



© В.В.ВОРОБЬЁВ, Д.В.ДАВЫДОВ, 2016
УДК 616-089:614.2

Организация оказания хирургической помощи в условиях дневного хирургического стационара

ВОРОБЬЁВ В.В., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы
в отставке
ДАВЫДОВ Д.В., кандидат медицинских наук, майор медицинской службы
(ddvyma@rambler.ru)

Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

В статье изложены принципы работы и задачи дневного хирургического стационара. Показаны особенности выполнения оперативных вмешательств. Приведены основные показатели работы дневных стационаров клиники амбулаторной хирургии Военно-медицинской академии за 5 лет, подтверждающие их клиническую и экономическую эффективность.

К л ю ч е в ы е с л о в а: дневной хирургический стационар, стационарозаменяющие технологии, эффективность.

Vorobev V.V., Davydov D.V. — Organisation of surgical aid delivery under condition of the day surgery. The article describes the principles and objectives of a day surgery hospital. The peculiarities of surgical intervention are presented. The basic work indexes of the day-care hospital outpatient surgery of the S.M.Kirov Military Medical Academy for 5 years, confirming their clinical and cost-effectiveness are given.

К е у w o r d s: surgical hospital day, inpatient technology, and efficiency.

Одной из основных тенденций развития хирургии в современных условиях является смещение акцентов в оказании медицинской помощи со стационарного звена на амбулаторное [1, 3, 6, 10]. Постоянное увеличение объема оперативных вмешательств, выполняемых в амбулаторно-поликлинических учреждениях, расширение перечня заболеваний, адекватная помощь при которых оказывается вне госпитальных стационаров, позволяют говорить о развитии отдельного направления медицинской помощи — стационарозаменяющих технологий [2, 4, 5]. Данная тенденция обусловлена необходимостью получения максимально возможного эффекта при ограниченности материальных ресурсов, выделяемых на здравоохранение, при сохранении качества оказываемой медицинской помощи и характерна для любой страны [2, 8, 9].

В «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года» особая роль отводится развертыванию в лечебных учреждениях дневных стационаров, и эта задача рассматривается как приоритетное направление деятельности здравоохранения.

Идея развития системы дневных стационаров базируется на опыте отечественного и мирового практического здравоохранения. Правовой поддержкой этой идеи явился приказ Министерства здравоохранения СССР от 16.12.1987 г. № 1278 «Об организации стационара (отделения, палат) дневного пребывания в поликлиниках и стационара на дому». В настоящее время работа *дневного хирургического стационара* (ДХС) регламентируется приказами МЗ РФ от 9.12.1999 г. № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебных учреждениях» и от 15.11.2012 г. № 922н «Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “хирургия”». Необходимость оказания помощи в дневных стационарах закреплена и в федеральном законодательстве [7].

20-летний опыт работы клиники амбулаторной хирургии *Военно-медицинской академии* (ВМедА) им. С.М.Кирова, центров амбулаторной хирургии Москвы, Санкт-Петербурга, Ставрополя и других городов убедительно показал, что значительное количество хирургических больных может быть успешно санировано



в ДХС, в связи с чем расширяются объемы хирургической деятельности в амбулаторных условиях. Прежде всего это относится к таким широко распространенным заболеваниям, как наружные грыжи живота, варикозное расширение вен нижних конечностей, патология наружных половых органов и др. Эти категории больных оперируются, как правило, в больничных стационарах, что вызывает необоснованную перегрузку последних, увеличение периода нетрудоспособности больных и, следовательно, значительные экономические затраты.

Как показала практика, формы организации ДХС могут быть разными. Они создаются в качестве функциональных подразделений лечебных учреждений как госпитального, так и поликлинического типов. Кроме того, ДХС (еще их обозначают как центры амбулаторной хирургии — ЦАХ) формируются в качестве самостоятельных учреждений, имеющих соответствующие службы обеспечения всех разделов их деятельности.

В соответствии с запросами практического здравоохранения определяется профиль ДХС. Например, наряду с общехирургическими могут быть сформированы специализированные ДХС (гнойной хирургии, урологии, гинекологии и др.), многопрофильные со специалистами нескольких категорий хирургического профиля (уролог, проктолог, ангиолог и др.).

