

Поликлиническая модель амбулаторного хирургического центра: проблема обеспечения безопасности пациентов

В.В.ЖДАНОВСКИЙ, В.В.ДАРВИН

The outpatient model of ambulatory surgical centre: the problem of patient safety

V.V.ZHDANOVSKY, V.V.DARVIN

Сургутский государственный университет

Объёмы лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий в амбулаторно-поликлинических учреждениях в силу объективных закономерностей совершенствования системы здравоохранения меняются в сторону существенного увеличения. Особенно актуален этот процесс в наиболее затратной отрасли медицины – хирургии, в которой активно развивается одно из наиболее перспективных стационарозамещающих направлений – хирургия одного дня (амбулаторная хирургия).

Из существующих форм организации стационарозамещающей помощи в хирургии больше всего сложностей возникает при создании поликлинической модели. Организация центра амбулаторной хирургии при поликлинике даже достаточно большой мощности, где нет структуры, идентичной по оснащению уровню квалификации персонала таковой у амбулаторного хирургического центра, осуществляется по существу на пустом месте. Это приводит к существенным финансовым затратам, усложняет решение кадровых и многих других организационных вопросов. Однако, наряду с этим, у поликлинической модели хирургического центра в нынешних условиях есть неоспоримые достоинства, которые стоят тех усилий, которые будут потрачены на его создание.

Изолированность стационара, с одной стороны, усложняет работу центра из-за отсутствия всесторонней поддержки, а с другой – предоставляет свободу для госпитализации всех пациентов, не имеющих противопоказаний для лечения в амбулаторных условиях. Опыт работы нашего Центра показывает, что поликлиника, в составе которой он работает, направляет основную часть (до 70%) его пациентов, а все остальные крупные поликлиники города в структуре больничных комплексов направляют только третью часть (до 30%) пациентов. Если предположить, что наш Центр находился бы при стационаре, возможность для его развития была бы как минимум в два раза меньше. Ситуация объясняется просто. Во-первых, это стремление стационаров любой ценой выполнить план койко/дней, от которого зависит его благополучие. А это закономерно идет в разрез с интересами развития амбулаторной хирургии при больнице. Хорошо отлаженная работа ам-

булаторного центра при больнице заберет на себя существенную часть пациентов и, соответственно, плана койко/дней стационара. Во-вторых, технология хирургии одного дня в нынешних условиях прямо или косвенно экономически не выгодна для стационаров. При оказании стационарных услуг значительную часть их стоимости составляют гостиничные услуги. А по сему, отпустить пациента в тот же день после операции крайне не выгодно; при этом существенно возрастает ответственность хирурга за пациента.

Хрестоматийным, но о нем хотелось бы все же напомнить, преимуществом поликлинической модели является максимальная специализация помещений и персонала, высокий уровень комфортности. В условиях, когда нет за спиной стационара и возможности в любой момент отравить больного на его койку, развитие амбулаторного центра происходит существенно более динамично.

Коллектив вынужден активно профессионально совершенствоваться, искать менее травматичные, а значит более совершенные методики, подходы и технические приемы в лечении пациентов. То есть происходит тот процесс, который англичане называли «стимулом прогресса хирургии в XX веке».

Еще одним преимуществом поликлинической модели является инфекционная безопасность пациентов. Работа центра в структуре поликлиники позволяет избавиться от самого существенного недостатка стационаров – госпитальной инфекции. Для ее формирования в поликлинике просто нет условий: нет тяжелых больных, пациенты находятся на койке всего несколько часов и др.

Однако, основным, и наиболее важным вопросом, возникающим при организации деятельности амбулаторного центра в поликлинике, является организация системы безопасности пациента. Без его решения материальные расходы и усилия по организации поликлинического амбулаторного центра теряют всякий смысл. Причины этого очевидны. В структуре поликлиники нет реанимационного отделения, большого штата опытных сотрудников различных специальностей, готовых оказать при необходимости многие виды квалифицированной и специализированной помощи.

Цель исследования – оценить возможность организации надежной системы безопасности хирургического пациента в условиях поликлиники.

