

ID: 2011-03-24-R-1271

Обзор

Кулинский А.Н., Осинцев Е.Ю., Андриянова Е.А., Мельситов В.А.

Амбулаторная хирургия – вчера, сегодня, завтра*ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет им.В.И. Разумовского
Минздравсоцразвития России.***Резюме**

Одним из перспективных направлений современного здравоохранения России по оказанию медицинской помощи населению, является развитие стационарзамещающих хирургических технологий (амбулаторная хирургическая помощь, центры амбулаторной хирургии, стационары одного дня и т.п.). Амбулаторная хирургия развивается на основе новых форм организации, предусматривающих перенос технологии из стационара в поликлинические условия, сокращая тем самым экономически высоко затратные клинко-стационарные койки. Схема технологической модели современного центра амбулаторной хирургии предусматривает следующие основные направления: организационное, лечебное, научное и учебное.

Ключевые слова: амбулаторная хирургия, стационарзамещающая хирургическая помощь, здравоохранение, экономика.

Abstract

One of perspective directions of modern public health services of Russia on rendering of medical aid to the population, is development of surgical technologies substituting for the functions of permanent establishment (the out-patient surgical help, the centers of out-patient surgery, hospitals of one day, etc.). The out-patient surgery develops on the basis of the new forms of the organization providing carrying over of technology from a hospital in polyclinic conditions, reducing thereby is economically high-paying kliniko-stationary cots. The chart of technological model of modern center of out-patient surgery foresees the followings basic directions: organizational, medical, scientific and educational.

В рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» продолжается поиск путей повышения социальной эффективности различных организационных форм медицинской помощи. Одним из перспективных направлений современного здравоохранения России по оказанию медицинской помощи населению, является развитие стационарзамещающих хирургических технологий (амбулаторная хирургическая помощь, центры амбулаторной хирургии, стационары одного дня и т.п.)

Амбулаторное направление в хирургии - это самостоятельное направление со своей идеологией, спецификой, перспективой (1,11).

Работа врача на хирургическом приеме больных в поликлинике характеризуется некоторыми особенностями, в значительной степени определяющими не только качество лечебно-диагностической помощи амбулаторным больным, но и многие стороны деятельности хирургического стационара (2,3,12). К ним относятся полнота обследования в амбулаторных условиях больных, подлежащих плановому оздоровлению, их отбор для стационарного лечения, своевременное выявление и госпитализация больных с острыми заболеваниями органов брюшной и грудной полостей. Кроме того, после выписки больного из стационара в поликлинике осуществляется долечивание и реабилитация, от качества которых в значительной мере зависит продолжительность временной и стойкой потери трудоспособности.

Таким образом, работа хирурга поликлиники имеет самое непосредственное отношение к рациональному использованию коечного фонда, продолжительности дооперационного периода, а также исходам лечения (4,13,14).

Большое место в деятельности амбулаторного хирурга занимают оперативные методы лечения. Объем и характер их зависит от категории поликлиники, опыта хирурга и условий, в которых он работает. Весьма часты также операции по поводу гнойных

заболеваний мягких тканей, различного рода блокады, пункции суставов конечностей. При планировании рабочего времени хирурга нужно исходить из того, что на каждую плановую операцию требуется в среднем 25-35 минут, гнойную — 15-20, блокады — до 10 минут, включая записи в медицинских документах. Хирурги уделяют пристальное внимание полноценному ведению медицинской документации, особенно заполнению амбулаторных карт, так как они в хирургической практике имеют не только медицинское, но и юридическое значение (4,5,15).

Современная поликлиника является крупным многопрофильным, специализированным лечебно-профилактическим учреждением, предназначенным оказывать медицинскую помощь и осуществлять комплекс профилактических мероприятий по оздоровлению населения и предупреждению заболеваний (1,6,16). В ее функции входят:

- оказание первой медицинской помощи при острых и внезапных заболеваниях, травмах;
- лечение больных при обращении в поликлинику и на дому;
- организация и проведение диспансеризации;
- экспертиза временной нетрудоспособности, освобождение больных от работы, направление на МСЭ лиц с признаками стойкой утраты трудоспособности, направление больных на санаторно-курортное лечение;
- своевременная госпитализация больных, нуждающихся в стационарном лечении;
- профилактические и противоэпидемические мероприятия;
- санитарно-просветительская работа;
- изучение здоровья прикрепленного контингента населения;
- организация статистического учета и анализа показателей состояния здоровья.

