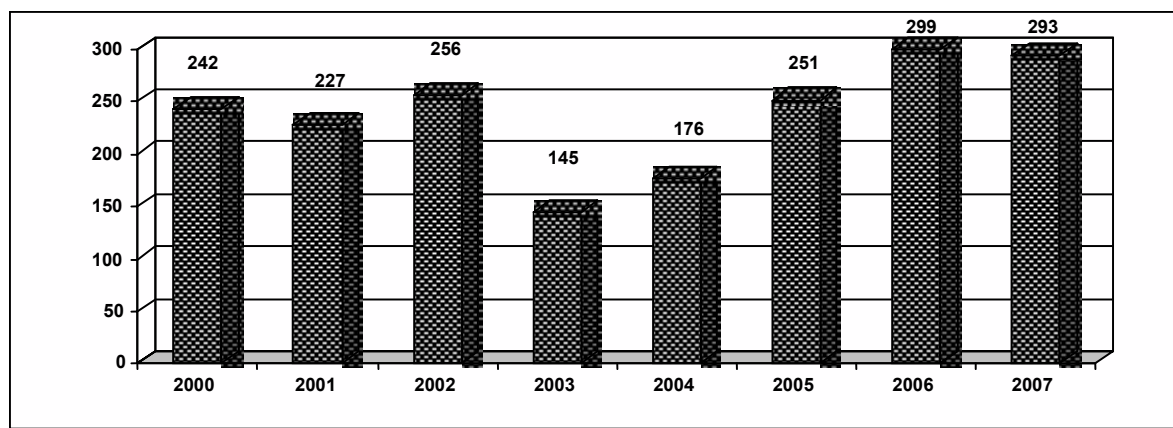


Рис. 6. Динамика числа операций по поводу ущемленной грыжи с 2000 по 2007 гг.

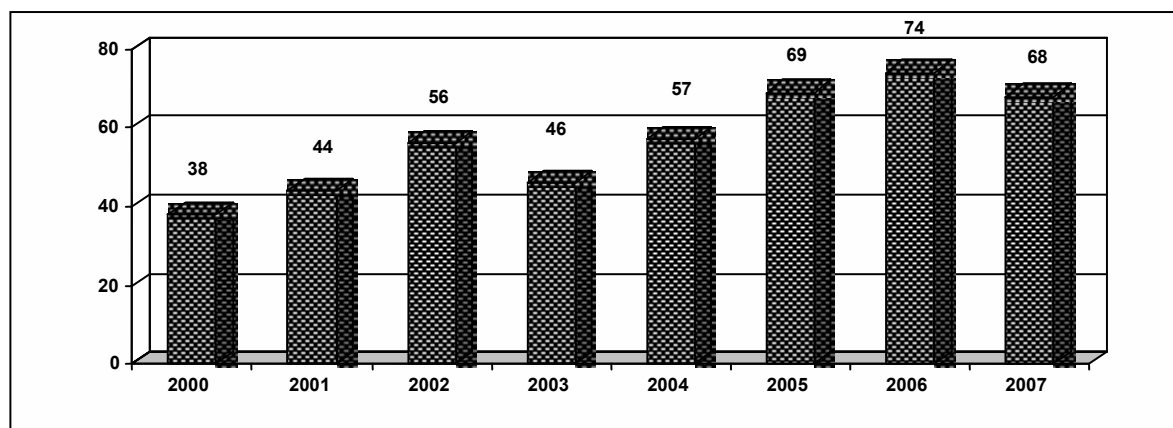


Рис. 7. Динамика числа операций по поводу острого панкреатита с 2000 по 2007 гг.

грыж различной локализации. Само возникновение грыжи связано с риском последующего ее ущемления. По литературным данным ущемление наблюдается у 5 % больных с паховыми грыжами и 32 % с бедренными грыжами. В республике отмечается рост числа операций при ущемленных грыжах. Так, если в 2003 году их было выполнено 145, то на конец 2007 года этот показатель увеличился почти вдвое (рис. 6).

Данный факт в первую очередь свидетельствует о недостаточно проводимой диспансеризации населения, недоработкой амбулаторно-поликлинической службы. Недостаточно четко разработаны такие вопросы как методика отбора больных-грыженосителей для планового хирургического лечения, особенно пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией, особенности предоперационной подготовки и последующего ведения пациентов с ущемленной грыжей.

Число больных острым панкреатитом неуклонно увеличивается из года в год, не имеет тенденции к снижению и оставляет более 38 пациентов на 100 000 населения (Иванов Ю.В., 2000). Еще тридцать лет назад острый панкреатит составлял 0,83 % в общей структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, а на сегодняшний день в России он занимает 25 %. Из года в год в Республике Бурятия увеличивается коли-

чество операций при остром панкреатите (рис. 7). И это обусловлено далеко не возросшей хирургической активностью при данной патологии, напротив мы определили строгие показания к выполнению операции при остром деструктивном панкреатите, что позволило несколько стабилизировать ситуацию в республике.

Рост числа операций обусловлен увеличением больных с острым панкреатитом и преимущественно алкогольной этиологии (35 %). Лишь в 20–25 % в основе его развития лежит желчнокаменная болезнь. Необходимо отметить, что проблема острого панкреатита, помимо медицинского имеет и социально-экономическое значение, поскольку в последние годы средний возраст больных составляет 30–40 лет.

Острые желудочно-кишечные кровотечения являются осложнениями более 100 заболеваний различной этиологии. При этом в 55 % всех случаев они отмечаются у больных с хроническими и острыми язвами желудка и двенадцатиперстной кишки.

