

страненностью ДМО и возрастом ($R_s = -0,95$; $p < 0,05$), а также отсутствие связи между типом диабета и гендерными различиями, $p > 0,05$.

4. Контингент пациентов с ДМО преимущественно сформирован из пенсионеров (20,0%) и инвалидов (36,7%) и состоит на 28,3% из одиноких, вдовых и разведенных лиц с подушевым доходом в 1,3 раза ниже среднереспубликанского и, имея по 2 и более сопутствующих заболевания, требует дифференцированного подхода при планировании медико-социальной помощи.

5. Полученные результаты могут служить базовой информацией органам здравоохранения и клиницистам относительно прогнозирования и планирования офтальмологической помощи больным ДМО.

Литература

1. Астахов Ю.С., Шадричев Ф.Е. // Клиническая офтальмология. – 2001. – Т.2, №4. – С.148–153.
2. Григорьева Н.Н. [и др.] // Сахарный диабет. – 2008. – №3. – С. 23–25.
3. Чиж Л.В. // Офтальмохирургия и терапия. – 2004. – Т.4, №3. – С. 47–54.
4. Шадричев Ф.Е. // Сахарный диабет. – 2008. – №3. – С.8–11.
5. Kristinsson J.K. [et al.] // Acta Ophthalmol. Scand. – 1997. – Vol.75, No.3. – P.249–254.
6. Bloom S.M., Brusker A.J. Laser surgery of the posterior segment. – Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1991. – 341 p.

7. Gaudric A., Massin-Korobelnik P. // Diabete Metab. – 1993. – Vol.19, No.5. – P.422–429.
8. Javitt J.C., Canner J.K., Sommer A. // Ophthalmology. – 1989. – Vol.96. – P.255–264.
9. Klein R. [et al.] // Br. J. Ophthalmol. – 2002. – Vol.86, No.1. – P.84–90.
10. Klein R. [et al.] // Ophthalmology. – 1984. – Vol.91, No.12. – P.1464–1474.
11. Klein R. [et al.] // Ophthalmology. – 1989. – Vol.96, No.10. – P.1501–1510.
12. Klein R. [et al.] // Ophthalmology. – 1995. – Vol.102, No.1. – P.7–16.
13. Klein R. [et al.] // Ophthalmology. – 1998. – Vol.105, No.10. – P.1801–1815.
14. Klein R. [et al.] // Adv. Exp. Med. Biol. – 1985. – Vol.189. – P.321–335.

EVALUATION OF MEDICO-SOCIAL STATUS OF PATIENTS WITH DIABETIC MACULAR EDEMA

I.G.Zaborovsky

The prevalence of diabetic macular edema (DME) is 5.2 cases per 100 patients with diabetes. A statistically significant positive correlation between the severity of diabetic retinopathy and DME frequency and the return strong correlation between the prevalence of DME and age ($R_s = -0,95$; $p < 0,05$), as well as the lack of connection between the type of diabetes and gender ($p > 0,05$), was determined.

РЕАЛИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

С.В.ЗАРЕЦКИЙ, В.В.АСТАПЕНКО, Д.В.ХМАРА

УЗ «5-я городская клиническая больница», г. Минск

В статье представлен опыт внедрения стационарзамещающих технологий в работу хирургического отделения, приведены показания и противопоказания, критерии отбора пациентов. Подтверждена медицинская, экономическая и социальная эффективность применения технологий «хирургии одного дня» в практике хирургического стационара. На фоне прогрессирующего увеличения числа обслуженных больных не зарегистрировано послеоперационных осложнений и повторных госпитализаций. Годовая экономия средств в хирургическом отделении составила около 86 миллионов белорусских рублей.

Введение. Поиск оптимальных путей использования материальных ресурсов в здравоохранении является актуальной задачей в общей структуре реформирования данной отрасли в Республике Беларусь. Одним из таких организационных направлений является система «хирургии одного дня», или стационарзамещающей хирургии, развитию которой в системе оказания хирургической помощи в настоящее время уделяется большое внимание. Основными задачами дан-

ного направления являются повышение оперативной активности в амбулаторно-поликлинических условиях и уменьшение сроков госпитализации больных на стационарной койке за счет использования малоинвазивных методик выполнения операций и внедрения новых форм организации лечебного процесса.

