



## ОПЫТ РАБОТЫ ЦЕНТРА АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

М.В. АРАЛОВА, Н.Н. КОРОТКИХ, В.С. БРЕЖНЕВА, Е.А. МИРОШНИЧЕНКО,  
А.Б. КУРБАНОВ, В.В. АНОСОВ, Н.Г. КУЗЬМИНА

*БУЗ ВО Воронежская областная клиническая больница №1,  
Московский проспект, д.151, Воронеж, 394077, Россия*

**Аннотация. Введение.** В доступной литературе недостаточно работ, посвященных анализу объемов и характера деятельности дневных стационаров. В связи с этим, опыт функционирования центра амбулаторно-поликлинической хирургии с дневным стационаром в многопрофильном стационаре может оказаться полезным для организаторов здравоохранения, администраторов ЛПУ и практикующих врачей. **Материалы и методы исследования.** Отделение амбулаторно-поликлинической хирургии с дневным стационаром Воронежской областной клинической больницы №1 включает 13 коек и оказывает помощь по профилям: общая хирургия, урология, травматология и ортопедия, сосудистая и челюстно-лицевая хирургии. После оперативных вмешательств пациенты находятся под наблюдением сотрудников в течение 1-6 часов в зависимости от вида помощи и обезболивания, в случае развития осложнений ставится вопрос о госпитализации в профильное стационарное отделение, редко возникает необходимость оперировать больного в экстренном порядке. **Результаты и их обсуждение.** Ежегодно в отделении проходят лечение более 3000 человек, около половины из них – лица трудоспособного возраста, более 30% получают помощь в срочном порядке. Ежегодно выполняется порядка 1,5 тысяч хирургических вмешательств, в их структуре преобладают вскрытие и санация гнойных очагов, удаление новообразований мягких тканей, различные операции при вросшем ногте, удаление инородных тел, эксцизионные и инцизионные биопсии, вмешательства на кисти. 15-20% в структуре хирургической помощи составляют вмешательства на органах брюшной полости под ультразвуковым контролем – это трудоемкая и угрожаемая по развитию осложнений категория больных. В отделении выполняются тонкоигольная аспирационная биопсия образований щитовидной железы под ультразвуковым контролем, лечебно-диагностические пункции крупных суставов, биопсии образований костей под КТ-контролем. Очень востребованными направлениями являются челюстно-лицевая хирургия, травматологическая помощь, сосудистые операции, также выполняются все вмешательства урологического профиля, которые возможно проводить в амбулаторных условиях. **Заключение.** Оказание амбулаторной хирургической помощи в условиях многопрофильной больницы позволяет решать ряд медицинских, экономических и социальных проблем: рационально использовать коечный фонд стационарных отделений, снизить риск гнойных осложнений, минимизировать психоэмоциональную травму от пребывания в стационаре и пр.

**Ключевые слова:** стационарозамещающие технологии, многопрофильный стационар.

## WORKING EXPERIENCE OF AMBULATORY SURGERY CENTER IN MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL

M.V. ARALOVA, N.N. KOROTKIKH, V.S. BREZHNEVA, E.A. MIROSHNICHENKO,  
A.B. KURBANOV, V.V. ANOSOV, N.G. KUZMINA

*Voronezh Regional Clinical Hospital №1,  
Moskovsky av., 151, Voronezh, 394077, Russia*

**Abstract. Introduction.** Available literature doesn't offer sufficient number of researches devoted to outpatient facilities volume and activity analysis. Therefore, an experience of a functioning ambulatory surgery center with a day department in a multidisciplinary hospital might prove to be useful for healthcare providers, healthcare administration and practitioners. **Materials and methods.** An ambulatory surgery department with outpatient facilities in Voronezh Regional Clinical Hospital №1 includes 13 cots and provides aid in general surgery, urology, traumatology and orthopedics, vascular and maxillofacial surgery. After the surgeries, the patients are under 1-6 hour long observation depending on the kind of aid and anesthesia. In case of complications, we raise the question of hospitalization of the patient to the specialized stationary department. Urgent surgeries are seldom necessary. **Results and their discussion.** More than 3000 patients are treated in the department annually, about half of them being people of working age. More than 30% of the patients for emergency indications. About 1.5 thousand of surgeries are performed every year, the prevailing ones are purulent focuses dissection