Материал и методы

Проведен анализ деятельности Центра амбулаторной хирургии МУЗ «Клиническая городская поликлиника №1» г. Сургута. За 9 лет деятельности Центра пролечено 6104 пациента, из них консервативно 871 (рис. 1). Произведено 5608 операций различной сложности. Из них по поводу грыж брюшной стенки – 1045, проктологических – 744, при урологической патологии – 458, операций по поводу варикозной болезни вен нижних конечностей – 292, операций при ЛОР-патологии – 1256, операций по поводу доброкачественных опухолей мягких тканей – 1556, прочих операций – 753 (рис. 2). Мировым и отечественным опытом использования технологии хирургии одного дня определены основы ее деятельности. Накопленный нами опыт позволил интерпретировать их для своеобразных условий поликлинического амбулаторного центра. В систему обеспечения безопасности пациентов нашего центра вошли следующие направления.

1. Отбор пациентов по соматическому статусу на основании объективных данных достаточно полного обследования. При всех сомнениях решение принимается в пользу стационара круглосуточного пребывания. Компромиссные решения не допускаются!

Основой деятельности любого центра амбулаторной хирургии является тщательный отбор больных на оперативное лечение. От грамотного его проведения всецело зависит успех лечения как отдельно взятого пациента, так и в целом всей деятельности центра. Мелочей на этом этапе нет и отступлений от установленных правил нельзя допускать ни при каких обстоятельствах.

Ошибки в отборе больных закономерно влекут за собой неудачи в лечении и более тяжелые последствия. Связано это с тем, что врач не имеет возможности наблюдать пациента круглосуточно. Эта наиболее уязвимая сторона амбулаторной хирургии может быть сведена к минимуму только путем тщательного отбора

больных. В этой связи оптимальным является комиссионно принятое решение о лечении в условиях амбулаторного центра.

В условиях амбулаторной хирургии противопоказано лечение больных, нуждающихся в круглосуточном наблюдении после операции, в связи с наличием сопутствующих заболеваний, которые могут осложнить ход операции и течение послеоперационного периода (рис. 3).

В этом плане наиболее обобщенными рекомендациями являются следующие: нельзя оперировать больных с некомпенсированными, субкомпенсированными общесоматическими заболеваниями и даже заболеваниями в стадии неустойчивой компенсации. Прежде всего, это различные варианты хронической ишемической болезни сердца, сердечная недостаточность различного генеза, медикаментозно некорректируемые формы гипертонической болезни, бронхиальной астмы, тромбофилии и прочие.

2. Отбор пациентов по особенностям патологии, требующей хирургического лечения. Подходы меняются в сторону расширения показаний, в зависимости от условий (опыта работы, внедряемых методик, наличия соответствующих специалистов, современного оборудования, расходных материалов и пр.).

Примером из нашего опыта, ярко демонстрирующим этот тезис, могут служить изменения в разные годы показаний для лечения в амбулаторных условиях различных видов паховых грыж. В самом начале работы вполне обоснованно показания ставили только для пациентов молодого и среднего возраста без сопутствующей патологии при наличии небольших грыж. С опытом показания для лечения расширялись, а с освоением герниопластики PHS, UHS появилась возможность лечения пациентов с пахово-мошоночными грыжами больших размеров и в Центре стали оперировать большую часть плановых пациентов с этой патологией (рис. 4).

3. Психологическая подготовка пациентов с целью активного его участия в процессе лечения. Максимально щадящий режим в критические для пациента моменты (доброжелательное отношение и уверенные



Рис. 1. Общее количество пролеченных в Центре пациентов и количество пролеченных консервативно за 2001-2009 гг. (n=6104).

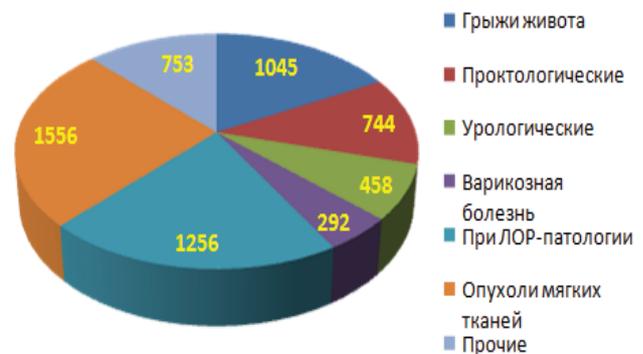


Рис. 2. Общее количество оперированных в Центре пациентов с различной патологией за 2001-2009 гг. (n=5608).



Рис. 3. Количество принятых пациентов и отказов в госпитализации в центр амбулаторной хирургии по сопутствующей патологии за 2001-2009 гг. (n=6673).

действия персонала на всех этапах лечения, подача пациента в операционную в одноразовом стерильном костюме, спокойная музыка во время операции, седативная поддержка, адекватное обезболивание).