Оказывая хирургическую помощь больным с язвенной болезнью, хотелось бы отметить снижение количества резекций желудка по поводу язвенной болезни во всех хирургических стационарах республики на протяжении последних лет. Это в первую очередь обусловлено появлением новых

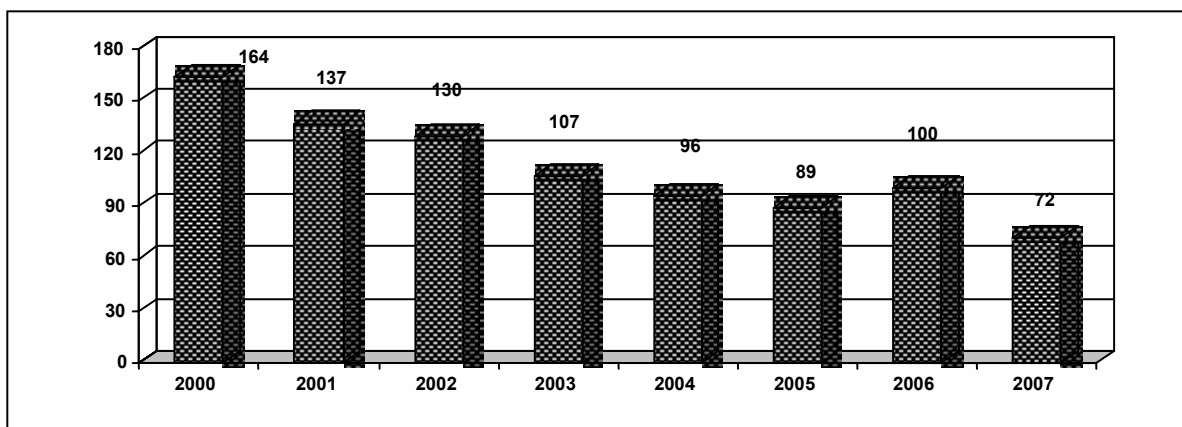


Рис. 8. Динамика числа операций по поводу желудочных кровотечений с 2000 по 2007 гг.

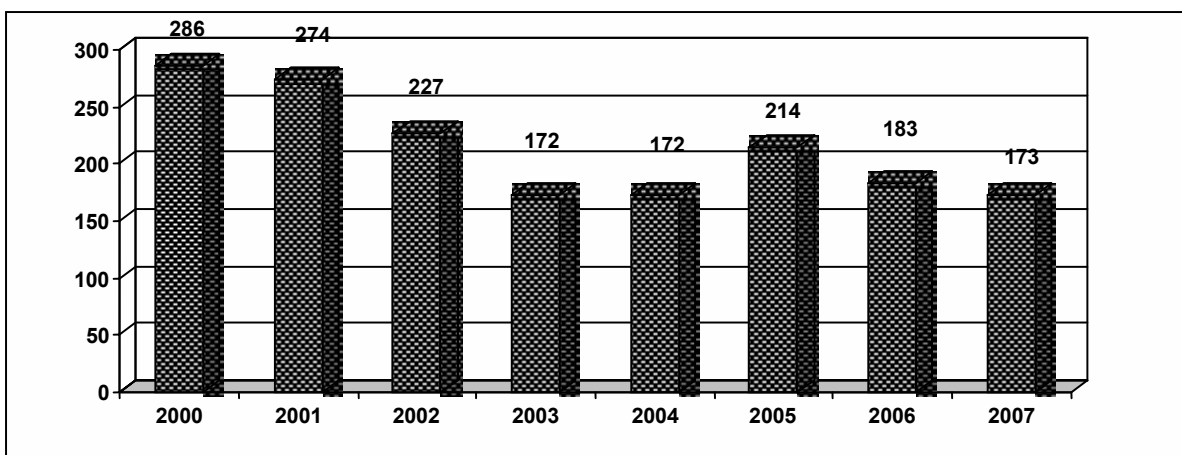


Рис. 9. Динамика числа операций по поводу прободных язв с 2000 по 2007 гг.

современных патогенетически направленных лекарственных препаратов. Мы не отметили также и роста числа операций, выполняемых по поводу осложнений язвенной болезни, таких как кровотечение и перфорация, напротив их количество сократилось почти в 2 раза (рис. 8, 9).

С 2000 года количество операций при язвенном кровотечении снизилось более чем в 2 раза. Напротив, Борисов А.Е. (2005) отмечает стойкий рост числа операций по поводу кровотечений и перфораций язв. Проблема лечения больных с желудочными кровотечениями может быть успешно решена только совместными усилиями врачей разных специальностей. Одной из основных задач является выполнение оперативных вмешательств у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в плановом порядке до развития угрожающих жизни осложнений. Решение этой задачи в значительной степени зависит от гастроэнтерологов и терапевтов, которые при безуспешном консервативном лечении будут своевременно направлять больных на операцию. Вторая задача — это обеспечение стационаров достаточным количеством донорской крови и ее компонентов. Третья задача — это подготовка врачей различных специальностей по вопросам диагностики и лечения больных с желудочно-кишечными

кровотечениями. В этой связи следует подчеркнуть, что крайне необходима организация круглосуточной эндоскопической службы во всех стационарах города, работающих в режиме скорой помощи.

Среди других экстренных заболеваний органов брюшной полости перфоративные гастродуоденальные язвы занимают пятое-шестое место. Известно, что констатация перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки является жизненным показанием к операции. Выбор способа и объема операции служит главным фактором, влияющим на непосредственные и отдаленные результаты лечения больных с перфоративной язвой. При этом необходимо учитывать сроки выполнения операции, наличие или отсутствие перитонита, локализацию язвы, ее морфологические особенности. Возраст больного и сопутствующую патологию. Снижение количества перфоративных язв в республике также отмечается в последние годы (рис.9).

