

Оригинальная статья / Original article

Хирургия одного дня: лечение геморроя 3–4-й стадии в условиях дневного стационара поликлиники

М.А. Буриков, <https://orcid.org/0000-0002-5769-8927>, burikovm@gmail.com

А.Г. Куликов , <https://orcid.org/0000-0002-7179-3701>, doc1458@mail.ru

С.В. Савченко, <https://orcid.org/0009-0007-0971-4690>, Lector1967ssr@gmail.com

Ростовская клиническая больница Южного окружного медицинского центра Федерального медико-биологического агентства; 344023, Россия, Ростов-на-Дону, ул. Пешкова, д. 34

Резюме

Введение. «Хирургия одного дня» расширяет возможности оказания хирургической помощи в поликлинике с госпитализацией всего на один день. Это направление в медицине позволяет применять в условиях поликлиники самый эффективный метод лечения геморроя – операцию «геморроидэктомия».

Цель. Обосновать эффективность выполнения операции «геморроидэктомия» пациентам с геморроем 3–4-й стадии в условиях дневного стационара поликлиники по программе «Хирургия одного дня» с ускоренным выздоровлением пациентов.

Материалы и методы. Главным принципом для выполнения операции геморроидэктомии в дневном стационаре является тщательный отбор пациентов. Операцией выбора для лечения геморроя в поликлинике является: закрытая геморроидэктомия с восстановлением слизистой оболочки анального канала (по Парксу – Миллигану – Моргану во второй модификации ГНЦК) под спинномозговой или общей анестезией. За 2 года и 10 мес. в условиях дневного хирургического стационара было выполнено 138 операций. После завершения операции больные переводились в палату и находились там до полной активизации в течение 3–5 ч. Домой пациенты отпускались без сопровождения медицинского работника. Удовлетворенность программой проанализирована проведением анкетирования пациентов на основе 5-балльной шкалы.

Результаты. Сокращены сроки проведения больным плановых операций. После операции геморроидэктомии в раннем послеоперационном периоде отмечено снижение количества осложнений. Отдаленных послеоперационных осложнений нет. Доказан хороший экономический эффект от лечения пациентов с такой патологией в дневном хирургическом стационаре. Общий уровень удовлетворенности программой «Хирургия одного дня» находится на очень высоком уровне (4,82). Результаты подтверждают эффективность этого направления медицины.

Обсуждение. Наш опыт выполнения операций геморроидэктомии в дневном хирургическом стационаре в течение 3 лет подтверждает наличие целого ряда преимуществ перед лечением пациентов в круглосуточном стационаре.

Выводы. Программы «Хирургия одного дня» и ускоренного выздоровления пациентов позволяют лечить пациентов с геморроем 4-й стадии непосредственно в поликлинике и тем самым снижают нагрузку на хирургический стационар.

Ключевые слова: хирургия одного дня, дневной хирургический стационар, программа ускоренного выздоровления пациентов, геморроидэктомия в поликлинике, геморроидэктомия

Для цитирования: Буриков МА, Куликов АГ, Савченко СВ. Хирургия одного дня: лечение геморроя 3–4-й стадии в условиях дневного стационара поликлиники. *Амбулаторная хирургия*. 2024;21(1):91–99. <https://doi.org/10.21518/akh2024-007>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

One-day surgery: treatment of grade 3–4 hemorrhoids in a day patient department

Maxim A. Burikov, <https://orcid.org/0000-0002-5769-8927>, burikovm@gmail.com

Aleksandr G. Kulikov , <https://orcid.org/0000-0002-7179-3701>, doc1458@mail.ru

Sergey V. Savchenko, <https://orcid.org/0009-0007-0971-4690>, Lector1967ssr@gmail.com

Rostov Clinical Hospital of the Southern District Medical Center of the Federal Medical and Biological Agency of Russia; 34, Peshkova St., Rostov-on-Don, 344023, Russia

Abstract

Introduction. “One-day surgery” expands the possibilities of providing surgical care in a polyclinic with hospitalization for just one day. This area of medicine allows you to use the most effective method of treating hemorrhoids in a polyclinic – the operation hemorrhoidectomy.