Изучение и учет психологических факторов в хирургии актуальна и практически чрезвычайно значимая как для психологии, так и для медицины проблема. В условиях амбулаторной хирургии, к которым общество еще не адаптировано, когда для пациентов привычнее лечение в круглосуточном стационаре, психологическая составляющая в деятельности не просто важна, но часто является определяющей.

Как известно из психологии, в процессе общения передача информации от человека к человеку осуществляется посредством различных знаковых систем: вербальных (речь) и невербальных (жесты, мимика, голос, организация пространства общения, контакт глазами). При помощи невербальной системы передается подавляющее большинство информации. В этой связи для комфортного психологического состояния пациентов важны не столько внешние проявления внимания, сколько внутренняя добросердечность персонала, а также уверенность врачей в успехе лечения. В этой связи проведение отбора больных для лечения, т.е. осуществление первого контакта, необходимо поручать наиболее опытному, ведущему специалисту. Это позволяет в последующем избавиться от значительной части проблем, связанных с психологическим состоянием больного, от которого в большой степени зависит течение реабилитационного периода.

Еще одним важным моментом в этом отношении является организация поступления больного в операционную. По устоявшейся в хирургии многолетней традиции пациент поступает в операционную обнаженным, что создает у пациента ощущение незащищенности. С целью снятия возникающей в связи с этим дополнительной стрессовой нагрузки, мы изменили эту традицию.

Пациент поступает в операционную одетый в стерильный одноразовый костюм. Этот прием создает ощущение комфорта в такой психологически непро-



Рис. 4. Количество пациентов, оперированных по поводу паховых грыж, из них количество пациентов с паховыми грыжами W3 или Тип III за 2001-2009 гг. (n=487).

стой момент и, в то же время, не нарушает принципов асептики и антисептики.

На положительное изменение психологического состояния пациентов также оказали влияние заметное повышение общественного престижа центра, возросшая профессиональная уверенность персонала в своих действиях.

4. Безупречно высокое техническое исполнение операции, использование современных методик и расходных материалов. Отказ от использования дренажей после операции, современные повязки, позволяющие пользоваться без ограничений привычными гигиеническими процедурами уже в первые сутки после операции.

У оперирующего хирурга не должно оставаться сомнений в качестве выполненной операции, а это достигается только многолетним опытом работы. Это обстоятельство диктует необходимость привлечения для работы в условиях использования технологии хирургии одного дня только опытных хирургов со стажем работы если не в амбулаторной хирургии, то в близких разделах хирургии. Это проблема амбулаторной хирургии, которая затрудняет обучение молодых хирургов в условиях амбулаторного центра. С другой стороны, это существенное достоинство амбулаторной хирургии для пациентов – гарантия высокого качества произведенной операции специалистом с большим опытом.

5. Использование при всех видах обезболивания современных местных анестетиков (ропивакаин) дополнительно перед наложением швов на рану, что гарантирует комфортное безболезненное течение послеоперационного периода в наиболее психологически значимые для больного первые сутки.

Использование современных анестетиков позволяет оперировать значительно более широкий круг пациентов, но, помимо этого, продолжительность действия этих препаратов частично решает проблему послеоперационного обезболивания. Наши пациенты в первые часы после операции чувствуют себя достаточно комфортно, не испытывая болевых ощущений и

быстро восстанавливают способность к самообслуживанию.

6. Адекватное и специфическое для однодневной хирургии анестезиологическое пособие, обеспечиваемое специалистами высокой квалификации, позволяет в первые 1-2 часа восстановить способность пациентов к самообслуживанию и передвижению и, соответственно, в запланированные сроки вернуться домой.

Одним из определяющих успех лечения моментом является выбор метода обезболивания. Во многом от грамотного решения этого вопроса зависит возможность ранней активизации пациента и его отправка домой в ближайшие 3-4 часа. Методы обезболивания, применяемые в амбулаторной хирургии, существенно отличаются от таковых в стационаре. Основным их отличием при максимальной безопасности и эффективности является возможность ранней активизации пациентов. Необходимо отметить, что премедикация не должна быть стандартной. Количество препаратов и их дозировки должны быть минимально необходимыми. Любое «утяжеление» премедикации, как при местном, так и при общем обезболивании, сопряжено со сложностями восстановления больного в ближайшие послеоперационные часы и, соответственно, нарушением запланированных сроков отправки домой.

При отсутствии противопоказаний, местная анестезия, в «чистом виде» при кратковременных операциях и в сочетании с седативной поддержкой при более длительных, для амбулаторных целей является «золотым стандартом».

