

Темерханова Л.И., Старинчикова Л.И., Поткина Т.Н., Лончакова И.Ю., Мамонтов О.К.
*МУЗ Клиническая поликлиника № 5,
г. Кемерово*

РАБОТА ЦЕНТРА АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ В СВЕТЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Реформы, проводимые в стране в последнее десятилетие, привели к переоценке объема медицинской помощи, оказываемой населению стационарным и поликлиническим звеном. С учетом новых экономических условий, некоторые виды лечебно-диагностических и реабилитационных мероп-

риятий были переведены в амбулаторно-поликлинические учреждения.

В «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (1997 г.) в разделе совершенствования медицинской помощи населению особая роль отводится развертыванию дневных стационаров, центров амбулаторной хирургии и медико-социальной помощи [1]. В свете этой Концепции необходимо было решить проблемы, стоявшие перед стационарной службой — сокращение сроков лечения больных, предотвращение внутрибольничной инфекции и снижение количества осложнений, улучшение психологического состояния больного в ответ на «хирургическую агрессию» (создание лечебно-охранительного режима), снижение стоимости лечения.

Развитие амбулаторной хирургии, насчитывающей почти 100 лет, происходило с постоянной тенденцией к расширению объема оперативного лечения. Изучение возможностей амбулаторной хирургии вначале базировалось на экономических критериях. Неоправданно большие затраты на содержание больных в стационарах требовали тщательного их анализа. Первые же положительные результаты расширения объема помощи на догоспитальном этапе, в сравнении с аналогичными госпитальными в сопоставимых группах больных, продемонстрировали разительный экономический эффект [2]. К 70-80-м годам XX века в США, Швеции, Англии, Западной Германии накопился убедительный опыт в этом направлении. В 1978 году M.W. Adler [3] сообщил о сокращении госпитализации больных с первичными грыжами на 50 % и о том, что от 80 % до 90 % больных и врачей избирают амбулаторный принцип лечения этого заболевания. В наши дни, по данным зарубежных авторов [4], до 60 %, а по некоторым видам до 90 %, операций проводится в амбулаторных условиях.

В России Центры амбулаторной хирургии начали создаваться в Санкт-Петербурге в 1981 году [2]. Оказание хирургической помощи в центрах амбулаторной хирургии рассматривается как эффективная современная стационарорзамещающая технология. Цель работы центра — оказание высококвалифицированной оперативной помощи больным в условиях поликлиники для освобождения койко-мест в специализированных хирургических стационарах.

Цель исследования — оценка экономической эффективности работы центра амбулаторной хирургии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В качестве экономической модели был взят центр амбулаторной хирургии, основанный в 1997 году на базе хирургического отделения клинической поликлиники № 5 города Кемерово. Центр амбулаторной хирургии осуществляет:

1. Оперативные вмешательства в рамках «Положения о центре амбулаторной хирургии» и включает в себя общую хирургию, сосудистую хирургию, урологию, ортопедию и травматологию.

2. Долечивание больных в послеоперационном периоде в условиях дневного стационара, стационара на дому, амбулаторно.

3. Реабилитация больных до полного восстановления трудоспособности.

Для оказания высококвалифицированной хирургической помощи в центре созданы следующие условия:

- наличие квалифицированных кадров хирургов, урологов, ортопедов-травматологов, анестезиолога, операционных сестер;
- хорошо оборудованный операционный блок, оснащенный современной анестезиологической и реанимационной аппаратурой, хирургическим инструментарием;
- палата круглосуточного наблюдения за больным в раннем послеоперационном периоде;
- четкая организация работы внутри отделения и взаимосвязь с другими отделениями и диагностическими службами поликлиники;
- санитарный транспорт для транспортировки больных домой;
- госпитальная база, готовая при необходимости принять больного;
- соответствующее финансирование.

Обязательными требованиями к оперирующим хирургам являются опыт работы по общей хирургии не менее 5 лет, владение методикой операций, глубокие знания по патогенезу данных заболеваний, умение использовать различные операционные методы лечения конкретного больного по индивидуально подобранному способу.

Кроме традиционных амбулаторных вмешательств (иссечение мягкотканых опухолей, пластика вросшего ногтя, наложение вторичных швов и т.д.), широко внедрены операции расширенного объема, являвшиеся ранее традиционными для стационаров (табл. 1). За счет постоянного развития центра и внедрения новых технологий, процент стационарорзамещающих операций только за последние пять лет вырос более чем в четыре раза.