and rehabilitation, removal of soft tissues neoplasms, various surgeries on ingrown nails, foreign bodies removal, excision and incision biopsy, hand surgeries. 15-20% of surgical aid cases include ultrasound abdominal surgeries. This category of patients takes a lot of work and is vulnerable to complications. Thyroid formations ultrasound fine needle aspiration biopsy, treatment and diagnostic punctures of large joints, CT bone formations biopsy are performed in the department. Maxillofacial surgery, traumatology, vascular surgery are the most relevant; all urology surgeries which are possible in ambulatory conditions are implemented as well. **Conclusion.** Ambulatory surgical aid in the conditions of a multidisciplinary hospital enables us to solve a number of medical, economic and social problems: to reasonably use the available cots in day hospitals, reduce the risk of purulent complications, minimize the psychological and emotional trauma caused by being in hospital etc.

**Key words:** stationary replacement technologies, multidisciplinary hospital.

**Введение.** Внедрение и развитие стационарозамещающих технологий населению утверждено Постановлением Правительства РФ от 05.11.1997 г. № 1387 и подразумевает перераспределение значительной части медицинской помощи из стационарного сектора в амбулаторный. Речь идет о пациентах с нозологическими формами, качественное медицинское пособие которым может быть осуществлено в амбулаторно-поликлинических учреждениях и дневных стационарах учреждений госпитального типа [1, 6].

За последние десятилетия в РФ организовано множество структур различного профиля с применением ресурсосберегающих форм. Однако анализ показал, что развитие стационарозамещающих технологий оказания медицинской помощи осуществляется медленно, а попытки развития системы здравоохранения идут по экстенсивному пути [3, 4]. При этом в доступных публикациях недостаточно работ, посвященных анализу объемов и характера деятельности дневных стационаров [1, 2, 5]. В связи с этим, опыт функционирования центра амбулаторно-поликлинической хирургии с дневным стационаром в многопрофильном стационаре может оказаться полезным для организаторов здравоохранения, администраторов ЛПУ и практикующих врачей.

**Цель исследования** – провести анализ работы центра амбулаторно-поликлинической хирургии в условиях многопрофильного стационара.

**Материалы и методы исследования.** Исследование касалось анализа работы центра амбулаторно-поликлинической хирургии с дневным стационаром Воронежской областной клинической больницы №1 в период с 2017 по 2022 годы.

Воронежская областная клиническая больница №1 является крупнейшим многопрофильным учреждением Центрального Черноземья, стационаром третьего уровня, коечная мощность которого составляет 1840. Отделение амбулаторно-поликлинической хирургии как отдельная структура на базе Воронежской областной клинической больницы №1 образовано 1 октября 2008 года внутренним приказом по данному учреждению и осуществляет свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации и нормативными актами Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Претерпев несколько расширений, отделение включает 13 коек и оказывает помощь по профилям: общая хирургия, урология, травматология и ортопедия, сосудистая и челюстно-лицевая хирургии. Помимо палат, подразделение, имеет в своем распоряжении процедурные кабинеты, манипуляционную для выполнения инвазивных вмешательств под контролем ультразвука, технические помещения, санитарные комнаты, гардероб для пациентов. Для проведения хирургических вмешательств используются специально выделенные для амбулаторной помощи операционные залы, входящие в состав общепольничного операционного блока, там же расположены перевязочные («чистая» и «гнойная»). Отделение активно использует материально-техническую базу больницы (лаборатории, отделения функциональной диагностики, физиотерапии, центр стерилизационной обработки и др.).