Внедрение стационарзамещающих технологий в амбулаторно-поликлиническом звене имеет высокую медицинскую и социально-экономическую эффективность (7,8,17). При таком методе лечения сохраняется привычный уровень качества жизни пациента в ближайшем послеоперационном периоде; ускоряется темп медико-социальной реабилитации. Метод имеет прогнозируемый результат, доступен в системе ОМС. Значительное число хирургических больных может быть прооперировано за счет расширения объема оперативной деятельности в амбулаторных условиях (18,19).

Резко снижается число послеоперационных и внутрибольничных инфекций. Затраты на проведение лечения уменьшаются в 1,5-4 раза. Сроки нетрудоспособности и случаи первичного выхода на инвалидность сокращаются (1,6,20).

Опыт западных стран и США в организации хирургических центров огромен. В США первый амбулаторный хирургический центр был открыт в 1969 году (12). Теперь их более 1250, объем амбулаторной хирургии возрос на 77% (15,17). Годовая экономия денежных средств составляет 400 млн. долл. США (21,22).

По РФ аналогичных цифр нет. Экономия финансовых средств складывается из прямой и косвенной экономии (5,7,8).

Прямая экономия: 1) повышается оборот койки дневного стационара (в среднем на койке дневного стационара в день получают лечение два-три пациента, а не один, как в круглосуточном стационаре); 2) значительно сокращаются расходы на коммунальные услуги и эксплуатацию инфраструктуры клинических подразделений - работа центров амбулаторной хирургии длится 8-10 ч в сутки (вместо 24 ч, как в стационарах); 3) отсутствует работа в ночное время суток и, следовательно, нет необходимости повышать оплату труда за работу в ночное время (5).

Помимо этого прямая экономическая эффективность определяется предотвращенным экономическим ущербом, т. е. разностью в расходах государства при лечении в стационаре госпитального типа и в дневном стационаре (7,15).

Косвенная экономия: 1) дорогостоящие койки госпитальных стационаров высвобождаются для лечения более тяжелых больных; 2) сокращается очередность на выполнение плановых операций; 3) в дневных стационарах оказывается помощь на более ранних стадиях заболевания. Это предотвращает развитие более тяжелых форм заболеваний и их осложнений.

Основные условия организации центров амбулаторной хирургии:

- высокий профессиональный уровень специалистов;
- целенаправленный отбор больных для хирургического лечения;
- преемственность на всех этапах лечебно-диагностического процесса;
- выверенная тактика хирургического вмешательства и анестезиологического пособия;
- полноценное оснащение ЦАХ;
- четкая организация работы

В современных условиях, многие положения отечественной медицины требуют пересмотра, так как бесплатность медицинской помощи становится весьма проблематичной. Это особенно важно для госпитальных учреждений. По многочисленным данным (1,2,7,23), около 80% больных хирургического профиля начинают и завершают лечение у хирургов на амбулаторно-поликлиническом приеме.

Внедрению новых технологий мешают неподготовленность общественного мнения; отсутствие нормативной (законодательной) базы; непроработанность кадрового вопроса (заработная плата врача-хирурга поликлиники по тарифной сетке ниже зарплаты хирурга стационара, досрочная пенсия по старости хирургу поликлиники не полагается). Не решен вопрос защиты амбулаторных хирургов - контакт с агрессивными средами (не действует приказ Минздрава России от 15.10.99 № 377 "Об утверждении Положения об оплате труда работников здравоохранения" в отношении вредных условий труда). Чрезвычайно низки тарифы по ОМС в амбулаторной хирургии (3,7,15).

Организационное развитие амбулаторной хирургии с использованием современных методов малоинвазивных оперативных вмешательств позволило в настоящее время оказывать населению высоко квалифицированную медицинскую помощь на поликлиническом уровне (1,2,24,25). Различные по форме и инфраструктуре центры амбулаторной хирургии (ЦАХ) с палатами дневного пребывания (однодневными стационарами) демонстрируют убедительные достижения в количественном и качественном отношении во многих областях хирургии (6,13,19).

