

Структура амбулаторних оперативних втручань та використання міжнародного досвіду в процесі реформування хірургічної служби в Україні

Н. П. Коржик

Консультативно-діагностичний центр Шевченківського району міста Києва

The structure of ambulatory operative interventions and application of international experience while making a reform of surgical service in Ukraine

N. P. Korzhyk

Consultation-Diagnostic Centre of Shevchenkivskiy region of Kyiv

Реферат

Мета. Вивчити структуру оперативних втручань в амбулаторних умовах, можливість їх розширення та реформування амбулаторної хірургічної служби з використанням міжнародного досвіду.

Матеріали і методи. Проведено облік та надано характеристику амбулаторних оперативних втручань, виконаних у поліклініці з 1999 по 2017 р., визначено можливі шляхи реформування хірургічної служби, зокрема амбулаторної. Під наглядом перебували 1863 оперованих пацієнти – жінки і чоловіки віком від 31 до 86 років. Середній термін непрацездатності становив 12,6 дня.

Результати. Мініінвазивні оперативні втручання дають змогу зменшити строки перебування пацієнтів у стаціонарі, тобто збільшити оборот ліжка.

Висновки. Враховуючи, що консультативно-діагностичні центри та стаціонари лікарень, які виникли в результаті реформування галузі охорони здоров'я України, належать до вторинної ланки медичної допомоги, клінічно та економічно доцільно ввести їх до складу лікарень, що й передбачено Наказом МОЗ України від 05.10.2011 р. № 646. Існування відділень мініінвазивної хірургії у структурі лікарень дасть можливість раціональніше використовувати ліжковий фонд та суттєво скоротити адміністративний апарат і в такий спосіб отримати значну економію державних коштів.

Ключові слова: реформування; амбулаторна хірургія; ускладнення; вторинна ланка.

Abstract

Objective. To study the operative interventions structure in ambulatory conditions, possibility of their widening and reformation of ambulatory surgical service using international experience.

Materials and methods. There was conducted calculation and a characteristic given of ambulatory operative interventions, performed in polyclinic in 1999 – 2017 yrs, and possible ways of reforming of surgical service, including the ambulatory one, were determined. There were observed 1863 operated patients – women and men ageing 31 – 86 years old. Average duration of disability was 12,6 days.

Results. Miniinvasive operative interventions performance make it possible to reduce the stationary stay, i. e. to enhance the hospital bed turnover.

Conclusion. Taking into account, that the hospitals' consulting-diagnostic centres and stationaries, which have occurred as a result of reforming in branch of the health care in Ukraine, constitutes a secondary chain of medical help. Clinically and economically it is expedient to include them into the hospitals, what was mentioned by The Order of Ministry of Health of Ukraine, dated by 05.10.2011 yr. № 646. The presence of departments of miniinvasive surgery in the hospitals structure give possibility to use the hospital beds fund more rationally, to reduce the administrative apparatus, shortening by this way the state economic expanses significantly.

Keywords: reforming; mbulatory surgery; complications; secondary chain.

Актуальність визначеної теми зумовлена тим, що за період існування системи охорони здоров'я, запровадженої М.Семашком, організаційно хірургічна служба поділялася на два основних напрямки: стаціонарна та амбулаторна. За радянських часів отримати роботу в хірургічному стаціонарі без протекції було досить проблематично. Система ротації стаціонар-поліклініка-ургенція працювала вкрай незадовільно. Але, попри численні складнощі, стрімко розвивався амбулаторний напрямок хірургії, деякі організатори охорони здоров'я навіть по-

рушували питання про запровадження спеціалізації «амбулаторна хірургія». Кадрове питання у поліклініці вирішувалось здебільшого за рахунок молодих фахівців, лікарів, що вийшли на пенсію, або лікарів, які мали огріхи в роботі у стаціонарі.

Робота поліклінічного хірурга має свої особливості і передбачає не лише виконання оперативних втручань, а й ургентну допомогу безпосередньо під час прийому (гострі рани, гнійно-септична патологія), а також вирішення питання про термінову госпіталізацію у разі го-

строї хірургічної патології живота, грудної клітки, судин; консультативний прийом хворих; виконання планових амбулаторних хірургічних втручань; реабілітацію хворих після виписки із стаціонару; огляд хворих удома [1].