Основным предназначением ДХС являются диагностика, оперативное и консервативное лечение, послеоперационное ведение хирургических больных в амбулаторных условиях, обеспечение своевременной реализации результатов диспансеризации и сокращение сроков нетрудоспособности больных с хирургической патологией. При этом главные задачи ДХС могут быть представлены следующим образом:

— отбор больных и определение показаний к оперативному лечению, проведение амбулаторных оперативных вмешательств, диагностических манипуляций повышенной сложности (инвазивных и неинвазивных) и послеоперационное ведение больных, применение комплекса мероприятий по снижению сроков

нетрудоспособности оперированных больных;

— разработка и внедрение в повседневную практическую деятельность хирургических отделений поликлиник прогрессивных, экономически обоснованных и патогенетически оправданных стационарозамещающих технологий, методов диагностики и специализированного лечения больных с хирургическими заболеваниями;

— изучение ближайших и отдаленных результатов оперативных вмешательств и консервативных методов лечения больных с хирургическими заболеваниями, а также оценка экономической эффективности деятельности ДХС.

Возглавляет ДХС высококвалифицированный хирург общего профиля с достаточным опытом работы в стационаре. Каждый сотрудник ДХС должен осознавать, что это особое учреждение и здесь требуется такое высокое качество исполнения, которое, возможно, не достигалось на его предыдущей работе. Средний медицинский персонал ДХС предварительно получает обучение на рабочем месте в хирургическом стационаре в течение 2–3 мес.

ДХС размещается в изолированном блоке и включает необходимые функциональные подразделения, обеспечивающие все разделы его работы (операционная, перевязочная, палаты для больных, материальная, ординаторская, подсобные помещения и др.).

Консультации больных и их отбор на оперативное лечение проводятся специалистами ДХС (хирургом, анестезиологом и др.) в часы, определенные расписанием его работы, по направлению из поликлиник соответствующего региона. Для оперативного лечения отбираются лица, преимущественно не старше 60 лет (в зависимости от характера заболевания, объема оперативного вмешательства и при отсутствии противопоказаний возрастной предел может повышаться), неотягощенные тяжелой сопутствующей патологией (I, II степени операционного риска). При необходимости выполнения больному более сложного оперативного вмешательства (флебэктомия, грыжесечение и др.) условиями отбора являются



его проживание в отдельной квартире, наличие домашнего телефона и родственников, имеющих возможность помогать больному и наблюдать за ним.

В процессе консультативного отбора определяются диагноз заболевания, показания и противопоказания к операции, оценивается состояние больного, выясняются сопутствующие заболевания и аллергологический анамнез, особенности дооперационного обследования применительно к способу обезболивания, состоянию больного и объему оперативного вмешательства.

Программа дооперационного обследования больных должна соответствовать стандартам, установленным для конкретных нозологических форм. При наличии показаний осуществляется осмотр больного специалистом соответствующего профиля (терапевт, кардиолог, эндокринолог и др.). Ряд специальных методик исследования (оценка периферического кровообращения и др.) проводится в ДХС (при наличии соответствующей аппаратуры) или в консультативно-диагностических центрах.

После получения необходимых данных больной осматривается повторно. При этом проводится оценка результатов обследования, согласовываются сроки оперативного вмешательства, даются рекомендации по предоперационной подготовке, назначается необходимая медикаментозная терапия. Планирование операционных дней осуществляется заведующим ДХС в зависимости от объема работы и технических возможностей.

В день операции больной прибывает в ДХС самостоятельно или в сопровождении родственников, осматривается оперирующим хирургом и анестезиологом. Для оценки состояния измеряются артериальное давление, пульс, температура тела. После предоперационного осмотра больной направляется в палату. По завершении операции он переводится для наблюдения в палату ДХС, где находится (в зависимости от объема перенесенного вмешательства и состояния) 3–5 ч. Общее количество времени пребывания больного в ДХС – от 3 до 8 ч.