Штат отделения укомплектован полностью и включает: 7 врачебных ставок, из них 1 должность — заведующего отделением, 2,25 - ставки хирурга, 1 – сосудистого хирурга, 1 – челюстно-лицевого хирурга, 1 – травматолога-ортопеда, 0,5 – уролога, 0,25 – врача ультразвуковой диагностики; 4 ставки среднего медицинского персонала, в том числе - старшей медицинской сестры. Отделение работает в одну смену, пятидневную рабочую неделю, ведется вся необходимая документация: журнал приема больных (форма № 001/У), медицинская карта, операционный журнал и журнал манипуляций. Пациенты на лечение в отделение амбулаторно-поликлинической хирургии с дневным стационаром. направляются врачами областной консультативной поликлиники, приемного отделения и лечебных учреждений города Воронежа и области. Пациенты, поступающие для оказания плановой хирургической помощи, должны иметь клинические обследования согласно стандартам оказания медицинской помощи. Обследование больных, которым необходимо срочное вмешательство, проводится в приемном отделении больницы.

После хирургических вмешательств, выполняемых под местной инфильтрационной анестезией, составляющих 80% всех вмешательств, больной находится под наблюдением сотрудников дневного стационара в течение 1-2 часов, в течение которых проводится гипотермия области операции, при необходимости, выполняется смена повязки и осуществляется наблюдение за общим состоянием пациента – контроль гемодинамики, показателей кровопотери, уровня глюкозы и т.д., при развитии болевого син-

дрома прибегают к инъекции обезболивающих препаратов, для исключения внутрибрюшного кровотечения - повторное УЗИ. Надо отметить, что вертикализация и пробная ходьба проводятся в присутствии медицинского персонала. Только после констатации адекватного состояния пациента ему даются устные разъяснения и предоставляется выписка с подробными рекомендациями по дальнейшему поведению и лечению, если необходимо, назначается перевязка в отделении.

При выполнении операций под местной проводниковой, спинальной или общей анестезией пациент наблюдается в условиях отделения 4-6 часов, в течение которых также мониторируются общее состояние больного и область вмешательства.

При развитии осложнений, справиться с которыми в период наблюдения не удастся, пациент госпитализируется в профильное стационарное отделение. В некоторых случаях, таких как, внутрибрюшное кровотечение, возникает необходимость оперировать больного в экстренном порядке.

Важными моментами оказания хирургической помощи в отделении амбулаторно-поликлинической хирургии с дневным стационаром являются: наличие сопровождающего лица (родственник, сотрудники социальной службы, медицинские работники и т.д.); транспортировка из больницы после вмешательства (крайне нежелательно, а в некоторых случаях противопоказано, пользоваться общественным транспортом); социально-бытовые условия пациента (проживание с лицами, которые могут обеспечить уход, наличие лифта и т.д.).

Работающим пациентам выдается листок нетрудоспособности. Последующее наблюдение, за редким исключением, осуществляется хирургом поликлиники по месту жительства.

**Результаты и их обсуждение.** С момента образования в отделении пролечено более 45 тысяч пациентов. Ежегодные объемы помощи зависят от особенностей оплаты в системе ОМС и выделенных средств. Так, с 2012 по 2017 годы оплачивался каждый койко-день, с 2018 года финансируется законченный случай, то есть определяющими являются нозология и операция, поэтому структура помощи была оптимизирована. За анализируемый период (2018-2022 г.г.) число пациентов, пролеченных в отделении, остается на одном уровне. Исключением является 2020 год, когда лечение осуществлялось только в режиме срочной помощи в связи с эпидемией COVID-19. Надо отметить, что отделение не работало в полную мощность вплоть до апреля 2022 года, но уже ко второму полугодю по объемам помощи вышло на доковидный уровень.

По возрастному составу пациентов отмечено 49-56% лиц трудоспособного возраста. В порядке срочной помощи в среднем по отделению поступают 33% пациентов, кроме травматологической помощи, где 70% обращаются в срочном порядке.

