

Клінічна медичина

УДК 617+616–082

СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВА РОЗВИТКУ АБДОМІНАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

М. Г. Шевчук¹, В. І. Пилипчук²

¹Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра госпітальної хірургії; 76000, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2; тел. +380 (342) 52-80-37

²Івано-Франківська облдержадміністрація, управління охорони здоров'я; 76004, м. Івано-Франківськ, вул. Грушевського, 21; тел. +380 (342) 55-19-01

Порівнюється стан абдомінальної хірургії в Івано-Франківській області у 2005 році з відповідними показниками за попередні роки. Представлено кваліфікаційну характеристику хірургів, показники ате-стації. Охарактеризовано амбулаторно-поліклінічну допомогу, роботу хірургічних стаціонарів області за різними нозологічними одиницями планової та ургентної хірургії. Акцентовано увагу на виявлених недоліках і окреслено шляхи їх ліквідації.

Ключові слова: *хірургічна служба, ургентна хірургія, хірургічний стаціонар.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Відрадно, що у Івано-Франківській області із 255 хірургів 61,5% складають висококваліфіковані спеціалісти першої і вищої категорії. Крім цього, висококваліфіковану хірургічну допомогу населенню області надають співробітники хірургічних кафедр медичного університету, виконуючи складні оперативні втручання, консультативну роботу, а також планову і ургентну допомогу населенню міста та області. За звітний період кількість амбулаторних операцій зросла більше як вдвічі, хоч залишається невирішеною проблема проведення загального знеболювання в амбулаторних умовах. Ряд стаціонарів області за звітний період не виконали плану ліжко-днів, в окремих районах області відмічається низька хірургічна активність. Значно зменшилась кількість планових оперативних втручань з причини виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, різко зменшився відсоток органозберігаючих операцій, проте зросла

кількість загрозливих ускладнень у вигляді перфорацій та кровотеч. Надзвичайно турбує, що у 2005 році хірургічна активність при кровотечі зменшилась майже в 2,5 рази, не зважаючи на видані нами методичні рекомендації [1] і наукові публікації [2]. Нами також розроблені та видані методичні рекомендації і наукові публікації [3, 4] для покращення лікування хворих з гострим панкреатитом. Однак, у звітному році відмічається значне зростання кількості важких деструктивних форм гострого панкреатиту, переважно аліментарного характеру, які супроводжуються вираженими поліорганными ускладненнями і великою летальністю. Це можна пояснити вживанням частиною населення області сурогатів алкоголю, чим стурбована медична громадськість області, в першу чергу – хірургічна.

Метою нашої публікації, що ґрунтується на аналізі роботи хірургічної служби області за 2005 рік, є покращення рівня надання хірургічної допомоги населенню, ранньої діагностики та лікування різних хірургічних захворювань органів шлунково-кишкового тракту та розроблення заходів для ліквідації виявлених недоліків.

Матеріал і методи дослідження.

Для порівняння та оцінки роботи хірургічної служби області у різних соціально-економічних умовах нами проведено аналіз роботи за 2005 рік в порівнянні з аналогічними показниками за попередні роки, зокрема за 1986 та 1995 роки.

Хірургічну допомогу населенню області у 2005 році надавали 255 загальних хірургів, 28 дитячих хірургів, 11 судинних хірургів, 6 проктологів та 16 торакальних хірургів.

Кількість загальних хірургів щороку зростає. Навіть порівняно з 2004 роком їх збільшилось на 16 фізичних осіб. Із 255 хірургів – 71 (27,8%) мають вищу кваліфікаційну категорію, 86 (33,7%) – першу категорію, тобто в області працює 61,5% висококваліфікованих спеціалістів.

За останні 20 років в області зросла кількість хірургів з 188 у 1986 р. до 255 в 2005 р., причому, більше як втричі збільшилась кількість хірургів вищої категорії (з 20 до 71 чел.), в 1,5 рази зросла кількість хірургів першої категорії, тоді як кількість хірургів другої категорії зменшилась в 1,4 рази (з 63 до 44). Кількість неатестованих хірургів також зросла більше як вдвічі за рахунок приходу молодих хірургів, що повинно радувати.

Показник атестації хірургів в області становить 77,7%, що є вищим за державний показник (72,4%). Це означає, що забезпеченість кадрами в області достатня, хоча в деяких районах області питання організації та якості надання хірургічної допомоги перебувають ще на недостатньому рівні.