Отбор больных происходит на первичном приеме, профилактических осмотрах. Перед операцией больные проходят минимально необходимое обследование, при необходимости осматриваются терапевтом, узкими специалистами, онкологом, проводится коррекция сопутствующей патологии. Основными противопоказаниями для лечения в условиях ЦАХ являются длительность заболевания конкретной болезнью и ее запущенность, хронические инфекции дыхательных путей и мочеполовой сферы, сердечно-сосудистые заболевания (стенокардия, инфаркты миокарда в анамнезе, гипертоническая болезнь), неустойчивость нервной системы и психики, алкоголизм, отсутствие домашнего телефона, проживание в неблагоприятных социальных условиях, одиночество.

В начале хирургической деятельности в ЦАХ с целью премедикации назначали промедол с реланиумом. Однако в последующем мы полностью отказались от наркотических анальгетиков и для премеди-

Таблица 1

**Оперативные вмешательства,
выполненные в условиях ЦАХ (1997–2004 гг.)**

Название операции	Количество
Иссечение мягкотканой опухоли (липомы, атеромы и т.д.)	2077
Герниопластика грыж пер.бр.стенки	101
Венэктомия	38
Склеротерапия подкожных вен	15
Резекция грудной железы, простая мастэктомия	6
Пластика вросшего ногтя	250
Иссечение копчиковой кисты	5
Иссечение кисты урахуса	1
Иссечение келоидного рубца	5
Операция Бергмана	8
Циркумцизия	20
Операция Иванисевича	2
Иссечение кисты придатка яичка	4
Иссечение гигромы, бурсита	148
Иссечение ладонного апоневроза	102
Рассечение кольцевидной связки	56
Пластика сухожилия	61
Металлоостеосинтез	182
Удаление металлических конструкций	85
Всего:	3183

кации и послеоперационного обезболивания используем ненаркотические анальгетики и нестероидные препараты. Операции проводятся под местной, проводниковой, внутривенной анестезией (при непереносимости местных анестетиков и операциях расширенного объема). В раннем послеоперационном периоде больные находятся (по показаниям) в палате круглосуточного пребывания под наблюдением дежурной медсестры. В течение следующих суток больной транспортируется домой транспортом поликлиники, где наблюдается лечащим врачом в условиях стационара на дому. Остальные пациенты, у которых тяжесть перенесенной операции не требует ограничений в физической активности, наблюдаются оперирующим хирургом амбулаторно. За период работы ЦАХ 1997–2004 гг. не отмечено ни одного серьезного послеоперационного осложнения, требующего госпитализации в стационар, ни одного инфекционного осложнения со стороны послеоперационной раны.

Для расчета стоимости лечения хирургических больных мы использовали данные, предоставленные Городской больницы кассой. Стоимость лечения хирургических больных [5] в стационаре складывается из:

- стоимости койко-дня (зарботная плата, затраты на питание, медикаменты, мягкий инвентарь, хозяйственные расходы и т.д.) — на 2005 год в среднем по городу составила 273,15 рублей;
- стоимости операции (зарботная плата, затраты на организацию операционной, медикаменты, инструментарий, шовный материал, амортиза-

ция оборудования и т.д.) зависит от нозологии и категории стационара; - анестезиологического пособия; - стоимости обследования пациента; - оплаты временной нетрудоспособности.

Для центра амбулаторной хирургии стоимость оперативного лечения такой же патологии складывается из:

- стоимости койко-дня в дневном стационаре (зарботная плата, затраты на медикаменты, мягкий инвентарь, хозяйственные расходы и т.д.) — в 2005 году составила 76,75 рублей;
- стоимости операции (зарботная плата, затраты на организацию операционной, медикаменты, инструментарий, шовный материал, амортизация оборудования и т.д.);
- стоимости койко-дня в стационаре на дому (74,83 рубля);
- анестезиологического пособия;
- стоимости обследования;
- оплаты временной нетрудоспособности.