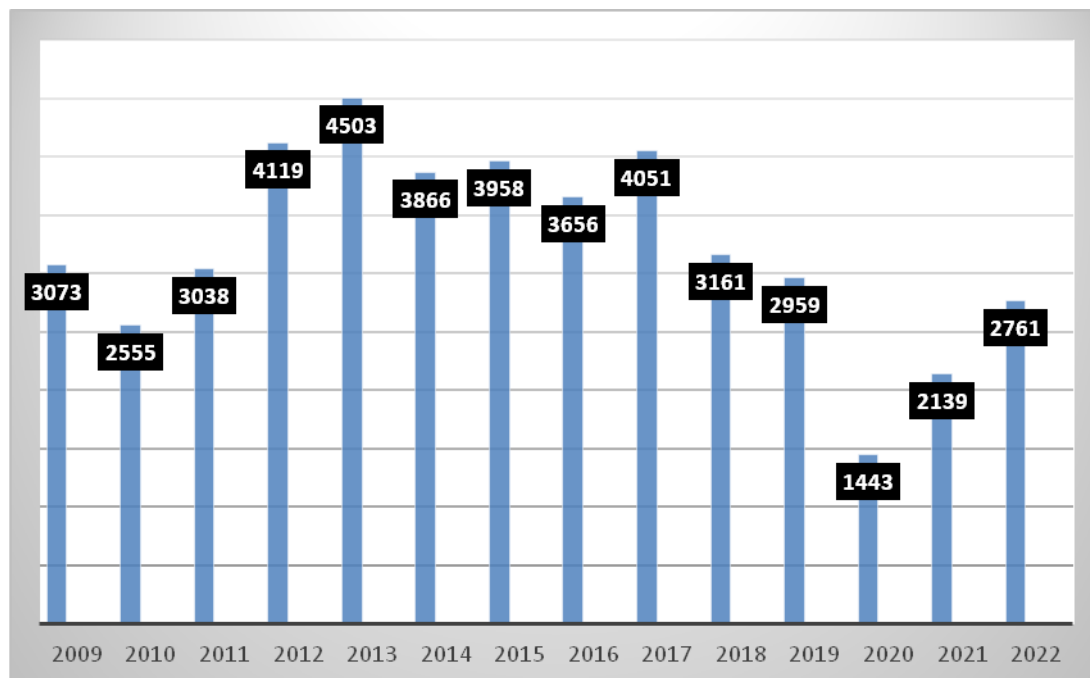


Рис. 1 ежегодное количество пациентов, пролеченных в отделении с момента его организации (в системе ОМС)

По профилю общей хирургии работают 3 хирурга, выполняя ежегодно порядка 1,5 тысяч хирургических вмешательств. Количество и доля различных операций в динамике представлены в табл. №1.

Структура операций по профилю «общая хирургия»

| Хирургические вмешательства  | 2017 | 2018 | 2019 | 2021 | 2022 |
|--|------|------|------|------|------|
| Удаление образований мягких тканей                                     | 397  | 517  | 431  | 397  | 411  |
| Эксцизионные и инцизионные биопсии мягких тканей, лимфатических узлов  | 118  | 150  | 134  | 54   | 75   |
| Хирургическое лечение гнойных процессов, в том числе панариция         | 269  | 384  | 298  | 194  | 258  |
| Вмешательства на органах брюшной полости под УЗ-контролем              | 395  | 315  | 349  | 335  | 417  |
| Хирургические вмешательства на кисти                                   | 54   | 69   | 76   | 95   | 107  |
| Удаление инородных тел мягких тканей                                   | 28   | 31   | 29   | 38   | 61   |
| Операции при вросшем ногте   | 59   | 41   | 53   | 42   | 68   |
| Тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы под контролем УЗ | 1972 | 1380 | 974  | 491  | 583  |
| Лечебно-диагностические пункции суставов                               | 751  | 777  | 247  | 297  | 195  |
| Вмешательства под КТ-контролем   | 39   | 36   | 24   | 72   | 38   |
| Коронарография через «лучевой» доступ                                  | -    | 12   | 110  | 307  | 262  |