Амбулаторно-поліклінічна допомога. За останні роки кількість амбулаторних операцій зросла більше як вдвічі (з 41021 у 1986 р. до 92593 у 2005 р., тобто з 270/10 тис. населення до 658,5/10 тис. населення.) Втричі збільшилась кількість операцій на шкірі і підшкірній основі (з 12951 до 38928), і в 1,5 рази кількість гнійних операцій (з 11012 до 18659).

Досі залишається проблемою проведення загального знеболювання амбулаторних операцій, хоча за недостатньої завантаженості стаціона-

рів більш доцільним є проведення амбулаторних операцій, які потребують загального знеболювання, не у поліклініці, а в умовах хірургічного відділення. На жаль, в багатьох районах саме такі операції дають змогу виконати план ліжко-днів і хірургічну активність, тобто зберегти ліжковий фонд та посади медпрацівників.

Робота хірургічних стаціонарів. Хірургічна допомога населенню області у 2005 році надавалась у 31 стаціонарі, зокрема: 14 ЦРЛ, 4 міських лікарень (в т.ч., 2 клінічних м. Івано-Франківська), 9 НРЛ, 4 закладах обласного значення (ОКЛ, ДОДКЛ, ООД, ОФПЦ). Всього в області розгорнуто 2825 ліжок хірургічного профілю, що складає 20,09 на 10 тис. населення (державний показник – 14,41 на 10 тис. населення). В 1986 році в області було 2735 ліжок хірургічного профілю (20,0/10 тис. населення). Кількість загально хірургічних ліжок в області – 850, що складає 6,04 на 10 тис. населення (Україна – 6,14). В 1986 році таких ліжок було 1095 (8,0/10 тис. населення). В розрізі районів кількість хірургічних ліжок значно вища обласного та державного показника у таких районах: Городенківському (7,5/10 тис. населення), Рогатинському (7,0/10 тис. населення), Тлумацькому (6,6/10 тис. населення), Верховинському (6,5/10 тис. населення), Снятинському (6,3/10 тис. населення), м. Болехові (11,9/10 тис. населення). Нижче обласних та державних показників забезпечення ліжками у таких районах: Калуському (3,8/10 тис. населення), Коломийському (4,7/10 тис. населення), Рожнятівському та Надвірнянському (по 5,2/10 тис. населення), м. Яремчі (4,3/10 тис. населення). З 1.01.2006 р. скорочення хірургічних ліжок проведено в Городенківській ЦРЛ (5 ліжок), Надвірнянській ЦРЛ (10 ліжок) та в Тлумацькому районі (10 ліжок).

Ряд стаціонарів області у звітному році не виконали плану ліжко-днів, зокрема: Болехівська ЦМЛ – 77,9% (2004 – 80,7%), Долинська ЦРЛ – 87,6% (2004 – 86%), Косівська ЦРЛ – 70,9% (2004 – 92,3%), Надвірнянська ЦРЛ – 81,4% (2004 – 93,2%), Верховинська ЦРЛ – 93,5% (2004 – 97,6%). Як видно, з року в рік із завидною стабільністю не виконують план ліжко-днів одні і ті ж райони, причому ще й з негативною динамікою.

Хірургічна активність нижча за нормативний показник (65%) спостерігається у таких районах: Калуському – 60,1%, в м. Болехові – 55%. Покращення показника у Калуській ЦРЛ відбулось завдяки роботі відділення малоінвазивної хірургії, тоді як у хірургічному відділенні хірургічна активність склала лише 56,2%. Це означає, що у хірургічних стаціонарах лікуються непрофільні хворі, які не повинні лікуватися у хірургічному відділенні. При аналізі структури пролікованих хворих виявилось, що навіть у кращих відділеннях 25-30% хворих не потребували перебування у хірургічному відділенні, тоді як у окремих відділеннях цей показник складає 50-60%. В цих же хірургічних стаціонарах дуже великий відсоток операцій складають втручання на шкірі та підшкірній основі (при фурункулах, карбункулах, інфікованих ранах, некретомії при трофічних виразках). За рахунок цих операцій практично і виконується хірургічна активність. Кількість оперативних втручань у стаціонарах області щороку зростає (з 63 966 2003 році до 65 293 у 2004 році та

до 67537 у 2005 році). Однак, ця цифра зростає завдяки клінічним лікуванням м. Івано-Франківська, тоді як у окремих районах кількість оперативних втручань зменшується. З 65537 операцій, виконаних у всіх хірургічних стаціонарах, операції на шкірі та підшкірній основі становили 12165 (18,5%). Зросла кількість операцій на ендокринній системі (з 131 (2003 р.) і 149 (2004 р.) до 171 у 2005 р.), на органах дихання з 572 до 703 (+131 – 18,6%), на судинах – з 1630 до 1779 (+149 – 8,3%). Однак, зменшилась кількість операцій на органах травлення (з 10371 у 2004 році до 10241 у 2005 році (–130 операцій – 1,3%).