7. Во всех случаях, когда требуется сопровождение в первые послеоперационные часы домой до квартиры под наблюдение родственников, пациента отправляют санитарным транспортом в сопровождении подготовленной медицинской сестры. Одним из непременных условий для проведения операции в амбулаторных условиях является наличие родственников при доставке оперированного пациента домой, т.к. в случае возникновения нежелательных реакций у пациента, ему может понадобиться посторонняя помощь. Тем самым обеспечивается: 1) максимально полный контроль за состоянием больных в первые часы, т.к. именно в этот период наиболее вероятно возникновение нежелательных реакций в организме оперированных пациентов; 2) в случае необходимости, при возникновении осложнений, оказывается необходимая помощь.

8. Обязательным является врачебный «телефонный патронаж» в первые послеоперационные часы и дни пребывания в домашних условиях, и возможность у пациента получения телефонной консультации лечащего врача в любой час первых дней после операции.

В течение всего послеоперационного периода между пациентом и лечащим врачом осуществляется телефонная связь. Пациент имеет возможность в первые часы и сутки в любое время, если возникнет потребность, связаться по телефону с лечащим врачом. Такой возможностью воспользовались лишь 0,7% па-

циентов и ни одного звонка не было в поздние часы, так что за возможность дополнительного беспокойства со стороны пациентов лечащему врачу опасаться, по нашему опыту, причины нет.

Первый плановый «телефонный обход» проводится врачом вечером в день операции, через 3-5 часов пребывания в домашних условиях. Выясняются самочувствие, характер и динамика болевых ощущений, степень физической активности, необходимость и частота приема анальгетиков, наличие сердцебиения, одышки, тошноты. Пациент оценивает состояние повязки и кожи вокруг нее. Уточняется температура тела, наличие и характер стула, мочеиспускания. Больные, склонные к повышению артериального давления, докладывают результаты самоконтроля АД, частоты пульса. Вся полученная таким образом информация фиксируется в медицинской карте больного,

Следующий плановый «телефонный обход» проводится утром на следующий день только после операций по поводу паховых грыж. Оцениваются не только самочувствие, но характер и продолжительность сна, степень физической активности. В течение дня при изменении состояния пациент докладывает об этом по телефону. При необходимости врачом выполняется посещение и перевязка пациента на дому. По нашему опыту необходимость в этом возникает лишь у 4-6 (0,3-0,5%) пациентов в год.

9. Оптимальным является отбор, лечение и наблюдение оперированного пациента одним врачом-хирургом до периода восстановления его трудоспособности.

С этой целью после 6 лет работы в Центре создан поликлинический блок, в котором лечащие врачи ведут прием и продолжают лечить выписанных из дневного стационара больных до полной их реабилитации. Эта система позволяет, с одной стороны, повысить ответственность хирургов за исход операции, стимулирует поиск более совершенных хирургических методик и технических приемов.

С другой стороны, у пациента после выписки есть возможность в любое время обратиться к врачу по любому возникшему вопросу. Тем самым решается проблема анализа отдаленных результатов лечения, в том числе отдаленных.

Результаты и их обсуждение

Правильность отбора пациентов на лечение оценивали количеством переведенных в стационар пациентов. За весь период деятельности в круглосуточный стационар переведено 4 (0,07%) пациента в плановом порядке: в двух случаях в связи с ухудшением состояния по сопутствующей патологии у пациентов с сосудистой патологией, получавшим консервативное лечение, и еще в двух – в связи с развившимися инфекционными раневыми осложнениями. В первые трое суток на 5608 произведенных в Центре операций ни в одном случае не возникла потребность в переводе пациента

в круглосуточный стационар. Частота инфекционных осложнений у наиболее проблемной для амбулаторной хирургии группы больных с грыжами брюшной стенки составила 0,3% на 1118 операций, при этом ни у одного больного не проводилась антибиотикопрофилактика.

Психологи (М.В.Самойлова, 2009) провели исследование смыслового компонента понимания нашими больными таких категорий, как «амбулаторное хирургическое лечение», «стационарное хирургическое лечение», «врач», «больной», «болезнь», а также необходимости лечения. В результате пришли к выводу: психологическими факторами оптимизации процесса реабилитации пациентов амбулаторного центра можно считать качественно иную смысловую структурированность понятия «амбулаторное хирургическое лечение» в противовес понятию «стационарное (хирургическое) лечение», что представлено в текущей семантической ориентировке пациентов амбулаторного центра: 1) позитивной эмоциональной оценкой врача и персонала; 2) активной позицией больных как субъектов и участников процесса выздоровления; 3) уменьшением опасности операции и высоким доверием к эффекту процедуры.