Амбулаторная хирургия неуклонно развивается на основе новых форм организации, предусматривающих перенос технологии из стационара в поликлинические условия, сокращая тем самым экономически высоко затратные клиничко-стационарные койки. Так, одним из новых направлений лечения больных с синдромом диабетической стопы является организация комплексного лечения не только стационарного типа, но и создание амбулаторных территориальных центров, кабинетов «Диабетическая стопа» (9,10,26,27). Формирование таких структур позволяет создать условия пожизненного мониторинга таких больных, что может существенно повысить качество проводимого лечения и реабилитации (8,10,28,29).

Как в организационном, так и оперативном направлениях развития стационарозамещающей технологии в хирургии, предстоит и в будущем решать многие задачи: по преемственности стационар-поликлиника, подготовке кадров для общих и специализированных ЦАХ, по становлению стационаров на дому, рациональному объему оперативных вмешательств, по вопросам юридических прав и защиты врача и пациента и др.

Схема технологической модели современного ЦАХ должна предусматривать следующие основные направления: организационное, лечебное, научное, учебное. Без них невозможно полноценное развитие и совершенствование хирургической помощи (11,15). Организационные аспекты: создание структурных форм по виду деятельности и территориальному расположению (хирургические, специализированные: флебологические, ортопедические и др.; автономные, госпитальные, поликлинические). Объем специализированной помощи непосредственно зависит от инфраструктуры учреждения, включающей дневной стационар и стационар на дому. Лечебное: от консультативной функции до выполнения расширенных, более сложных для амбулаторных условий, операций (флебэктомия, грыжесечение и т.д.). Научное: внедрение новых лекарственных средств и способов оперативного лечения, научный анализ. Учебное: подготовка специалистов (первичное и последипломное образование). В

стационарозамещающие технологии активно внедряются эндоскопические вмешательства, квантовая хирургия, радиоволновая хирургия, способствующие как расширению объемов операций, так и снижению послеоперационных осложнений (3,19,29).

Современная поликлиническая хирургия, являясь определенной альтернативой стационарной хирургии, накопила клиничко-организационный опыт в деятельности новых амбулаторно-структурных форм с однодневными и дневными стационарами, стационарами на дому, развитие которых и внедрение в медицинскую практику должно стать стратегией государственного здравоохранения.

Литература

1. Возможности амбулаторной хирургии / А.Б. Белевитин, В.В. Воробьев, А.В. Безуглый и др. // Хирургия. – 2010. - №3. – С. 49-51.
2. Сидорович, И.А. Возможности дневного стационара амбулаторно-поликлинического учреждения в лечении больных хирургического профиля / И.А. Сидорович // Военно-медицинский журнал. – 2002. - №8. – С. 9-11.
3. Анализ работы амбулаторных хирургических отделений и перспектива их развития / И.Б. Раннев, С.С. Наумов, Р.Х. Магомадов, Б.Н. Башанкаев // Здравоохранение. – 2005. - №11. – С. 36-40.
4. Низамов, Ф.Х. Хирургия поликлинического врача / Ф.Х. Низамов. Тюмень: Изд-во Тюменской гос. мед. акад., 2002. - 280с.
5. Мосиенко Н И, Кутин А. А, Магомадов Р. Х., Наумов С С. Медицинская и экономическая эффективность работы центра амбулаторной хирургии / Н.И. Мосиенко, А.А. Кутин, Р.Х. Магомадов, С.С. Наумов // Российский медицинский журнал. – 2001. - №5. – С. 9-11.
6. Воробьев, В.В. Перспективы совершенствования специализированной амбулаторной хирургической помощи / В.В. Воробьев, А.В. Безуглый // Амбулаторная хирургия. – 2002. - №4. – С. 8-9.
7. Карташов, В.Т. Механизм перераспределения ресурсов с госпитального звена на амбулаторное / В.Т. Карташов, В.А. Жуков // Экономика здравоохранения. – 2000. - №12. – С. 25-29.
8. Экономические аспекты сахарного диабета и его осложнений / Н.П. Маколина, И.И. Клефтортова, М.Ш. Шамхалова, М.В. Шестакова // Сахарный диабет. – 2008. - №2. – С. 70-76.
9. Галстян, Г.Р. Организация помощи больным с синдромом диабетической стопы в Российской Федерации / Г.Р. Галстян, И.И. Дедов // Сахарный диабет. – 2009. - №1(42). – С. 4-7.
10. Гурьева, И.В. Профилактика, лечение, медико-социальная реабилитация и организация междисциплинарной помощи больным с синдромом диабетической стопы: Дис... докт. мед. наук / И.В. Гурьева; Рос. мед. акад. последипломного образования. – Москва, 2001. – 278с.
11. Orkin, F. K. Growth and Location of US Ambulatory Surgery / F.K. Orkin // International Congress on Ambulatory Surgery. – London, 1997. – P. 1980-1995.
12. Dornette, W.H.L. Planning tomorrow's hospital today / W.H.L. Dornette // J. Amer. Soc. Anaesthesiol. 1968.
13. Toftgaard, C. International terminology in ambulatory surgery and its worldwide practice / C. Toftgaard, G. Parmentier // International Association for Ambulatory Surgery: Day surgery - development and practice. – London, 2006. – P. 35-60.
14. Agbakwuru EA, Faponle AF, Adesunkanmi ARK, Ogundoyin OO. Practice and Acceptance of Day-case Surgery in a Semi-Urban Nigerian hospital / E.A. Agbakwuru, A.F. Faponle, A.R. Adesunkanmi, O.O.Ogundoyin // East Afr. Med. J. – 2001. – Vol. 78(4). – P. 170-173.
15. Mussa, A. The Importance of a Day-Surgery Unit in the Organisation Model of a Specialistic Surgical Division / A. Mussa // International Congress on Ambulatory Surgery. – London, 1997. – P. 1970-1975.