Примечание: \*2020 год не взят внимание

В структуре операций преобладают: вскрытие и санация гнойных очагов (фурункулов, карбункулов, абсцессов, панариция и пр.), удаление новообразований мягких тканей, различные операции при вросшем ногте, удаление инородных тел, эксцизионные и инцизионные биопсии, хирургия кисти (повреждения сухожильного аппарата, рассечение кольцевидной связки при стенозирующем лигаментите, тенондермоз и пр.).

К вмешательствам на органах брюшной полости под ультразвуковым контролем относятся биопсии новообразований органов брюшной полости, забрюшинного пространства, пункции и дренирование жидкостных образований брюшной полости, нефростомии, эпицистостомии, холангиостомии. Количество данных вмешательств в структуре хирургической помощи остается стабильно высоким и составляет 15-20%. Надо отметить, что эта одна из самых трудоемких и угрожаемых по развитию осложнений категория больных, ежегодно 4-7 (2-3%) вмешательств приводят к развитию внутрибрюшных кровотечений. Для их профилактики проводится тщательный отбор пациентов (учитываются общее состояние пациента, сопутствующие заболевания, состояние свертывающей системы и др.), непосредственно перед вмешательством выполняется премедикация, включающая гемостатические препараты, а для ранней диагностики осложнений после манипуляции – контроль УЗИ, тесты кровопотери в динамике.

В течение всего периода работы отделения большой популярностью пользуются тонкоигольные аспирационные биопсии щитовидной железы, выполняемые под ультразвуковым контролем. В 2015-2016 годах количество этих вмешательств доходило до 2400 в год. В системе *обязательного медицинского страхования* (ОМС) это было возможным при условии оплаты по тарифу пациента дня. С введением оплаты по принципу «законченного случая» и при условии, что данная категория больных проводит в отделении не более 2 часов, объемы помощи на данную медицинскую услугу были резко сокращены. Это отчетливо прослеживается в таблице 1.

Современным, перспективным направлением является интервенционная КТ – биопсии новообразований костей, суставов под контролем компьютерной томографии. Вмешательство выполняется бригадой, состоящей из хирурга и врача лучевой диагностики, в некоторых случаях – травматолога.

Также в отделении выполняются лечебно-диагностические пункции крупных суставов под ультразвуковым контролем, в том числе с внутрисуставным введением глюкокортикостероидов или препаратов гиалуроновой кислоты.

Амбулаторную хирургическую помощь пациентам с заболеваниями лицевого части черепа и ротовой полости оказывает челюстно-лицевой хирург. В 2022 году пролечено 490 пациентов, что превысило показатели «доковидного» периода (табл. 2). Больше половины (55%) хирургических вмешательств – это удаление новообразований кожи, подкожной клетчатки области лица и слизистой оболочки ротовой полости. На втором месте по объемам помощи стоят вмешательства при гнойно-септических процессах данной области (30-48%). Другие виды помощи (удаление прикорневых кист, некрсеквестрэктомия, экстракция зубов, вмешательства при различных травмах и т.п.) представлены единичными случаями. В целом, направление челюстно-лицевая хирургия очень востребовано, так как данные специалисты в об-

ласти имеются только в ВОКБ №1. При этом до 30% данной помощи приходится на амбулаторный уровень.

Травматология и ортопедия представлена как срочными, так и плановыми вмешательствами. Основной контингент – это пациенты с переломами, вывихами и другими травмами. Амбулаторное хирургическое лечение обычно проводится при переломах костей кисти и стопы, также в отделении осуществляются вправление вывихов мелких и средних суставов, гипсовая иммобилизация, ушивание ран, тенорафия, пункция коленного сустава при его травме. В плановом режиме выполняется удаление металлоконструкций, операции при стенозирующем лигаментите, удаление подколенных кист, сухожильных ганглиев.