Виразкова хвороба шлунка і ДПК. В стаціонарах області у 2005 році виконано 409 операцій з приводу виразкової хвороби шлунку та ДПК (у 2003 році – 324, у 2004 році – 369). Померло 14 хворих, що на 5 менше, ніж у 2004 року; післяопераційна летальність зменшилась з 5,1% до 3,4%. Більшість оперативних втручань (311) виконано при ускладнених виразках: проривних – 251 (у 2004 році – 207), та кривавлячих – 60 (у 2004 р. – 51). Таким чином, співвідношення прооперованих ускладнених виразок до планових складає 2,8:1 (у 2004 році – 2,3:1). Жодної планової виразки не прооперовано в таких районах: Верховинському, Рожнятівському, Тисменицькому, Косівському, містах Болехові та Яремчі. Тільки по одному хворому прооперовано в Тлумацькій ЦРЛ і в Коломийській ЦРЛ.

Кількість планово прооперованих виразок зменшилась у 4,5 рази порівняно з 1986 роком і більше ніж вдвічі порівняно з 1995 роком. Це пов'язано з низкою причин, в т.ч. появою потужних препаратів для лікування виразкової хвороби. При цьому слід відмітити значне зростання ускладнених форм виразкової хвороби. Значно зросла кількість проривних виразок (з 148 у 1986 році до 252 у 2005 році). Кількість кривавлячих виразок також зросла більше як вдвічі в порівнянні з 1986 роком. І це при тому, що кількість населення в області зменшилась.

Значно зменшилась кількість органозберігаючих операцій при виразковій хворобі. В 2005 році таких втручань було виконано лише 9. Можливо, в більшості випадків, це можна пояснити тим, що хворі в стаціонар поступають занедбані, з декомпенсованими пілоростенозами, після упертого лікування гастроентерологами.

Проривна виразка шлунка і ДПК. У хворих з проривною виразкою шлунку і дванадцятипалої кишки виконувались різноманітні оперативні втручання.

Таблиця 1. Характер оперативних втручань при проривній виразці шлунку і дванадцятипалої кишки

	1986 рік	1995 рік	2005 рік
Всього	148	217	256
Резекції шлунка	–	–	3
Органозберігаючі операції + ВТ	73	104	5
Висічення виразки + ПП	18	12	218
Зашивання виразки	57	101	30

Як видно з таблиці 1, значно збільшилась кількість операцій з висіченням виразки, тобто ліквідацією виразкового субстрату, хоча такі хворі надалі вимагають систематичного протирецидивного лікування в гастроентнеологів. Значно зменшилась кількість простих ушивань виразки (всього 30 по всій області).

У 2005 році померло 9 хворих з проривною виразкою (в 2004 році їх було 13). Загальна летальність склала 3,5%, післяопераційна – 3,1%. Один хворий помер без операції, 8 – прооперованих. І хоча показник летальності зменшився, післяопераційна летальність в області вже четвертий рік поспіль вища за показник по Україні (в 2005 році 3,1% проти 3,0%). Відсоток пізньої госпіталізації також залишається на високому рівні (10,8%) (табл. 2).

Таблиця 2. Пізня госпіталізація та летальність від проривної виразки шлунку і дванадцятипалої кишки

	1986 рік	1995 рік	2005 рік	Україна (2003 рік)
Пізня госпіталізація	4 (2,7%)	16 (7,3%)	28 (10,8%)	11,8%
Летальність	5 (3,4%)	7 (2,8%)	9 (3,1%)	3,0%

Виразки шлунку і дванадцятипалої кишки, ускладнені кровотечею.