Если количество операций в 2000 году составило 286 при перфорации язвы, то в 2007 году — 173. Изучение отдаленных результатов у оперированных по поводу перфоративной язвы больных показывает, что ушивание язвы является лишь первым этапом в лечении этого осложнения язвен-

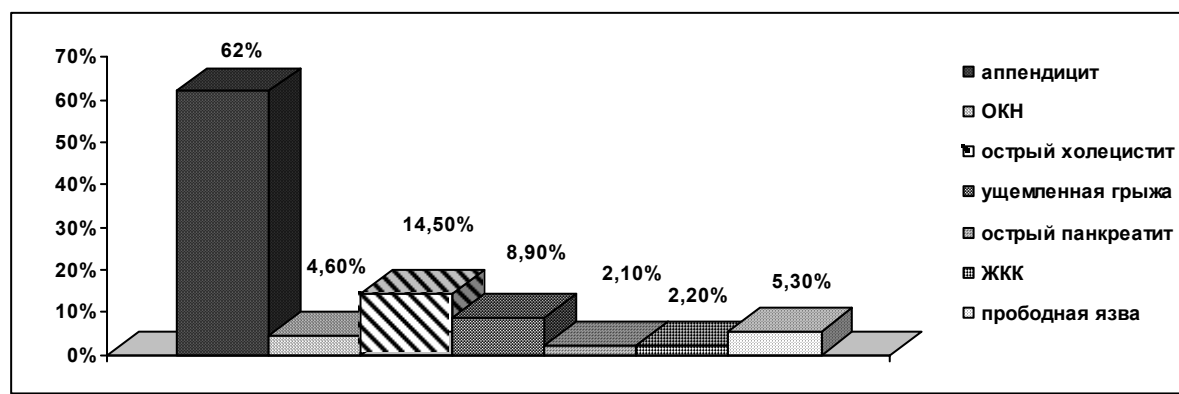


Рис. 10. Соотношение отдельных форм острой хирургической патологии в Республике Бурятия.

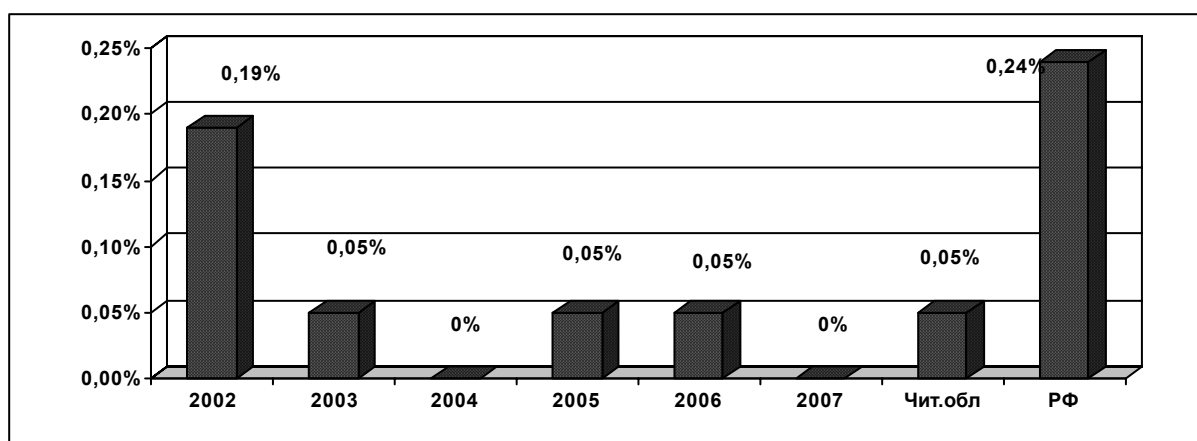


Рис. 11. Показатели послеоперационной летальности от острого аппендицита с 2002 по 2007 гг.

ной болезни. Более половины оперированных больных нуждаются в повторной операции. В наших стационарах такой операцией была и остается резекция желудка.

На протяжении всего проанализированного периода первое место в структуре среди всех форм острого живота занимает аппендицит, несмотря на снижение числа пациентов с данной патологией. Усредненные данные соотношения отдельных форм острой хирургической патологии в Республике Бурятия приведены на рис. 10.

На втором месте в структуре это больные с острым холециститом (14,5%), на третьем — с ущемленной грыжей (8,9%).

Остановившись на показателях послеоперационной летальности больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости можно отметить, что по 7 основным нозологическим формам она не превышает показатели Российской Федерации. В 2007 году в республике не отмечено ни одного случая летальности от острого аппендицита. Данный показатель практически не меняется за последние годы (рис. 11).

Из 1927 выполненных аппендэктомий в 583 (30,2%) случаях — это пациенты, которые поступили в стационар позже 24 часов от начала заболевания. Летальность при остром аппендиците, напрямую связана с поздним поступлением больных, с уже развившимися осложнениями, в том

числе разлитым перитонитом, исход которого при всех усилиях хирурга, чаще всего предопределен. Основными причинами неудач являются диагностические, тактические и технические ошибки в лечении больных, а также осложнения острого аппендицита и аппендэктомии, которые непосредственно приводят к смерти.

Изучая истории болезни больных, умерших от острой кишечной непроходимости, отмечено, что у 54% причиной смерти был перитонит, как результат несостоятельности швов анастомоза, повреждения кишки во время операции, а также продолжающийся перитонит, который не был купирован во время первой операции. У 20,2% больных смерть наступила от острой сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности. В 2007 году отмечается снижение послеоперационной летальности от острой кишечной непроходимости (рис. 12).