Влияние положительного психологического настроя у пациентов наглядно демонстрируют результаты лечения, в частности, возросшая активность таких пациентов в послеоперационном периоде и существенное сокращение сроков временной нетрудоспособности у оперированных амбулаторных больных, в сравнении с аналогичными больными стационара: $16,4 \pm 4,2$ против $26,5 \pm 3,8$ дней ($p \leq 0,001$). Так, с 4-5-го послеопе-

рационного дня приступили к труду, не связанному с физическими нагрузками, 20,7% больных, перенесших операцию при пупочных грыжах. Приступили к труду, не связанному с физическими нагрузками, сразу после снятия швов (через 7 суток) 6,8% пациентов, перенесших ненапряжную герниопластику по поводу паховых грыж. Еще 9,6% пациентов этой группы были настроены приступить к труду, но, по рекомендации врача, продлили сроки реабилитации.

Многолетний опыт показал, что при соблюдении всех перечисленных условий нет необходимости посещения всех пациентов после операции на дому. Это существенно усложняет работу персонала, не прибавляя гарантии безопасности для пациента, которая обеспечивается всем остальным комплексом мер. Посещение на дому может быть исключением из правила, когда в этом возникает безусловная необходимость.

Так же, безусловно, в любое время должна быть возможность перевода любого пациента в круглосуточный стационар, в тех случаях, когда для этого имеются показания.

Заключение

Таким образом, наш опыт использования предложенной системы обеспечения безопасности пациентов, основанный на более чем 6 тысячах операций с применением технологии хирургии одного дня, убедительно доказывает реальную ее эффективность в условиях поликлиники для лечения большого перечня хирургических заболеваний, демонстрирует целый ряд медицинских преимуществ такого лечения.

Список литературы

1. *Апанасенко Б.Г.* Специализированная амбулаторная хирургия: СПб. 1999: 201–220.
2. *Воробьев В.В. и др.* Организация работы хирургического отделения с дневным стационаром в клинике амбулаторной хирургии. Актуальные проблемы амбулаторной хирургии: сб. 2-й респ. и всеарм. конф.: СПб. 1999; 42–44.
3. *Дергачев С.В. и др.* Принципы отбора и оперативного лечения пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей в амбулаторных условиях. Актуальные проблемы амбулаторной хирургии: сб. 2-й респ. и всеарм. конф.: СПб. 1999: 58–60.
4. *Кутин А.А., Мосиенко Н.И.* Однодневная хирургия. М.: Изд-во РУДН 2000; 199–200.
5. *Лебедев Н.И. и др.* Медико-экономическое обоснование нестационарного хирургического лечения паховых грыж с использованием современных технологий. Современные методы абдоминопластики и герниопластики с применением полимерных материалов: сб. 1-й Междунар. науч. конф. М. 2003; 130.
6. *Новиков К.В. и др.* Выбор метода паховой герниопластики. Аллопластика паховых грыж или традиционная герниопластика: преимущества и недостатки: материалы науч.-практ. семинара. М. 2003: 35.
7. *Потапов Л. В., Рассветаев И.Л.* Развитие методов обезболивания в клинике общей хирургии СПбГМУ за 100 лет (1899–1999 гг.). Ученые записки 1999; 6: 3: 139–140.
8. *Раннев И.Б. и др.* Анализ работы амбулаторных хирургических отделений и перспектива их развития. Здоровоохранение 2005; 11: 36–40.
9. *Рассветаев И.Л. и др.* Анестезиологическое обеспечение амбулаторных хирургических операций. Актуальные проблемы амбулаторной хирургии: сб. 2-й респ. и всеарм. конф.: СПб. 1999: 170–171.
10. *Тимошин А.Д. и др.* Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. М.: Триада-Х 2003; 7–8: 21: 38: 54–59.

Поступила 04.06.2010 г.

Информация об авторах

1. *Ждановский Виктор Владимирович* – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии медицинского института Сургутского государственного университета ХМАО-Югры, декан факультета последипломного образования, заведующий центром амбулаторной хирургии клинической городской поликлиники №1 города Сургута, e-mail: intelligent@mail.ru
2. *Дарвин Владимир Васильевич* – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии лечебного факультета Сургутского государственного университета; e-mail: dvv@mf.surgu.ru