Таблиця 3. Оперативні втручання при виразці шлунку і дванадцятипалої кишки, ускладненій кровотечею

	1986 рік	1995 рік	2005 рік
Всього	160	260	388
Прооперовано	82 (51,2%)	74 (28,5%)	84 (21,7%)
Резекції шлунка	13	18	7
Органозберігаючі операції + ВТ	34	37	11
Висічення виразки + ПП	25	9	63
Зашивання виразки	12	10	3

Як видно з таблиці 3, кількість кривавлячих виразок з роками значно зросла. І хоча кількість щорічно прооперованих хворих не зменшується (82 у 1986 р., 74 у 1995 р., 84 у 2005 р.), хірургічна активність при кровотечі зменшилась майже в 2,5 рази (з 51,2% в 1986 році до 21,8% в 2005 році). Це можна пояснити появою потужних противиразкових та кровоспинних середників, а також ендоскопічною підмогою.

Таблиця 4. Занедбаність і летальність при виразці шлунку і дванадцятипалої кишки, ускладненій кровотечею

	1986 рік	1995 рік	2005 рік	Україна (2003 рік)
Пізня госпіталізація	28 (17,5%)	86 (33,1%)	84 (21,6%)	38,3%
Летальність	7	7	9	
Померло після операції	6 (7,3%)	5 (6,8%)	5 (5,9%)	6,5%

В розрізі десятиріч загальна та післяопераційна летальність при кривавлячій виразці шлунка і ДПК зменшується. Однак, незадовільним залишається факт летальності неоперованих хворих. У 2005 році таких випадків було 4, причому 2 з них – в ЦМКЛ. Зрозуміло, що хворі поступають вкрай занедбані, але хворий не повинен помирати без операції.

Планова кила. У звітному 2005 році в області виконано 2415 операцій з приводу незащемленої кили, що на 48 менше попереднього року. Більшість районів не впорались із плановими завданнями оздоровлення кил (17-18/10 тис. населення). Нижчі контрольного показника результати у м. Болехові (11,0), Тисменицькому районі (12,0), Калуському районі (12,2), Тлумацькому районі (13,0), Рожнятівському районі (14,0), Долинському районі (14,4), Косівському районі (14,0), а в Коломийському та Надвірнянському районах цей показник взагалі низький (відповідно 6,6 та 9,7). Упорались із завданнями тільки Городенківська ЦРЛ (20,5), Снятинська ЦРЛ (19,2), Рогатинська ЦРЛ (17,5).

Загалом по області показник склав 17,4 прооперованих на 10 тис. населення. Цей показник на протязі багатьох років в області залишається стабільним. Однак, він виконується за рахунок того, що кількість герніопластик з кожним роком збільшується в клінічних лікарнях, тоді як в більшості районів – зменшується.

Защемлена кила. Показник захворюваності на защемлену килу в області з року в рік є нижчим за державний майже вдвічі (співвідношення планових кил до защемлених становить 10:1). У 2005 році прооперовано 248 хворих із защемленими кілами, що на 28 більше 2004 року.

Показник пізньої госпіталізації збільшився з 17,7% до 19,3% у 2005 році, але не перевищив державний (20,3%). Післяопераційна летальність за останні роки знизилась і складає 1,2% (Україна – 1,4%).

Хронічний та гострий холецистит. У звітному 2005 році в області проведено 1994 холецистектомії, що на 76 більше ніж у 2004 році. При хронічних холециститах виконано 1523 операції, при гострих холециститах – 471 операція.

Лапароскопічних холецистектомій у 2005 році виконано 1478 (74,1%), що на 152 більше ніж у попередньому році. Слід зауважити, що у 2005 році запрацювали ще 2 лапароскопічні стойки у Калуській ЦРЛ та Надвірнянській ЦРЛ, що сприяло збільшенню кількості малоінвазивних втручань. Всього в області працює 5 лапароскопічних установок.

Таблиця 5. Оперативні втручання при холециститах

	1986 рік	1995 рік	2005 рік
Всього	342	696	1994
При хронічних холециститах	212	524	1523
При гострих холециститах	130	172	471
Лапароскопічних холецистектомій	–	155	1478

Як видно з таблиці 5, кількість оперативних втручань при гострому та хронічному холециститі за 20 років зросла у 6 разів. В позитивний бік

змінилось співвідношення хронічних та гострих холециститів. Якщо в 1986 році таке співвідношення складало 1,6:1, у 1995 році – 3:1, то у 2005 році – 3,2:1.

Кількість хворих на гострий холецистит за останні 20 років зросла в 3,3 рази, не зважаючи на те, що і планове оздоровлення жовчевокам'яної хвороби зросло у 6 разів. Відсоток прооперованих хворих на гострий холецистит в розрізі років коливається в межах 70-77%.