На протяжении последних лет показатель послеоперационной летальности от острой кишечной непроходимости ниже показателя в Российской Федерации, который составляет 16%. Однако снижение летальности при острой кишечной непроходимости зависит от строго выполнения основных положений медицинской доктрины в неотложной хирургии. Среди них ведущими являются ранняя диагностика и ранняя госпитализация, адекватная предоперационная диагностика, соблюдение основных правил и принципов опера-

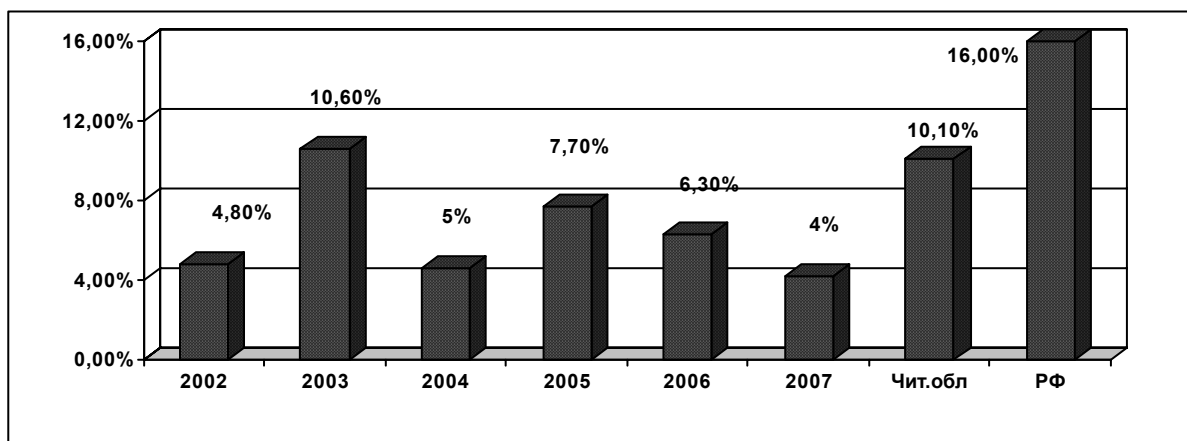


Рис. 12. Показатели послеоперационной летальности от кишечной непроходимости с 2002 по 2007 гг.

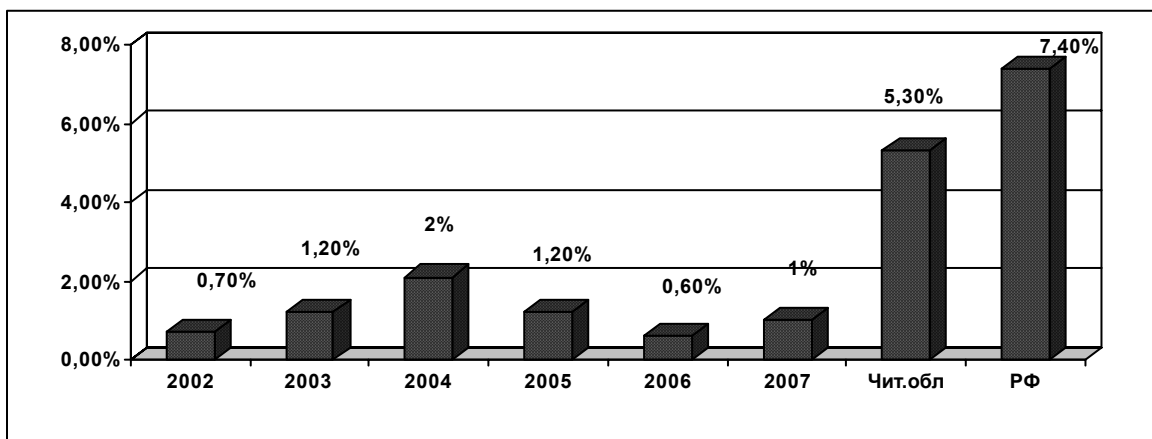


Рис. 13. Показатели послеоперационной летальности от острого холецистита с 2002 по 2007 гг.

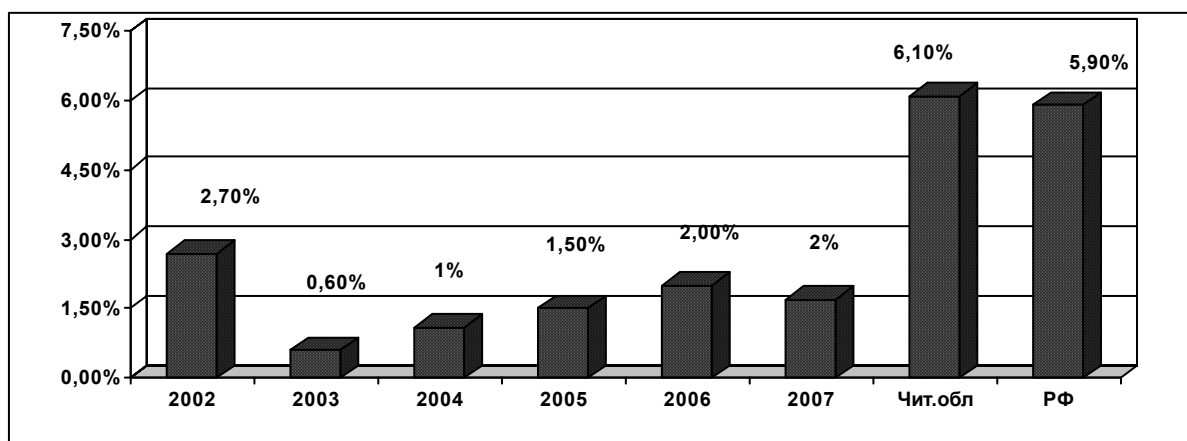


Рис. 14. Показатели послеоперационной летальности от ущемленной грыжи с 2002 по 2007 гг.

тивного лечения и патогенетически обоснованная послеоперационная терапия.

Имеется положительная тенденция к снижению послеоперационной летальности в республике и от острого холецистита (рис. 13). Наиболее высокая летальность отмечена у пациентов старшей возрастной группы, выраженном деструктивном процессе желчного пузыря, а также позднем поступлении больных в стационар.