В течение последних лет регистрируется стойкое прогрессирующее увеличение частоты возникновения заболеваний, подлежащих плановому специали-

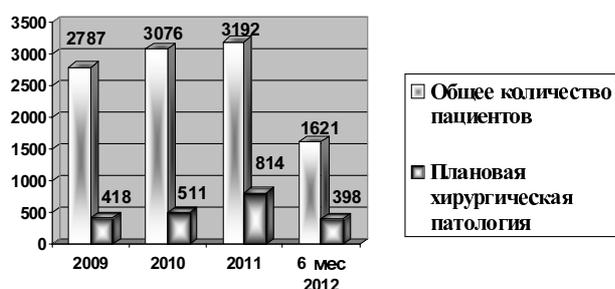
зированной хирургическому лечению, таких как желчнокаменная болезнь, варикозное расширение подкожных вен нижних конечностей, грыжи передней брюшной стенки, доброкачественные образования кожи и подкожной жировой клетчатки. Современный этап диспансеризации пациентов и уровень диагностического обследования в амбулаторных условиях приводит к увеличению выявления доброкачественных образований желудочно-кишечного тракта.

Так на фоне общего увеличения числа пациентов хирургического отделения №1 УЗ «5-я ГКБ» регистрируется увеличение объема оказания плановой хирургической помощи (рис.) и ее доли в структуре пациентов с 15,6% в 2009г. до 25,5% в 2011г.

Из зарубежного опыта следует, что в настоящее время до 40–50% плановых хирургических операций можно выполнить амбулаторно, включая холецистэктомию, целый ряд гинекологических и ортопедических вмешательств (Herzog K.H., 1988; Klug W., 1989; Lee K.J., 1986; Wolcott M.W. et al., 1988). Отчетные данные за последние 20 лет по регионам РФ указывают на то, что до 27% дорогостоящих стационарных коек хирургического профиля занимают больные, которым возможно произвести оказание качественной помощи в амбулаторных условиях.

Развитие хирургических технологий в последние десятилетия направлено на минимизацию объема операционного воздействия на организм и снижение хирургического деструктивного влияния на ткани, что значительно уменьшает послеоперационный болевой период, величину кровопотери, объем послеоперационной лекарственной терапии и количество послеоперационных осложнений. В этой связи прогрессивно развивается эндоскопическая и лазерная хирургия, появляются новые методики диссекции тканей и методы гемостаза. Разработка и внедрение в практическую хирургию этих технологий в конечном итоге направлены на более раннюю послеоперационную реабилитацию больного и более быстрое возвращение пациента домой и к трудовой деятельности, что несомненно является ведущим фактором в оценке качества жизни человека в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. На базе хирургического отделения №1 УЗ «5-я ГКБ» с 2009г. активно внедряются



Количество пациентов хирургического отделения №1 (2009–2012гг.)

стационароразмещающие технологии в концепции центра «хирургии одного дня» интегрированного типа. Перечень выполняемых оперативных вмешательств включает:

1. Диагностические исследования: инцизионная биопсия и т.п.

2. Оперативные вмешательства: грыжесечения по поводу паховых, бедренных, пупочных, небольших послеоперационных грыж; операции Винкельмана и Бергмана по поводу водянки оболочки яичка; обрезания крайней плоти (циркумцизия); операции по поводу варикоцеле, кист семенного канатика и придатка яичка, короткой уздечки крайней плоти; комбинированные методики лечения по поводу варикозного расширения вен нижних конечностей; операции по поводу доброкачественных поверхностных образований; эндоскопическое удаление полипов желудочно-кишечного тракта; удаление инородных тел мягких тканей.

3. Консервативное лечение: новокаиновые блокады; внутривенная, внутриаартериальная инфузионная терапия; внутрисуставное введение лекарственных средств.

Критериями отбора пациентов, обслуживаемых по технологии «хирургии одного дня», служат:

- продолжительность и объем операции, которые не должны превышать возможности адекватного местного обезболивания или кратковременного наблюдения при общем обезболивании;
- прогнозируемый и минимальный риск осложнений в ближайшем послеоперационном периоде;
- сохранность основных функций организма пациента вне зависимости от возраста и тяжести патологии; сопутствующие заболевания органов и систем в стадии компенсации или субкомпенсации;
- пациенты, стабильные в психоэмоциональном состоянии, культурно-социальный статус достаточен для адекватного самоконтроля за самочувствием и соблюдения всех рекомендаций хирурга в послеоперационном периоде.

Противопоказания для использования стационароразмещающих технологий:

- выраженные структурные изменения объекта оперативного вмешательства;
- длительность предполагаемой операции более 2 часов;
- декомпенсация хронических заболеваний.