Урологическая помощь включает практически все вмешательства, которые возможно проводить в амбулаторных условиях. Из операций – это обрезание крайней плоти, пластика уздечки полового члена, различные виды операций при гидроцеле и варикоцеле, вмешательства на придатке яичка, а также удаление или расширенная биопсия различных новообразований половых органов. Однако, основное объемы помощи приходится на миниинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем: биопсии простаты, почки, нефростомии и ренекростомии, пункционные эпицистостомии. В совокупности в год по урологическому профилю выполняется порядка 250 операций (табл. 2).

Таблица №2

#### Доля хирургической помощи по отдельным специальностям

|                           | 2017 | 2018 | 2019 | 2021 | 2022 |
|---------------------------|------|------|------|------|------|
| Челюстно-лицевая хирургия | 337  | 422  | 452  | 143  | 490  |
| Травматология и ортопедия | 230  | 259  | 205  | 84   | 253  |
| Урология                  | 157  | 187  | 247  | 213  | 277  |

Пациентам с заболеваниями вен помощь оказывает сосудистый хирург, последний входит в штат отделения и выполняет кроссэктомию, микрофлебэктомию, перевязку единичных перфорантов, а также с косметической целью выполняют склеротерапию телеангиоэктазий и ретикулярного варикоза.

Успешное функционирование центра амбулаторной хирургии определяется прежде всего жесткими критериями отбора пациентов. Во-первых, это заболевание и тяжесть хирургического вмешательства, во-вторых, наличие и компенсация соматической и психической сопутствующей патологии. Важными моментами также являются применение качественного оборудования и новых технологий, соблюдение принципов функциональной хирургии.

Особенно хочется подчеркнуть такие преимущества стационарозамещающих технологий как повышение доступности хирургической помощи, сокращение времени ожидания операций, освобождение мест в стационарных отделениях для более серьезных больных, снижение доли необоснованных госпитализаций в специализированные дорогостоящие стационары, снижение риска гнойно-септических осложнений.

Главное условие оказания хирургической помощи в амбулаторных условиях – это качество медицинской помощи, которое не должно отличаться от лечения в стационарных условиях.

**Заключение.** Существование стационарозамещающих технологий на базе крупного многопрофильного стационара позволяет оказывать высококвалифицированную хирургическую помощь огромному спектру больных, используя диагностическую базу, параклинические службы, возможности физиотерапевтического, реабилитационного отделений, отделения экстракорпоральной хирургии крови лечебного учреждения, нивелирует риски осложнений, а в случае развития последних позволяет решить проблему максимально быстро, удобно и силами лечебного учреждения. Важным моментом является рациональное использование коечного фонда стационарных отделений больницы для лечения прежде всего тяжелобольных пациентов.

#### Литература

1. Деревянко Т.И., Панченко И.А., Состин М.И., Марабян Э.С., Гармаш О.Н., Бруснев А.Б., Шипилов А.И. Возможности стационарозамещающих технологий в уроандрологии // Андроология и генитальная хирургия. 2015. Т. 16. № 3. С. 17-21.
2. Ельсиновский В.И., Жируев М.С., Ляшко В.В., Боробов Ю.М. Организация работы центра амбулаторной хирургии на базе многопрофильного лечебно-профилактического учреждения // Амбулаторная хирургия. 2009. №2. С. 12–13.

3. Жуков Н.И. Стационарозамещающие технологии в кардиологической практике: перспективы развития и эффективность. Сб. трудов. V Международная научно-практ. конф. «Проблемы управления социально-экономическими системами: теория, практика, материалы». 2017. С. 197–200.
4. Калининская А.А., Мерекина М.Д. Анализ деятельности многопрофильного дневного стационара в условиях города // Менеджер здравоохранения. 2020. №5. С. 18-23.
5. Лебедев Н.Н., Решетников С.В., Шихметов А.Н., Решетников В.Н. Стационарозамещающие технологии в многопрофильном клинко-диагностическом центре // Амбулаторная хирургия. 2017. №1-2. С. 9–14.
6. Магомедов Р.Х. Медицинская и экономическая эффективность работы центра амбулаторной хирургии // Амбулаторная хирургия. 2009. №2. С. 15–18.