Стабильно низкой остается летальность от ущемленной грыжи. В последние годы она состав-

ляет 1 – 2 %, что ниже показателей Российской Федерации практически в 6 раз (рис. 14). Анализ клинического опыта лечения больных показал, что причиной летальных исходов является не перитонит, а сопутствующие заболевания, течение которых усугубляется. 65 – 70 % умерших больных это пациенты пожилого и старшего возраста.

Особо хотелось обратить внимание на показатели послеоперационной летальности от острого панкреатита (рис. 15) и желудочно-кишечных кровотечений (рис. 16). Летальность при данной пато-

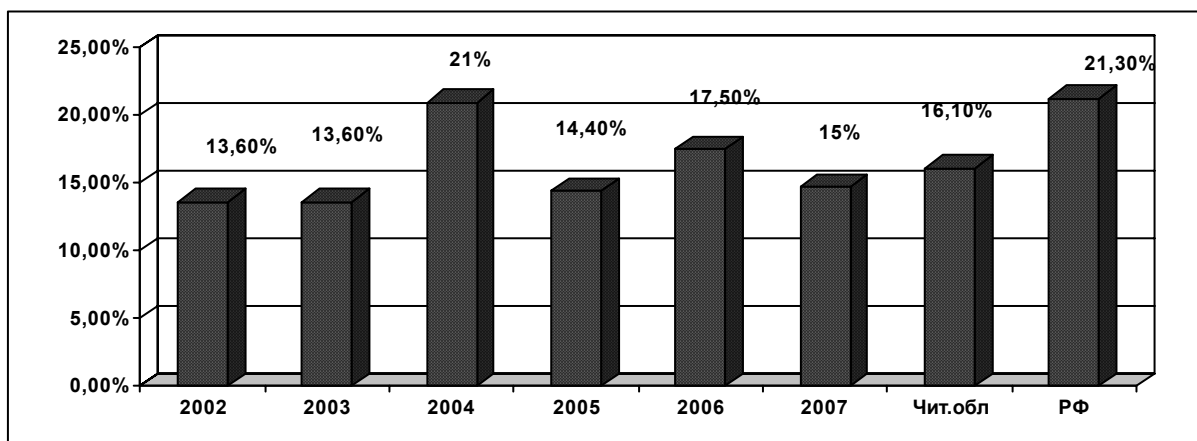


Рис. 15. Показатели послеоперационной летальности от острого панкреатита с 2002 по 2007 гг.

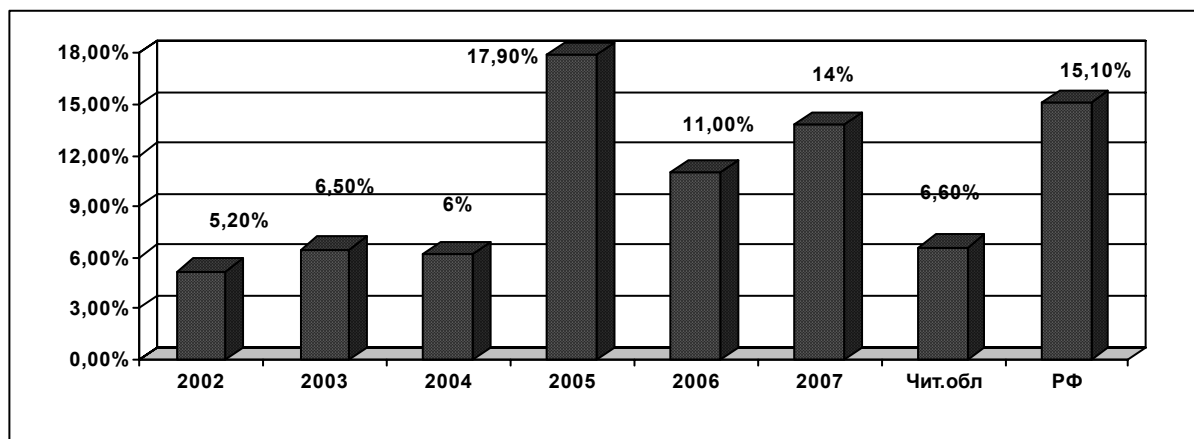


Рис. 16. Показатели послеоперационной летальности от желудочных кровотечений с 2002 по 2007 гг.

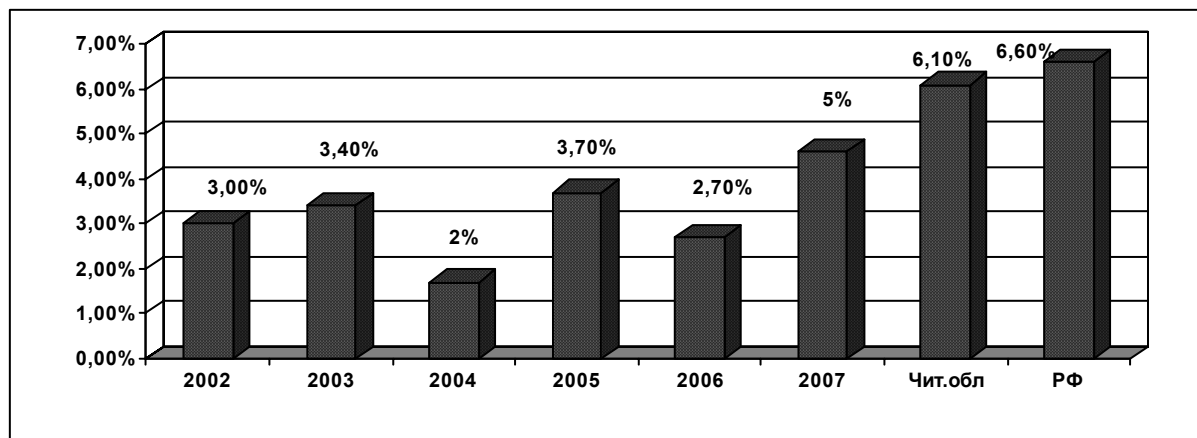


Рис. 17. Показатели послеоперационной летальности от желудочных кровотечений с 2002 по 2007 гг.