РЕЗУЛЬТАТЫ

С внедрением в практику центров амбулаторной хирургии, появилась реальная возможность сокращения стоимости операций. Из приведенных выше данных видна существенная разница в стоимости койко-дня в стационаре и стационарозамещающих структурах (дневной стационар и стационар на дому) — в 3,5 раза. Кроме того, в ЦАХ отсутствуют предоперационные койко-дни, послеоперационная госпитализация проводится не во всех случаях и составляет для дневного стационара 1 койко-день, для стационара на дому — 5–7 койко-дней. Для данного исследования были взяты показатели для городского стационара (категория В) и нашего центра (табл. 2). Стоимость оплаты временной нетрудоспособности не учитывалась. Экономическая эффективность рассчитана как разница между стоимостью услуг хирургической помощи в условиях стационара и ЦАХ в расчете на одну операцию.

Таким образом, за годы работы центра амбулаторной хирургии клинической поликлиники № 5 экономический эффект составил 3833811 рублей.

ВЫВОДЫ:

1. Наше исследование показало высокую экономическую эффективность работы центра, которая и далее будет расти при учете дальнейшего развития работы. Снижение стоимости лечения делает хирургическую помощь более доступной для пациентов.
2. Центр амбулаторной хирургии представляет перспективное направление в работе системы здравоохранения. Не являясь альтернативой стационару, ЦАХ демонстрирует перенос высоких тех-

Таблица 2

**Экономическая эффективность хирургической помощи в условиях ЦАХ
(в расчете на одну операцию)**

Нозология	Стоимость операции		Экономическая эффективность
	стационар	ЦАХ	
Герниопластика	3651,24	2370,85	1280,39
Венэктомия	2602,9	2311,76	291,14
Операция Бергмана	2285,4	1964,37	321,03
Операция Иванисевича	2285,4	1964,37	321,03
Циркумцизия	2285,4	826	1459
Иссечение копчиковой кисты	1777,2	552,55	1224,65
Пластика вросшего ногтя	1636	1027,42	608,58
Лигатурный свищ, гранулема	1777	751	1026
Иссечение ладонного апоневроза	4848,6	1121,39	3727,21
Рассечение кольцевидной связки	3570	839,80	2730,2
Пластика сухожилия	3168	1121,39	2046,61
Металлоостеосинтез	3401,4	1392,77	2008,63
Удаление металлических конструкций	2010	1155,12	854,88
Удаление мягкотканной опухоли, гигромы, атеромы	1636,14	562,5	1073,64

нологий медицинской помощи в амбулаторные условия.

3. Перенос части оперативных вмешательств в условия ЦАХ изменяет структуру коек в больницах и госпиталях, ускоряет социальную реабилитацию больных.
4. Лечение больных в условиях ЦАХ исключает возможность развития госпитальной инфекции, что показывает отсутствие инфекционных осложнений в послеоперационном периоде.
5. Существенных различий в длительности временной нетрудоспособности пациентов, оперированных в стационаре и в условиях ЦАХ, не выявлено, что является еще одним веским аргументом в экономической целесообразности орга-

низации стационарозамещающих форм хирургического лечения.

6. Снижение стоимости операций благоприятно влияет на показатели диспансеризации населения (большая часть пациентов — лица трудоспособного возраста).
7. Лечение в условиях ЦАХ с последующим долечиванием в стационаре на дому является громадным психологическим фактором для пациентов, уменьшающим операционный стресс и ускоряющим послеоперационную реабилитацию.

Необходимость развития ресурсосберегающих технологий очевидна. Оперативное лечение в амбулаторных условиях — это перспективное направление современной хирургии, имеющее экономические, медицинские и социальные перспективы.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Особенности оперативного лечения вентральных грыж в поликлинике /Сажин В.П., Сажин А.В., Коновалов А.С., Кравцов В.П. //Амбул. хирургия. — 2002. — № 1. — С. 16-17.
2. История развития амбулаторной герниологии /Новиков К.В. и др. //Амбул. хирургия. — 2002. — № 1. — С. 3-5.
3. Adler, M.W. Changer in local clinical practice following on experiment in medical care: evaluation of evaluation /Adler M.W. //J. Epid. Com. Health. — 1978. — Vol. 32. — P. 143.
4. Даненков, А.С. Опыт работы центра амбулаторной хирургии /Даненков А.С. //Здравоохран. — 2002. — № 1. — С. 33-36.
5. Зелькович, Р. Разработка комплексных планов здравоохранения субъектов Российской Федерации и муниципальных образований /Зелькович Р., Исакова Л. //Метод. реком.