#### References

1. Derevjanko TI, Panchenko IA, Sostin MI, Marabjan JeS, Garmash ON, Brusnev AB, Shipilov AI. Vozmozhnosti stacionarozameshchajushhijh tehnologij v uroandrogologii [Possibilities of inpatient replacement technologies in uroandrogology]. Androgologija i genital'naja hirurgii. 2015;16(3):17-21. Russian.
2. El'sinovskij VI, Zhiruev MS, Ljashko VV, Borobov JuM. Organizacija raboty centra ambulatornoj hirurgii na baze mnogoprofil'nogo leчебno-profilakticheskogo uchrezhdenija [Organization of the work of the outpatient surgery center on the basis of a multidisciplinary medical and preventive institution]. Ambulatojnaja hirurgija. 2009;2: 12-3. Russian.
3. Zhukov NI. Stacionarozameshchajushhie tehnologii v kardiologicheskoj praktike: perspektivy razvitiya i jeffektivnost' [Stationary replacement technologies in cardiological practice: prospects for development and effectiveness]. Sb. trudov. V Mezhdunarodnaja nauchno-prakt. konf. «Problemy upravlenija social'no-jekonomicheskimi sistemami: teorija, praktika, materialy»; 2017. Russian.
4. Kalininskaja AA, Merekina MD. Analiz dejatel'nosti mnogoprofil'nogo dnevnogo stacionara v uslovijah goroda [Analysis of the activity of a multidisciplinary day hospital in urban conditions]. Menedzher zdravooхранения. 2020;5:18-23. Russian.
5. Lebedev NN, Reshetnikov SV, Shihmetov AN, Reshetnikov VN. Stacionarozameshchajushhie tehnologii v mnogoprofil'nom kliniko-diagnosticheskom centre [Inpatient replacement technologies in a multidisciplinary clinical diagnostic center]. Ambulatojnaja hirurgija. 2017;1-2:9-14. Russian.
6. Magomedov RH. Medicinskaja i jekonomicheskaja jeffektivnost' raboty centra ambulatornoj hirurgii [Medical and economic efficiency of the outpatient surgery center]. Ambulatojnaja hirurgija. 2009;2:15-8. Russian.

---

#### Библиографическая ссылка:

Аралова М.В., Коротких Н.Н., Брежнева В.С., Мирошниченко Е.А., Курбанов А.Б., Аносов В.В., Кузьмина Н.Г. Опыт работы центра амбулаторной хирургии в многопрофильном стационаре // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2023. №6. Публикация 1-2. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2023-6/1-2.pdf> (дата обращения: 08.11.2023). DOI: 10.24412/2075-4094-2023-6-1-2. EDN FWRKGF\*

#### Bibliographic reference:

Aralova MV, Korotkikh NN, Brezhneva VS, Miroshnichenko EA, Kurbanov AB, Anosov VV, Kuzmina NG. Opyt raboty centra ambulatornoj hirurgii v mnogoprofil'nom stacionare [Working experience of ambulatory surgery center in multidisciplinary hospital]. Journal of New Medical Technologies, e-edition. 2023 [cited 2023 Nov 08];6 [about 6 p.]. Russian. Available from: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2023-6/1-2.pdf>. DOI: 10.24412/2075-4094-2023-6-1-2. EDN FWRKGF

\* номера страниц смотреть после выхода полной версии журнала: URL: <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2023-6/e2023-6.pdf>

\*\*идентификатор для научных публикаций EDN (eLIBRARY Document Number) будет активен после выгрузки полной версии журнала в eLIBRARY