У 90% поліклінік проводився змішаний прийом, тобто поряд з хірургічними хворими у разі відсутності фахівця лікар мав оглянути ортопедичних, урологічних, онкологічних хворих. Практично у всіх лікувальних закладах усі ці напрямки роботи покладалися на одного фахівця. Тому непоодинокими були випадки, коли під час планової консультації хірурга до кабінету приводили пацієнта з венозною кровотечею або покусаного тваринами, і лікар вимушено переривав консультацію та негайно йшов до операційної. Також практика була порочною, коли лікар переривав прийом через терміновий виклик додому. А для чого ж тоді «швидка допомога»? Адміністрація лікувальних закладів не протестувала проти цього, оскільки дуже боялася скарг. Розподілу потоків пацієнтів на ургентних та планових не було.

Відповідно до наказів МОЗ України від 25.12.1992 р. № 195 «Про затвердження переліку вищих і середніх спеціальних навчальних закладів, підготовка і отримання знання в яких дають право займатися медичною і фармацевтичною діяльністю» та від 07.12.1998 р. № 346 «Про затвердження переліку назв циклів спеціалізації та вдосконалення лікарів і провізорів у вищих медичних (фармацевтичному) закладах (факультетах) післяопераційної освіти» (із змінами, внесеними наказом МОЗ України від 24.04.2008 № 230) лікар має право приймати хворих лише за своїм профілем за направленням сімейного лікаря. Закон України від 07.09.2011 р. № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», Наказ МОЗ України від 05.10.2011 р. № 646 передбачають звернення спочатку до сімейного лікаря,

а вже потім до фахівця консультативно-діагностичного центру. Виклик хірурга додому новими нормативними документами не передбачено.

Щоб створити досконалу систему охорони здоров'я, необхідно детальніше вивчити світовий та, зокрема, європейський досвід. В Австралії, наприклад, важливе місце в системі охорони здоров'я посідає надання медичної допомоги населенню в госпітальних установах. Досить часто практикується «мала» хірургія, коли хворого госпіталізують до стаціонару вранці і протягом дня йому виконують заплановану операцію. По завершенні операції пацієнта переводять в «амбулаторну» післяопераційну палату, де він перебуває протягом 1,5 – 3 годин (за потреби – більше) під медичним наглядом. Подальший режим пацієнта визначають, виходячи із його самопочуття. Коли немає медичних показань до перебування в стаціонарі, після декількох годин післяопераційного нагляду він може бути виписаний додому. Якщо є потреба, пацієнта залишають у стаціонарі на період, необхідний для післяопераційного відновлення [2].

У країнах Європи лікарні залишаються важливим інструментом надання комплексної інтенсивної спеціалізованої медичної допомоги [3, 4].

У системі охорони здоров'я Австрії можна виділити три гілки. Перша – стаціонарне лікування (приватні і державні госпіталі, лікарні соціального страхування, реабілітаційні заклади, установи по догляду за тяжкохворими, паліативні установи, заклади догляду за людьми похилого віку). Друга – амбулаторне лікування, яке здійснюють вільнопрактикуючі, приватні лікарі в особистих або спільних лікарських кабінетах, амбулаторії і лікарняні амбулаторні відділення. Третя – соціальна служба охорони здоров'я. Поліклінік у загальноприйнятому розумінні в Австрії немає [5]. У Швеції, на відміну від більшості країн, пацієнти можуть самі звертатися за медичною допомогою до ву-

Таблиця 1. Структура амбулаторних оперативних втручань за період з 1999 по 2004 р.

Нозологічна форма	Кількість амбулаторних оперативних втручань, виконаних за роками						Разом
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
Панарицій	8	3	4	13	15	15	58
Атерома	17	17	5	12	12	31	94
Карбункул	–	1	–	1	2	5	9
Фурункул	1	1	3	13	11	3	32
Ліпома	3	1	–	2	6	6	18
Гідраденіт	2	–	–	6	8	8	24
Абсцес	4	2	5	17	7	16	51
Рани	2	2	12	16	12	15	59
Врослий ніготь	5	3	7	8	2	8	33
Гідрома	–	–	–	–	–	–	–
Дерматофіброма	–	2	–	1	–	1	4
Папілома	–	2	4	3	2	9	20
Стороннє тіло	3	4	6	4	2	9	28
Онїхомікоз	2	1	5	5	1	3	17
Гематома	3	–	–	7	5	4	19
Всього ...	50	39	51	108	85	133	466

зкого фахівця, обминаючи лікаря первинної ланки, що значно скорочує тривалість лікування [6].

Матеріали і методи дослідження

Проведено аналіз 1863 амбулаторних оперативних втручань, виконаних у поліклініці за період з 1999 по 2017 р. з приводу різних нозологічних форм (табл. 1 – 3).