16. Jarrett, P.M. The development of ambulatory surgery and future challenges / P.M. Jarrett, A. Staniszewski // International Association for Ambulatory Surgery: Day surgery - development and practice. – London, 2006. – P. 89-124.
17. Noldeke, St. Surgical Efficiency and Economy (SEE) / St. Noldeke // Proceedings of the 3rd World Conference. - Kiel, 1997. – P. 190.
18. Lemos, P. The economic benefits of ambulatory surgery relative to inpatient surgery for laparoscopic tubal ligation / P. Lemos, A. Regalado, D. Marques // Ambul. Surg. – 2003. – Vol. 10. – P. 61–65.
19. Castoro, C. Ambulatory Surgery: Current Status and Future Trends / C. Castoro // East and Centr. Afr. J. Surg. – 2006. – Vol. 11(1). – P. 67-68.
20. Dunn, D. Pre-operative assessment criteria and patient teaching for ambulatory surgery patients / D. Dunn // Journal of Perianesthesia Nursing. – 1998. – Vol. 13(5). – P. 274–91.
21. Nicoll, J.H. The Surgery of infancy / J.H. Nicoll // Br. Med. J. – 1999. – Vol. 2. – P. 753-755.
22. Robert, L. Day Surgery- National and International from the Past to the Future / L. Robert // J. Ambulatory Surgery. – 2006. – Vol. 12. – P. 143-145.
23. Yeng, Y.P. Survey on post-operative pain control in ambulatory surgery in Hong Kong / Y.P. Yeng, F.L. Cheung, A.Y.W. Chun // Journal of Ambulatory Surgery. – 2002. – Vol. 10. – P. 21–24.
24. Day surgery in Scotland: Patient satisfaction and outcomes / J. Bain, H. Kelly, D. Snadden, H. Staines // Quality in Healthcare. – 1999. – Vol. 8. – P. 86–91.
25. Gilmartin, J. The nurse's role in day surgery: A literature review / J. Gilmartin // International Nursing Review. – 2007. – Vol. 54(2). – P. 183-190.
26. International Consensus on the Diabetic Foot and Practical Guidelines on the Management and Prevention of the Diabetic Foot. Netherlands, 2007 on DVD.
27. Roger, L.S. Organized programs to prevent lower-extremity amputations / L.S. Rogers, N.I. Bevilacqua // J. Am. Podiatr. Med. Assoc. – 2010. – Vol. 100, N^o2. – P. 101-104.
28. The global burden of diabetic foot disease / A.J.M. Boulton, L. Vileikyte, G. Ragnarson-Tennvall, J. Apelqvist // Lancet. – 2005. – Vol. 366. – P. 1719-1724.
29. Apelqvist, J. Practical guidelines on the management and prevention of the diabetic foot / J. Apelqvist, K. Bakker, W. H. van Houtum // Diabetes Metab. Res. Rev. – 2008. – Vol. 24(Suppl 1). – P.181-187.