логии остается высокой, хотя и ниже показателей РФ. Наиболее высокая летальность отмечается в группе больных с деструктивными формами острого панкреатита и среди пациентов старшей возрастной группы. Часто причиной летальных исходов являются такие осложнения как массивное аррозивное кровотечение, гнойный перитонит, тяжелая печеночная и почечная недостаточность.

К факторам, ведущим к высокой летальности при экстренных операциях при желудочных кровотечениях, относятся пожилой и старческий воз-

раст, наличие сопутствующих заболеваний, позднее обращение пациентов за медицинской помощью, диагностические ошибки на догоспитальном этапе в период скрытого кровотечения, характеризующегося общими клиническими симптомами, нередко трактуемыми как проявления вегето-сосудистой дистонии, ишемической болезни сердца, остеохондроза. Среди других причин высокой летальности можно отметить неадекватную предоперационную подготовку. К увеличению летальности на госпитальном этапе приводят завышение



объема оперативного вмешательства, технические погрешности при ушивании трудной культи ДПК, что приводит к развитию перитонита.

Анализ послеоперационной летальности при свободной язве показал ее зависимость от сроков госпитализации пациентов, а также возраста пациентов.

В целом показатели не выходят за пределы многолетних колебаний, что объясняется внедрением на территории республики единых научно-обоснованных подходов к тактике ведения пациентов, накоплением опыта хирургического лечения. Благодаря проведенной совместной организационно-методической, научно-практической работе, принятию единых принципов лечения больных с острым панкреатитом и кровотечениями, нам удалось несколько стабилизировать ситуацию при данной патологии.

При анализе зависимости послеоперационной летальности от сроков госпитализации пациентов выявлена картина, характерная практически для всех острых хирургических заболеваний: с увеличением времени прошедшего с момента заболевания до поступления больного в стационар резко возрастает уровень послеоперационной летальности. Следует отметить, что абсолютное большинство летальных исходов это пациенты, как правило, социально не адаптированные, с поздними сроками доставки на этап хирургической помощи (2/3 больных доставлены в стационар в сроки более 24 часов от начала заболевания).

При сравнении уровня летальности в зависимости от возраста пациентов, при всех острых хирургических заболеваниях уровень послеоперационной летальности возрастает во много раз у больных пожилого и старческого возраста. По нашим данным послеоперационная летальность резко возрастает у больных старше 60 лет. Исключение составляет острый панкреатит, где летальность высока во всех возрастных группах.

Таким образом, одним из основных принципов экстренной хирургии, оказывающих существенное влияние на результаты лечения больных, является ранняя диагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, особенно на догоспитальном этапе. Совершенно очевидно, что результаты лечения больных, например, с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки значительно хуже при развитии таких грозных осложнений этой патологии, как кровотечение, перфорация, малигнизация.

При проведении многофакторного анализа послеоперационной летальности в Республике Бурятия выделены основные факторы, приводящие к летальным исходам у больных с основными формами «острого живота». Это позднее обращение за медицинской помощью, поздняя госпитализация, ошибки в тактике и технике операций, дефекты анестезиологических пособий, диагностические ошибки врачей, тяжесть послеоперационных осложнений, неадекватное лечение, ятрогенные осложнения. Процентное соотношение указанных факторов представлено в таблице 1.

**Таблица 1**  
**Факторы, влияющие на причины летальных исходов**

Факторы	Процент от общего числа больных
Позднее обращение за медицинской помощью	61,1 %
Отказ от госпитализации	1,5 %
Ошибки медицинских работников на догоспитальном этапе	2,2 %
Диагностические ошибки	11,5 %
Дефекты анестезиологического пособия	0,5 %
Технические и тактические ошибки	15,5 %
Неадекватное лечение	5,1 %
Тяжесть послеоперационных осложнений	32,9 %
Ятрогенные осложнения	1,2 %

Особое внимание в структуре экстренной хирургической помощи занимает травматизм. В 70 % это тяжелые сочетанные травмы, приводящие нередко к летальному исходу. Неумышленные повреждения до настоящего времени остаются одной из ведущих причин смертности трудоспособного населения в возрасте до 34 – 44 лет [7]. Тяжелая сочетанная травма, или по другой терминологии, шокогенная сочетанная травма характеризуется высокой летальностью и лидирует по показателю потерянных лет потенциальной жизни [1, 3]. Достаточно сказать, что сочетанная травма сегодня представляет большую социально-медицинскую проблему в связи с увеличением бытового, производственного и дорожного травматизма. По данным различных авторов в общей структуре травматизма сочетанная травма выявляется до 22 %, с летальностью 40 – 60 % и инвалидностью от 25 до 45 % [5].

В последние годы в республике Бурятия тяжелая травма в сочетании с черепно-мозговой травмой является наиболее частой разновидностью сочетанных повреждений и встречается в 70,8 – 91,6 % всех сочетанных повреждений, сочетание черепно-мозговой травмы с травмой живота составляет 38 %, с травмой грудной клетки – 13,3 % [6]. Так, наблюдений сочетанной травмы, т.е. повреждения двух и более анатомических областей тела одним травмирующим агентом, за 2005 г. было выявлено по городу Улан-Удэ – 462, а в соседнем регионе (г. Иркутске) – 1093 случая. Преобладали мужчины – 354 (77 %), средний возраст которых составил 39,8 года. На догоспитальном этапе погибло 173 (37,7 %) человека. В структуре повреждений преобладала тупая травма – 249 (54 %), автодорожная травма – 115 (25 %), колото-резаные ранения – 55 (12 %), кататравма – 29 (6 %). Общая летальность при сочетанной травме по г. Улан-Удэ составила 43 %. Наибольшая летальность отмечена в Джидинском районе (3,25), Бичурском (3,23), Мухоршибирском (3,23) и Селенгинском районах (3,14).