Aim. To substantiate the effectiveness of performing hemorrhoidectomy surgery in patients with stage 3–4 hemorrhoids in a day hospital of a polyclinic under the program “One-day surgery” with accelerated recovery of patients.

Materials and methods. The main principle for performing hemorrhoidectomy surgery in a day hospital is a careful selection of patients. Closed hemorrhoidectomy with restoration of the anal canal mucosa (by Parks – Milligan – Morgan’s in the second modification of the State Research Center of Coloproctology) under spinal or general anesthesia is the surgery of choice for hemorrhoids treatment in the day patient

department of a clinic. 138 surgeries were performed in the day patient department during 2 years and 10 months. After surgery, patients were placed in the surgical day-patient department wards for 3–5 hours until full activation. Then they were allowed to go home without being accompanied by a medical worker. The satisfaction of patients with the program was analyzed by a survey with a 5-point scale.

Results. The timing of scheduled operations for patients has been shortened. The number of complications after hemorrhoidectomy in the early postoperative period was decreased, without long-term postoperative complications. The treatment of such patients in the surgical day-patient department demonstrated a good economic effect. The overall satisfaction with the one-day surgery program was very high (4.82). The results confirmed the effectiveness of this area of medicine.

Discussion. Our experience of performing hemorrhoidectomy operations in a day surgical hospital for 3 years confirms the existence of a number of advantages over treating patients in a 24-hour hospital.

Conclusions. The “One-day Surgery” and accelerated patient recovery programs expand the possibilities for treating patients with stage 4 hemorrhoids directly in the polyclinic, and thus reduce the burden on the surgical hospital.

Keywords: one-day surgery, surgical day-patient department, accelerated recovery program, hemorrhoidectomy at polyclinic, hemorrhoidectomy

For citation: Burikov MA, Kulikov AG, Savchenko SV. One-day surgery: treatment of grade 3–4 hemorrhoids in a day patient department. *Ambulatornaya Khirurgiya*. 2024;21(1):91–99. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/akh2024-007>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Геморрой является одним из самых распространенных заболеваний человека и наиболее частой причиной обращения к врачу-колопроктологу. Распространенность заболевания составляет 130–145 человек на 1000 взрослого населения, а его удельный вес в структуре заболеваний толстой кишки колеблется от 34 до 41% [1, 2].

Для лечения пациентов с геморроем в амбулаторно-поликлиническом звене применяются консервативные (1–2-я стадия) и малоинвазивные хирургические методы (1–3-я стадия).

При неэффективности консервативных или невозможности применения малоинвазивных хирургических методов пациентам при 3–4-й стадии заболевания с выраженными наружными геморроидальными узлами показана операция «геморроидэктомия». Геморроидэктомия остается одним из самых эффективных методов лечения геморроя [1–3].

Для выполнения операции «геморроидэктомия» пациенты направляются в хирургические и колопроктологические отделения стационара с нахождением в них в послеоперационном периоде от 4 до 7 дней.

«Хирургия одного дня» — направление в медицине, расширяющее возможности оказания хирургической помощи в поликлинике с госпитализацией всего на один день [4].

В СССР с конца 80-х гг. разработана концепция организации стационаров дневного пребывания в больницах, дневных стационаров в поликлиниках и стационара на дому¹.

¹ Об организации стационара (отделений, палат) дневного пребывания в больницах, дневного стационара в поликлинике и стационара на дому от 16 декабря 1987 г. №1278: приказ Министерства Здравоохранения СССР. Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/901807161>; О путях совершенствования организации хирургической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях: приложение №3-1 к решению коллегии Минздрава СССР от 13 февраля 1991 года. Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/901863725>.

В последние годы в России набирает обороты оказание хирургической помощи по программе ускоренного выздоровления пациентов, за основу которой была взята мультимодальная программа «Fast Track Surgery», предложенная датским хирургом профессором Н. Kehlet [5–9].

В наши дни в российском здравоохранении все большее значение приобретают мероприятия, направленные на обеспечение доступности колопроктологической помощи для населения, позволяющие перенаправить ряд сложных операций в поликлиники и уменьшить нагрузку на хирургические стационары, повысить уровень удовлетворенности пациентов и получить экономический эффект за счет снижения затрат на каждого пациента.