При развитии в процессе обезболивания, в ходе операции и в послеопера-

ционный период осложнений, неустрашимых в условиях ДХС и требующих оказания помощи в условиях хирургического стационара (кровотечение, пневмония и др.), больной в экстренном порядке переводится в профильное отделение ВМедА по заранее отработанному плану.

В послеоперационный период по окончании активного наблюдения за больным и констатации врачами ДХС факта адекватности витальных функций пациента осуществляется его эвакуация домой приданным ДХС санитарным транспортом в сопровождении врача или медсестры. Вечером в тот же день лечащий врач ДХС (оперировавший хирург) контролирует состояние больного по телефону. На следующие сутки врач (медсестра), используя санитарный транспорт ДХС, посещает больного на дому с целью контроля его состояния, смены повязки и выполнения необходимых манипуляций. При наличии личного автотранспорта и при его желании больной может в сопровождении родственников самостоятельно прибыть в ДХС для осмотра, смены повязки и контроля послеоперационной раны. Порядок и частоту последующих осмотров больного определяет лечащий врач в зависимости от течения послеоперационного периода и его состояния.

Оперативное лечение в ДХС имеет свои особенности, т. к. в ближайшие часы после операции больной выходит из-под постоянного наблюдения медицинского персонала. И хотя степень риска при оперативных вмешательствах одинаковой сложности как в хирургическом стационаре, так и в ДХС практически равна, требования к качеству и надежности амбулаторных операций существенно выше, что, в свою очередь, подчеркивает определяющее значение профессиональной подготовленности хирурга ДХС.

В настоящее время в России не разработаны критерии оценки эффективности работы ДХС и нормативные показатели его деятельности. Следовательно, объективно оценить работу ДХС весьма проблематично. Поэтому авторы обратились к собственному опыту. Клиника



амбулаторной хирургии состоит из пяти лечебных отделений, представляющих, по сути, специализированные ДХС: плановой, гнойной хирургии, хирургии легких повреждений, термических поражений и медицинской реабилитации. Используя опыт хирургической деятельности клиники амбулаторной хирургии ВМедА, мы изучили основные показатели ее работы в 2008–2012 гг. (см. таблицу). В 2013–2014 гг. клиника находилась на ремонте.

За 5 лет проведено лечение 13 888 больных, средняя длительность лечения которых составила 10,2 дня, оборот койки – 131,7, фактическая коечная емкость – 370,8%, штатная – 410,1%. Среднее число дней занятости койки составило 1353,3, а среднее число занятых коек – 78,2. Эти показатели, как свидетельствуют данные сравнительного анализа, являются наиболее высокими среди аналогичных в России, в

связи с чем они могли бы быть приняты за основу при оценке эффективности работы ДХС. Кроме того, эти показатели по эффективности значительно превосходят таковые по круглосуточному стационару. При оказании стационарозамещающей хирургической помощи достигается также высокая экономическая эффективность деятельности лечебных учреждений, оказывающих эту помощь.

Экономическая эффективность деятельности ДХС может быть как прямой, так и косвенной. Прямая экономическая эффективность определяется предотвращенным экономическим ущербом, т. е. разностью в расходах государства на лечение в стационаре госпитального типа и дневном стационаре, и достигается за счет:

– повышения оборота койки (в среднем на койке ДХС в день получают лечение 3 пациента, а не 1, как в круглосуточном стационаре);

Показатели работы койки дневного хирургического стационара клиники амбулаторной хирургии ВМедА и круглосуточного стационара

Показатель	2008	2009	2010	2011	2012	Круглосут. стац.
Количество коек	20	20	20	21,25	25	
Оборот койки	130,9	135,0	140,8	136,1	115,7	19–30
Среднее число дней занятости койки	1293,9	1406,8	1444,8	1497,7	1123,2	296–311
Среднее число занятых коек	70,9	77,1	79,2	87,2	76,9	
Общий койко-день	25877	28136	28897	31829	28079	
Среднее число дней пребывания на койке (средний койко-день)	9,9	10,4	10,3	10,9	9,7	
Использование фактической коечной емкости, %	354,5	385,4	395,8	410,3	307,7	44–71
Использование штатной коечной емкости, %	392,1	426,3	437,8	453,9	340,3	47–81
Количество больных, выбывших с определенным исходом, человек	2619	2683	2791	2895	2900	



– значительного сокращения расходов на коммунальные услуги и эксплуатацию инфраструктуры клинических подразделений (работа в ДХС длится 8–10 ч в сут вместо 24 в стационаре);

– отсутствия необходимости повышения оплаты труда персонала, работающего в ночное время суток.