Пострадавшие умерли в различные сроки. По срокам смерти с момента поступления в стацио-

нар они распределились следующим образом: в течение первого часа (12,5 %) в течение 3 часов — 25 %, в течение 6 часов — 8,3 %, в первые сутки — 12,5 %, в первую неделю — 33,3 %, позже — 7 % больных.

Причиной смерти погибших в течение первого часа после поступления явилась дислокация головного мозга как результат внутримозговой гематомы. У 75 % больных причиной летального исхода явилась массивная кровопотеря и необратимый декомпенсированный геморрагический и травматический шок.

Один из важных принципов — оказание квалифицированных реанимационных мероприятий на месте происшествия. Опыт показывает, что 70 % больных поступают в стационар с неполным объемом проведенных противошоковых мероприятий, что во многом ухудшало состояние пациентов и предопределило неблагоприятный исход.

Объем этих мероприятий должен заключаться при наличии сочетанных повреждений опорно-двигательного аппарата в иммобилизации мест переломов, обезболивании, поддержание сердечно-легочной деятельности.

Диагностические мероприятия в стационаре должны проводиться параллельно с проведением комплекса мероприятий, направленных на коррекцию имеющихся нарушений сердечно-сосудистой и дыхательной систем, показателей гемостаза и выведения больного из шока.

Для оценки тяжести политравмы необходимо применение современной диагностической аппаратуры, которая позволит выявить имеющиеся повреждения и оказать квалифицированную медицинскую помощь своевременно.

На этапе стационарного лечения при диагностировании повреждений внутренних органов необходимо выполнение экстренного оперативного вмешательства.

К выполнению лечебных манипуляций необходимо подходить дифференцированно, с учетом тяжести диагностированных повреждений для оказания хирургической помощи.

Следует помнить, что выполнение экстренного хирургического вмешательства является одним из важнейших этапов противошоковых мероприятий.

Важнейшим является соблюдение принципа этапности при оказании медицинской помощи.

Больные с тяжелой сочетанной травмой должны быть концентрированы в стационаре республиканской, областной, краевой больницы, где имеется возможность оказания специализированной квалифицированной медицинской помощи.

Для улучшения оказания медицинской помощи больным с тяжелой политравмой необходимы единые диагностическиеходы, корпоративные слаженные действия врачей многих специальностей, в первую очередь хирургов, анестезиологов и реаниматологов, травматологов, нейрохирургов.

Дорожно-транспортные происшествия являются одной из проблем современной хирургии и травматологии. Необходимо отметить, что смерт-

ность от дорожно-транспортных происшествий за год сократилась на 34,2 % до 21,2 чел. в расчете на 100 тыс. населения, что ниже среднероссийского уровня (23,0).

Количество дорожно-транспортных происшествий, произошедших на участках федеральных автодорог, проходящих по территории Республики Бурятия в 2004 — 2007 г. представлено в таблице 2.

**Таблица 2**  
**Динамика дорожно-транспортных происшествий**

	2004	2005	2006	Всего
ДТП	1376	1335	1358	4069
Погибло	170	94	96	360
Ранено	1679	1790	2112	5581

Поскольку через нашу республику проходит федеральная трасса, мы надеемся на включение Бурятии в расширение национального проекта «Здоровье» в плане профилактики дорожно-транспортных происшествий и снижения летальности от них.

Особенно хотелось остановиться на развитии анестезиологии и реанимации в республике. В практику врачами анестезиологами реаниматологами внедрена продленная спинальная и эпидуральная анестезия, позволяющая успешно выполнять хирургические вмешательства у лиц пожилого и старческого возраста. Все большую популярность приобретают методы эфферентной терапии и гравитационной хирургии. При тяжелых черепно-мозговых травмах, кровоизлияниях, менингитах внедрена ликворосорбция, результаты которой удивляют. Появился опыт лечения больных с тяжелым сепсисом, перитонитом, панкреонекрозом, обширными ожогами.

Не секрет, что оказание помощи детскому населению, включая и хирургическую помощь — это одна из самых ресурсоемких областей медицины. Ежегодно в отделении детской хирургии выполняется более 3000 оперативных вмешательств при различной патологии детского возраста, 50 % это экстренные операции. Послеоперационная летальность при них низкая, а ее показатели не выходят за пределы показателей СФО и РБ. Практика доказывает необходимость обучения районных хирургов по вопросам острого гематогенного остеомиелита, врожденной патологии желудочно-кишечного тракта, сочетанной травмы, по которым нередко возникает большое количество вопросов. Особое внимание следует уделить хирургии новорожденных. С этой целью мы готовим специалистов неонатологов, детских реаниматологов, хирурга.

Особое внимание в организации экстренной хирургической помощи уделяется работе санитарной авиации. Ежегодно санитарная авиация по экстренным хирургическим проблемам выезжает в районы Республики Бурятия от 200 до 250 раз, выполняются более 100 оперативных вмешательств у детей и взрослых. Накопление опыта оказания помощи больным с острыми хирургичес-

кими заболеваниями органов брюшной полости, организация оказания экстренной помощи позволили улучшить показатели оказания экстренной хирургической помощи.

Со дня функционирования республиканского телемедицинского центра 15 мая 2007 года проведена тысячная телемедицинская консультация. Республиканский телемедицинский центр является одним из активных телемедицинских центров в Российской Федерации. Ежегодно проводятся более 130 телеконсультаций в режиме реального времени со всеми федеральными медицинскими научными центрами, региональными центрами РФ, в том числе и в экстренных сложных случаях у детей и взрослых.