Якщо сімейні лікарі певною мірою можуть взяти на себе обов'язки оториноларинголога, гінеколога, уролога, окуліста в частині огляду, первинної діагностики та реабілітації, то роботу хірурга вони виконувати зовсім не готові, оскільки особливістю хірургії є метод механічної дії на органи та тканини. В роботі хірурга, як амбулаторного, так і стаціонарного, провідне місце займає виконання оперативних втручань, проте умови існуючих діагностичних центрів унеможливають їх розширення.

Поєднувати оперативну діяльність з консультативним прийомом досить складно. В умовах консультативно-діагностичного центру (колишньої поліклініки) немає чіткого розмежування прийому та оперативної діяльності – оперативні втручання виконують фактично під час прийому, немає також розподілу роботи на ургентну та планову в часі, тобто філія консультативно-діагностичного центру продовжує функціонувати як «шматок поліклініки», що не відповідає міжнародному клінічному досвіду.

Потрібно максимально відокремити оперативну діяльність від бюрократичної роботи, яка є частиною в діяльності лікаря-хірурга консультативно-діагностичного центру. Наприклад, доцільно виділити операційні та консультативні дні, а також розподілити пацієнтів на ургентних та планових.

Таблиця 2. Структура амбулаторних оперативних втручань за період з 2005 по 2010 р.

Нозологічна форма	Кількість амбулаторних оперативних втручань, виконаних за роками						Разом
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Панарицій	18	20	30	17	16	8	109
Атерома	24	32	33	28	29	11	157
Карбункул	2	5	6	3	3	2	21
Фурункул	6	2	5	15	3	3	34
Ліпома	5	7	13	7	10	4	46
Гідраденіт	4	16	18	13	6	3	60
Абсцес	15	25	22	22	10	6	100
Рани	12	11	18	11	18	2	72
Врослий ніготь	14	11	9	9	4	3	50
Гідрома	–	2	–	3	1	2	8
Дерматофіброма	2	–	–	2	8	4	16
Папілома	4	7	10	8	12	12	53
Стороннє тіло	12	5	12	9	1	7	46
Онїхомікоз	–	–	–	2	2	3	7
Гематома	–	5	1	–	–	–	6
Всього ...	118	148	177	149	123	70	785

Таблиця 3. Структура амбулаторних оперативних втручань за період з 2011 по 2017 р.

Нозологічна форма	Кількість амбулаторних оперативних втручань, виконаних за роками							Разом
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Панарицій	8	6	7	6	6	17	17	67
Атерома	16	10	22	26	24	26	36	160
Карбункул	2	1	–	–	3	1	2	9
Фурункул	1	7	2	6	3	11	8	38
Ліпома	5	15	4	1	3	3	4	35
Гідраденіт	6	5	3	3	7	3	4	31
Абсцес	3	5	8	10	12	16	27	81
Рани	3	1	2	3	7	10	17	43
Врослий ніготь	3	5	1	2	4	8	9	32
Гідрома	–	–	–	1	2	4	3	10
Дерматофіброма	1	2	–	1	1	–	2	7
Папілома	6	13	11	8	9	6	3	56
Стороннє тіло	2	3	4	3	3	6	5	26
Онїхомікоз	1	3	1	7	2	–	3	17
Гематома	–	–	–	–	–	–	–	–
Всього ...	57	76	65	77	86	111	140	612

Результати

За період з 1999 по 2017 р. оперовано 1863 пацієнти – чоловіки і жінки віком від 18 до 86 років. За нозологічними формами амбулаторні оперативні втручання розподілені на такі: гнійно–септична патологія (панарицій, карбункул, фурункул, абсцес, гідраденіт) – оперовано 724 (38,9%) пацієнти; оперативні втручання з приводу гострих ран (первинна хірургічна обробка) – виконано 174 (9,3%) пацієнтам. У плановому порядку оперовано 965 пацієнтів з доброякісними пухлинами м'яких тканин (атероми, ліпоми, папіломи, дерматофіброми, гідроми, сторонні тіла, гематоми) та оніхомікозом, що становить 51,8%. Оперативні втручання виконували під місцевим знеболюванням. Побічних ефектів їх застосування практично не спостерігали. Проте, враховуючи, що кожна операція, навіть мініінвазивна, має стресовий характер, не зайвим було б перебування пацієнта під наглядом лікаря протягом кількох годин після оперативного втручання. Для цього доцільною є організація денного стаціонару хірургічного профілю на базі клінічної лікарні.

Перев'язки призначалися щодня. Середній термін непрацездатності становив 12,6 дня.