Основные принципы оперативных вмешательств при использовании стационароразмещающих технологий:

- оперирование в условиях полноценного анестезиологического пособия;
- применение при радикальности менее травматичного способа оперативного вмешательства по принципу «разумной достаточности»;
- использование современных видов шовного и других современных расходных материалов;
- выполнение тщательного гемостаза на всех этапах операции;

Объем основных плановых оперативных вмешательств

| | 2009 | 2010 | 2011 | 6 месяцев 2012 |
|--|-----------|------------|------------|----------------|
| Паховые грыжи | | 41 | 93 | 61 |
| Варикозная болезнь | | 13 | 28 | 25 |
| Доброкачественные опухоли кожи и подкожной жировой клетчатки | | 56 | 73 | 24 |
| Полипы желудочно-кишечного тракта | | 23 | 32 | 24 |
| Всего | 99 | 133 | 226 | 134 |

• динамический контроль в послеоперационном периоде дежурным медперсоналом.

Основные критерии безопасной выписки:

• стабильность основных функций организма больного (стабильная гемодинамика, ориентированность во времени и пространстве, способен одеться и передвигаться без помощи);

• отсутствие ранних послеоперационных осложнений (выраженной тошноты или рвоты, кровотечения, отека мягких тканей);

• умеренный и индивидуально переносимый послеоперационный болевой синдром.

Результаты и обсуждение. Объем основных выполняемых оперативных вмешательств представлен в таблице.

Рост числа центров амбулаторной хирургии связан с несомненными преимуществами этого метода, основными из которых являются медицинские, экономические и социальные. Из медицинских главным преимуществом является существенно меньшая опасность развития госпитальной инфекции. По литературным данным, во всем мире инфекционные осложнения встречаются у 5,9–13,5% пациентов. Отсутствие тяжелых больных и дневное пребывание в условиях амбулаторного центра позволяют избежать этого риска. Интенсивная врачебная помощь в период нахождения дома требуется только 4% пациентов.

За 2009–2012 гг. среди пациентов хирургического отделения №1, обслуженных по технологии «хирургии одного дня», послеоперационных осложнений зарегистрировано не было, не отмечены и повторные госпитализации.

Наряду с явной клинической эффективностью амбулаторного лечения определенного контингента хирургических больных, был получен колоссальный экономический эффект. Экономия финансовых средств складывается из прямой и косвенной экономии. Прямая экономия состоит в повышении оборота койки стационара, в отсутствии дополнительных расходов на нахождение, лечение и питание больных. Косвенная экономия заключается в высвобождении дорогостоящих коек стационара для лечения более тяжелых больных, сокращении очередности на выполнение плановых операций и, вследствие этого, оказании помощи на более ранних стадиях заболевания, предотвращающем развитие более тяжелых форм заболеваний и их осложнений. D.Rich

(Канада) в 2003 году сообщал о годовой экономии 2,29 млрд долл., В.Lemb (Великобритания) в 2002 году – об экономии 1,5 млрд фунтов стерлингов, Ph.Herman (США, 2003) – 2,7 млрд долл.

Годовая экономия средств в хирургическом отделении №1 УЗ «5 ГКБ» за 2011г. составила около 86 млн бел. руб.

Выводы:

1. С накоплением опыта начинают явно вырисовываться преимущества практического внедрения «хирургии одного дня» – это экономия финансовых средств, что актуально при бюджетном финансировании здравоохранения. При широком использовании стационарозамещающей хирургии на национальном уровне освобождаются значительные средства, которые могут быть направлены на дальнейшее финансирование и развитие хирургической службы.

2. Использование стационарозамещающих и современных хирургических технологий приводит к уменьшению числа послеоперационных осложнений, частоты повторных госпитализаций пациентов в стационары хирургического профиля.

3. Технология «хирургии одного дня» обеспечивает более быструю адаптацию и выздоровление пациентов, уменьшая тем самым продолжительность временной нетрудоспособности.

Литература

1. Шахрай С.В. // Медицинский журнал. – 2010. – №2. – С.102–107.
2. Магоматов Р.Х. Стационарозамещающие технологии в лечении хирургических больных: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2008.
3. Адамьян А.А. // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2007. – №1. – С.80–83.

**REALIZATION OF HOSPITAL-SUBSTITUTING TECHNOLOGIES AT SURGICAL DEPARTMENT
S.V.Zaretsky, V.V. Astapenko, D.V. Khmara**

Introduction results of hospital-substituting technologies in the work of the surgical department were described and indications, contradictions as well as patients selection criteria were presented. Medical, economic and social effectiveness in the use of a one-day surgery technology in the work of inpatient surgical departments was proved. Despite the increase in the number of patients, no post-operative complications and recurring hospitalizations were registered. The annual savings at the surgical department amounted to 86 million BYR.