У хирургов Бурятии много друзей-коллег. Научно-практическое объединение выражается в сотрудничестве и объединении клинических баз со структурами БГУ, БНЦ и НИИ центральных регионов России, а именно с кафедрами хирургических болезней БГУ, НИИ СМП им. Джанелидзе (член-корр. РАМН, д.м.н., профессор С.Б. Багненко), НИИ онкологии г. Томска (член-корр. РАМН, д.м.н., профессор Чойнзонов Е.Ц.), Томским государственным медицинским университетом (член-корр. РАМН, д.м.н. профессор Дамбаев Г.Ц.), НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (член-корр. РАМН, д.м.н., профессор Григорьев Е.Г.), БНЦ (д.м.н., профессор Николаев С.М.), Бурятским филиалом НЦ РВХ (д.м.н. Цыбиков Е.Н.). Результатом этого сотрудничества явилось улучшение качества оказания хирургической помощи населению республики Бурятия, в том числе и неотложной хирургической помощи. Результатом научной активности врачей-хирургов явилась защита в 2007 году 3 кандидатских и одной докторской диссертации по проблемам хирургии, публикация 5 монографий, более 200 печатных работ в российской и зарубежной печати.

Хирурги республики участвовали в научно-практической конференции «Хирурги Забайкалья в России» (г. Чита), Ассоциации хирургов Иркутской области (г. Иркутск), международной конференции врачей хирургов (г. Маньчжурия, Китай), XIII Всероссийском съезде сердечно-сосудистых хирургов (г. Москва), Всероссийском Съезде анестезиологов-реаниматологов (г. Москва), международном съезде хирургов-гепатологов (г. Санкт-Петербург), во II съезде Сибири и Дальнего Востока (г. Владивосток), в научно-практической конференции «Панкреатит» (г. Сочи), где обсуждались вопросы оказания хирургической помощи больным при неотложных хирургических состояниях.

Ежеквартально проводятся заседания научно-практического общества хирургов Республики Бурятия под председательством профессора Г.Ф. Жигаева, заседания клуба сосудистых хирургов.

Продолжается сотрудничество хирургов Бурятии с хирургами соседних регионов: Томска, Читы, Новосибирска, Москвы, Санкт-Петербурга, Иркутска, Северска, Монголии и Китая.

В настоящее время крупные клинические базы города — это стационары, имеющие огромную диагностическую базу, где присутствуют все современные ультразвуковые, эндоскопические, ангиографические, радионуклидные методы диагностики, где есть компьютерная и магнитно-резонансная томография, где имеются высококвалифицированные специалисты, ими владеющие.

И, тем не менее, выезжая в районы Бурятии, оказывая им практическую и консультативную помощь, мы всегда знаем, что в нашем тылу находятся наши коллеги хирурги, эндоскописты, анестезиологи-реаниматологи, которые своим трудом держат «марку» хирургии республики и позволяют хирургии двигаться только вперед.

В эти дни Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им В.В. Ангапова отмечает свой 30-летний юбилей. В клинике сложились свои традиции оказания экстренной помощи, накоплен колоссальный опыт лечения различных urgentных хирургических состояний, подготовлено большое количество хирургов по вопросам неотложной хирургии. Научно обоснованная тактика лечения таких больных с применением всего арсенала современных средств хирургии и терапии, использование современных антибактериальных средств, их комбинаций, внедрение новых передовых методик оперативных вмешательств позволила добиться хороших результатов. Особо хотелось бы отметить многолетнюю, безупречную работу таких хирургов как Николаева К.В., Горбачев Н.Б., Олохоев М.М., Ким Е.К., Гомбожапов Н.З., Доржиев Ю.Д., детских хирургов: Атутов Б.В., Доржиев Б.Д., Колдунов С.П. и других, чей труд является ярким примером хирургического мастерства и преданности профессии. На этой клинической базе работает кафедра госпитальной хирургии медицинского факультета Бурятского государственного университета под руководством доктора медицинских наук Хитрихеева В.Е. В научном кружке основам неотложной хирургии обучаются студенты старших курсов медицинского факультета.

Клиническая больница скорой помощи тесно сотрудничает с институтом скорой медицинской помощи им. Джанелидзе (г. Санкт-Петербург), который оказывает ей научно-методическую и практическую помощь. Накопленный опыт в этой клинической больнице позволил достичь определенных успехов в лечении острого панкреатита, желудочных кровотечений, острого холецистита, ожоговой травмы и другой неотложной патологии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Павловский М.П. Резервы улучшения ранней диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости на догоспитальном этапе / М.П. Павловский, О.В. Фильц, С.Л. Рачкевич // Клин. хирургия. — 1989. — № 4. — С. 50—52.
2. Савельев В.С. Хирургия на рубеже тысячелетий / В.С. Савельев // Русский медицинский журнал. — 2002. — Т. 10, № 26. — С. 1200—1203.

3. Ермолов А.С. Оказание помощи при сочетанной травме / А.С. Ермолов. – Ярославль, 1997. – 217 с.

4. Ерюхин И.Н. Экстремальные состояния организма / И.Н. Ерюхин, С.А. Шляпников. – СПб.: Эскулап, 1997. – 287 с.

5. Нечаев Э.А. Минно-взрывная травма / Э.А. Нечаев, А.И. Грицанов, Н.Ф. Фомин. – СПб.: АЛЬД, 1994. – 488 с.

6. Плеханов А.Н. Дефекты оказания медицинской помощи раненым с тяжелыми минно-взрывными травмами и огнестрельными ранениями / А.Н. Плеханов, И.А. Номоконов // Бюлл. ВСНЦ СО РАМН. – 2005. – N 3. – С. 123–124.

7. Селезнев С.А. Сочетанная травма и травматическая болезнь / С.А. Селезнев, В.А. Черкасов. – Пермь, 1999. – 330 с.