Попри численні негативні моменти реформування охорони здоров'я, позитивним є запровадження мініінвазивних методик хірургічних втручання, використання сучасної діагностичної апаратури, про яку 30 років тому ніхто не міг навіть мріяти. Використання зазначених втручання дає можливість суттєво скоротити кількість ліжко–днів та запобігти тривалому перебуванню пацієнтів у стаціонарі, яке недоцільне не лише з економічної точки зору, а й з клінічної, оскільки існування внутрішньолікарняної мікрофлори негативно впливає на загоювання рани, що значно ускладнює післяопераційний перебіг.

Обговорення

На основі вивчення світового та європейського досвіду (Австралія, Австрія, Швеція) слід зазначити, що амбулаторні відділення, аналогічні нашим поліклінікам, існують у структурі лікарень, що дозволяє раціонально розподілити фінансування та уникнути небажаного дублювання, а також вчасно попередити можливі інтра– та післяопераційні ускладнення.

Враховуючи недостатньо комфортні умови вітчизняних лікарень, наявність внутрішньолікарняної мікрофлори, не виправдано роздутий управлінський апарат, амбулаторні відділення ("шматки поліклінік", які називають філіями консультативно–діагностичних центрів) слід включити до складу лікарень.

Аналізом структури амбулаторних оперативних втручання виявлено, що 51,8% цих втручання виконують з приводу доброякісних пухлин м'яких тканин (ліпоми, папіломи, дерматофіброми тощо), так звані чисті оперативні втручання; 38,9% – з приводу гнійно–септичної патології, 9,3% – з приводу ран. Розподіл потоків пацієнтів на планових та ургентних дає можливість уникнути контакту з внутрішньолікарняною інфекцією та оптимізувати ліку-

вання різних нозологічних форм. Орієнтуючись на світовий та європейський досвід та маючи частоту виконання планових амбулаторних оперативних втручання – 51,8%, було б набагато раціональніше хірургічні відділення поліклінік реорганізувати у відділення мініінвазивних втручання, розташованих у приміщенні стаціонару.

Нові консультативно–діагностичні центри, утворені після запровадження медичної реформи на підставі Наказу МОЗ від 05.10.2011 р. № 646 [7], можна включити до складу лікарень інтенсивного лікування, що є раціональним, виходячи з клінічних позицій, а саме: багатопрофільності зазначених закладів, обсягу оперативних втручання, необхідності участі практикуючого хірурга в ургентних чергуваннях. Організація денних стаціонарів хірургічного профілю доцільна саме на базі лікарень, де є можливість отримати медикаментозне лікування, а в разі виникнення ускладнення можна розраховувати на ретельний догляд хірурга та, за потреби, суміжних фахівців. Реформування має покращувати стан медичної галузі, а не навпаки.

Висновки

1. Враховуючи, що консультативно–діагностичні центри та стаціонари лікарень належать до вторинної ланки медичної допомоги, клінічно та економічно доцільно ввести їх до складу лікарень, що й передбачено Наказом МОЗ від 05.10.2011 р. № 646.

2. Існування відділень мініінвазивної хірургії у структурі лікарень дасть можливість раціональніше використовувати ліжковий фонд та суттєво скоротити адміністративний апарат і в такий спосіб отримати значну економію державних коштів.

Підтвердження

Фінансування. За власний рахунок.

Конфлікт інтересів. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів щодо цього рукопису.

References

1. Korzhyk NP, Myronov OM. Ambulatorna khirurgiia Kyiv: Knyha–plus, 2010. 240 s. [In Ukrainian].
2. Nicberg I. Osobennosti sdravoochranenia Avstralii: vosmozhnosti i perspektivi. Zdorovia Ukraini. 2009;(7):20–1 [In Ukrainian].
3. Bugro VI. Stacionarna medichna dopomoga v rosvinensch sistemach ochorony zdorovia. Ukrainckii medicynii chasopis. 2015;(5): 39–41. [In Ukrainian].
4. Magnussen J, Vrangbaek K, Saltman RB, editors. Nordic health care systems. Resent reforms current policy challenges. NY: Open University Press; 2009. 337 p.
5. Saltman RB, Duran A, Dubois H, editors. Governing public hospitals. Reform strategies and movement towards institutional autonomy. European Observatory Study Series No. 25. Copenhagen; 2011. 259 p.
6. Cancidailo T. Zdravoochranenie Shvecii: ot bogatich tradicii do sovremennich prioriteto. Zdorovia Ukraini. 2009;(3):14. [In Ukrainian].
7. «Pro zatverdjenia normativno–pravovikh active Ministerstva okhoroni zdorovia u Vinnitskiy, Dnipropetrouskiy, Donetskiy ta misti Kievi?». Nakaz MOZ Ukraini vid 05.10.2011 r. № 646.

Надійшла 23.07.2019