Кількість операцій при гострому холециститі зменшилась від 503 у 2004 році до 474 у 2005 році, однак, різко зросла летальність. Якщо у 2004 році померло 4 хворих від гострого холециститу (3 з них – після операції) із загальною летальністю 0,6% та післяопераційною летальністю – 0,6%, то у 2005 році померло 14 хворих (12 після операції). Загальна летальність склала 2,2%, післяопераційна летальність – 2,5% (Україна – 1,0%).

Хронічний панкреатит. Кількість оперативних втручань в області при хронічному панкреатиті за останні 2 роки є незмінною – 35 втручань. Це такі оперативні втручання, як накладання цистоентероанастомозів, поздовжня панкреатоентеростомія, дистальна резекція підшлункової залози. Переважна більшість таких оперативних втручань виконується в ОКЛ. Кількість хворих на хронічний панкреатит, які потребують хірургічного втручання, щороку зростає, адже зросла кількість хворих, які перенесли гострий деструктивний панкреатит.

Оскільки діагностика хронічного панкреатиту в лікувальних закладах області явно недостатня, необхідно направляти таких хворих у ОКЛ, де є всі умови для належної діагностики і виконання оперативних втручань.

Гострий панкреатит. У хірургічні стаціонари області в 2005 році госпіталізовано 727 хворих з гострим панкреатитом, з них прооперовано – 138 (хірургічна активність – 18,9%). Кількість прооперованих хворих за 2005 рік зросла на 42 хворих, тобто 30% (з 96 у 2004 р. до 138 у 2005 р.). Померло 32 хворих (загальна летальність – 4,4%), після операції померло 26 хворих (післяопераційна летальність – 18,8%). Післяопераційна летальність в порівнянні з 2004 роком зросла на 5,3%, хоча загальна кількість померлих збільшилась удвічі (з 13 до 26). У звітному році спостерігається значне зростання кількості тяжких деструктивних форм гострого панкреатиту та пізня госпіталізація хворих, що і спричинило зростання летальності (табл. 6).

Таблиця 6. Занедбаність та летальність від гострого панкреатиту

	1986 рік	1995 рік	2005 рік	Україна (2003 рік)
Кількість хворих	322	588	727	
Прооперовано	42	49	138	
Пізня госпіталізація	12,3%	22,6%	22,9%	37,3%
Післяопераційна летальність	6 14,2%	13 26,0%	26 18,8%	14,5%

В зв'язку з таким станом, усіх хворих гострим панкреатитом рекомендовано госпіталізувати в ОКЛ, де створені всі умови для належної діагностики та лікування даної патології.

Злукова хвороба органів черевної порожнини. В 2005 році у хірургічні стаціонари області госпіталізовано 766 хворих із злуковою недугою органів черевної порожнини, з них прооперовано 303 хворих (39,5%). Переважна більшість неоперованих хворих – це ті, які не потребували стаціонарного лікування, а були госпіталізовані тільки для оформлення медичної документації на МСЕК чи акту для військкомату.

Кількість та якість оперативних втручань при хворобі зрощень за останні роки зросли завдяки впровадженню в хірургічних стаціонарах області більш надійних методів пластики дефекту апоневрозу передньої черевної стінки з використанням синтетичних ендопротезів. Лідерами тут є ЦМКЛ та ОКЛ. Однак, в багатьох хірургічних відділеннях області і досі застосовують малонадійні методи пластики власними тканинами, які дають дуже великий відсоток рецидивів.

Гостра кишкова непрохідність. В хірургічні стаціонари області у 2005 році поступило 148 хворих з гострою механічною кишковою непрохідністю (сюди не входять хворі з obtураційною непрохідністю на ґрунті раку товстої кишки). Прооперовано 123 хворих, що становить 83%. У решти 25 хворих непрохідність була ліквідована консервативно.

Післяопераційна летальність склала 2,4%, що є нижчим від показника по Україні (4%). Кількість хворих та показник пізньої госпіталізації в розрізі десятиріч перебуває приблизно на одному рівні (1986 рік – 20,5%, 1995 рік – 24,5%, 2005 рік – 23,6%, по Україні – 35,5%). Позитивним є зниження післяопераційної летальності вдвічі порівняно з 1986 роком та втричі – порівняно з 1995 роком.