Косвенная (непрямая) экономия средств достигается путем:

– высвобождения дорогостоящих коек госпитальных стационаров для лечения более тяжелых больных;

– сокращения очереди на выполнение плановых операций;

– осуществления принципа превентивности лечения в ДХС, способствующего оказанию помощи на более ранних стадиях заболеваний, что предотвращает развитие тяжелых форм заболеваний и их осложнений;

– сохранения привычного образа жизни пациентов в послеоперационный период (пребывание в домашних условиях, общение с родственниками и др.), что способствует сокращению сроков реабилитации и возвращения к исполнению своих обязанностей;

– снижения по сравнению с круглосуточным стационаром числа осложнений после операций, выполненных в ДХС и не превышающих 1% (вследствие активного двигательного режима больных в ранний послеоперационный период, практически полного отсутствия госпитальной инфекции и других факторов).

Затраты на лечение в ДХС, к примеру варикозной болезни вен нижних конечностей, составляют 16 770 руб., а в круглосуточном стационаре – 28 761, что меньше на 41,7%. Только в 2012 г. экономия финансовых средств при этой патологии составила 1 223 082 руб.

Таким образом, использование ДХС для лечения хирургических больных подтверждает свою экономическую и клиническую эффективность за счет активного использования койки дневного стационара, улучшения результатов хирургического лечения целого ряда заболеваний, уменьшения периода нетрудоспособности. Все это вызывает заслуженное признание стационарозамещающих технологий как у медицинских работников, так и у пациентов.

Литература

1. *Быков И.Ю.* Актуальные вопросы совершенствования работы амбулаторно-поликлинических учреждений Вооруженных Сил Российской Федерации // *Воен.-мед. журн.* – 2006. – Т. 327, № 11. – С. 4–6.

2. *Воробьев В.В.* Стационарозамещающая помощь в хирургии: Матер. III съезда амбулаторных хирургов Рос. Фед. – СПб, 2009. – С. 6–8.

3. *Елов М.С., Клипак В.М.* Опыт, проблемы и перспективы развития многопрофильного амбулаторно-поликлинического учреждения в территориальной системе медицинского обеспечения в Московском регионе // *Воен.-мед. журн.* – 2013. – Т. 334, № 1. – С. 9–18.

4. *Ефименко Н.А., Воробьев В.В.* Перспективы развития и совершенствования амбулаторной хирургической помощи: Матер. I съезда амбулаторных хирургов Рос. Фед. – СПб, 2004. – С. 76–78.

5. *Лебедев Н.Н., Шихметов А.Н., Воротницкий С.И.* и др. Стационарозамещающие техно-

логии в поликлинических условиях – реальность и перспективы // *Стационарозамещающие технологии. Амбулаторная хирургия.* – 2007. – № 2. – С. 3–4.

6. *Малых А.Б., Иванцов В.А., Багненко С.М., Кутузова Е.А., Антипова Е.В., Скляр В.Н.* Анализ и показатели работы дневного стационара консультативно-диагностической поликлиники // *Воен.-мед. журн.* – 2013. – Т. 334, № 2. – С. 4–8.

7. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ.

8. *Поликлиническая хирургия: Учебное пособие / Под ред. В.Я.Горбункова.* – Ставрополь: Изд-е Ставроп. гос. мед. акад., 2011. – 412 с.

9. *Howatson-Jons L., Ellis P.* Outpatient, day surgery and ambulatory care // Wiley. – 2008. – P. 248.

10. *Lemos P., Jarrett P., Philip B.* Day surgery: development and practice // *International association for ambulatory surgery, British association of day surgery.* – 2006. – P. 346.