Гострий апендицит. Показник госпіталізації хворих на гострий апендицит в області склав 20,4/10 тис. населення, що майже відповідає державному показнику (22,3). У 2005 році в області госпіталізовано 2771 хворого. Прооперовано 2763 пацієнтів. Решта 8 хворих госпіталізовані з периапендикулярними інфільтратами, яким проводилось консервативне лікування. Відсоток пізньої госпіталізації (13,2%) є на 1,7% вищим ніж у попередньому році, але нижчим за показник по Україні (20,5%). У 2005 році в області від гострого апендициту померло 2 хворих: ЦМКЛ – 1, Коломийська ЦРЛ – 1. Показник післяопераційної летальності склав 0,07%, державний показник – 0,04%. Слід зауважити, що в розрізі десятиріч летальність від гострого апендициту вдвічі менша, ніж в 1986 році та більш як утричі нижча за показник 1995 року.

Загалом, у 2005 році у хірургічні стаціонари області поступив 5721 хворий (у 2004 році – 5877 хворих) з ургентною патологією органів черевної порожнини та грудної клітини. Після 24 год. поступило 977 хворих. Відсоток пізньої госпіталізації становить 17% (проти 20,8% у 2004 році). Прооперовано 4456 хворих (проти 4513 хворих у 2004 році), з них померло 74 хворих (проти 61 у 2004 році). Післяопераційна летальність при гострій хірургічній патології склала 1,6% (проти 1,35% у 2004 році).

Висновки. Узагальнюючи все сказане вище слід зауважити, що в цілому хірургічна служба області у 2005 році спрацювала задовільно.

Першочерговими завданнями у 2006 році вважаємо:

- покращення організації надання хірургічної допомоги населенню області, особливо невідкладної, дотримання в роботі існуючих стандартів та вимог;
- постійне підвищення кваліфікації хірургічних кадрів, адже за останні роки питання забезпеченості хірургічними кадрами розглядається не в кількісному, а в якісному ракурсі. Цьому буде сприяти обов'язкове індивідуальне обговорення на Асоціації хірургів області питання про присвоєння хірургу першої чи вищої категорії з відповідними рекомендаціями;
- постійне впровадження в хірургічну практику нових досягнень медичної науки, нових методик діагностування та лікування;
- створення на базі ОКЛ центрів панкреатології та гнійно-септичної хірургії;
- розширити об'єм малоінвазивних втручань при захворюваннях шлунково-кишкового тракту.

Література

1. Хірургічна тактика у хворих кривавлячими і перфоративними виразками шлунка і дванадцятипалої кишки: Методичні рекомендації / М.Г.Шевчук, І.М.Шевчук, О.Л.Ткачук, С.А.Кахно. – Івано-Франківськ, 2002. – 11 с.
2. Індивідуально-раціональна хірургічна тактика при ускладнених виразках шлунка і дванадцятипалої кишки / М.Г.Шевчук, С.А.Кахно, І.М.Шевчук, О.Л.Ткачук // Галицький лікарський вісник. – 2002. – Т.9. – № 2. – С. 5-7.
3. Діагностика та лікування гострого некротичного панкреатиту: Методичні рекомендації / М.Г.Шевчук, І.М.Шевчук, І.В.Хом'як, О.Л.Ткачук та ін. – 2003. – 20 с.
4. Хірургічне лікування хворих на гострий некротичний панкреатит / М.Г.Шевчук, С.А.Кахно, М.М.Дроняк та ін. // Матеріали XXI з'їзду хірургів України. – Запоріжжя, 2005. – Т.1. – С. 301-303.

**STATE AND OUTLOOK OF A SURGICAL SERVICE IN
IVANO-FRANKIVSK REGION****M. G. Shevchuk, V.I. Pylypchuk***Ivano-Frankivs'k national medical university,
department of hospital surgery;**76000, Ivano-Frankivs'k, st. Galich, 2; ph. +380 (342) 52-80-37**Ivano-Frankivs'k regional state administration,
management of health protection;**76004, Ivano-Frankivs'k, st. Grushevsky, 21; ph. +380 (342) 55-19-01*

Is reviewed activity of a surgical service of region for 2005 in matching with analogical parameters for the previous years. Is shown the qualifying characteristic of the surgeons, parameters of certification. It was analysed the out-patient help, activity of surgical hospitals of area behind miscellaneous nosological units scheduled and emergency surgery. The attention on the detected lacks is stressed and it is planned pathes for their liquidation.

Key words: *surgical service, emergency surgery, surgical hospitals.*