Программа ускоренного выздоровления пациентов – это пакет медицинских услуг, подразумевающий современный подход на дооперационном, интраоперационном и послеоперационном этапах ведения пациентов, совокупный результат которого заключается в уменьшении осложнений, послеоперационной боли, стрессовых реакций и дисфункций органов, а также в ранней реабилитации [10–12].

Всем этим требованиям удовлетворяет дневной стационар поликлиники, в котором используется программа «Хирургия одного дня» с ускоренным выздоровлением пациентов.

С 2019 г. в Ростовской клинической больнице ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России внедрена программа «Хирургия одного дня» в сочетании с программой ускоренного выздоровления пациентов в дневном хирургическом стационаре клинко-диагностической поликлиники [13, 14].

Дневной стационар был оснащён операционной наркозной аппаратурой, анестезиологической группой и медицинскими препаратами. С 2021 г. введен в штат врач-колопроктолог, имеющий более 30 лет опыта работы в стационаре.

Для выполнения операции «геморроидэктомия» отбирались пациенты с диагнозом «Хронический комбинированный геморрой 3–4-й стадии».

Цель – обосновать эффективность выполнения операции «геморроидэктомия» пациентам с геморроем 3–4-й стадии в условиях дневного стационара поликлиники по программе «Хирургия одного дня» в сочетании с ускоренным выздоровлением пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Главным принципом для выполнения операции геморроидэктомии по программе «Хирургия одного дня» является тщательный отбор пациентов.

Первичный отбор пациента на операцию проводится врачом-колопроктологом поликлиники на приеме. Обязательно выполняется фиброколоноскопия. Далее все пациенты проходят полное стандартное обследование для стационарного хирургического лечения, включая ЭКГ, флюорографию. Причем в нашей поликлинике пациент затрачивает на это около 30–40 мин. Вторичный отбор – осмотр терапевта и анестезиолога выполняется в день операции, до госпитализации в дневной стационар, по результатам обследования.

Критерии отбора пациентов: отсутствие коморбидной патологии, отсутствие гнойно-воспалительного процесса в параректальных тканях, отсутствие анемии 2–3-й степени, низкая степень риска венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО), согласие пациента к лечению по этой программе, проживание в пределах города.

В случае несоответствия вышеперечисленным требованиям все пациенты направляются в хирургические стационары.

За 2 года и 10 мес. нами были выполнены операции «геморроидэктомия» 138 пациентам.

Пациентов с геморроем 3-й стадии – 9, возраст от 29 до 59 лет (медиана – 35 лет); пациентов с геморроем 4-й стадии – 129, возраст от 20 до 60 лет (медиана – 40 лет).

Распределение пациентов с геморроями по возрасту представлено на рис. 1.

Распределение пациентов с геморроями по полу представлено на рис. 2.

Распределение пациентов по полу и возрасту соответствует среднестатистическим данным с такой патологией.

Операцией выбора для лечения геморроя в условиях дневного хирургического стационара поликлиники по программе «Хирургия одного дня» является закрытая геморроидэктомия с восстановлением слизистой оболочки анального канала (по Парксу – Миллигану – Моргану во второй модификации ГНЦК) под спинальной или общей анестезией [1, 2].

Рисунок 1. Распределение пациентов по возрасту
Figure 1. Age distribution of patients

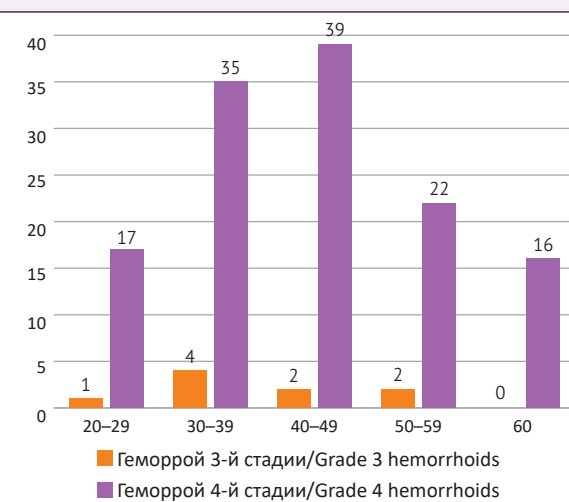
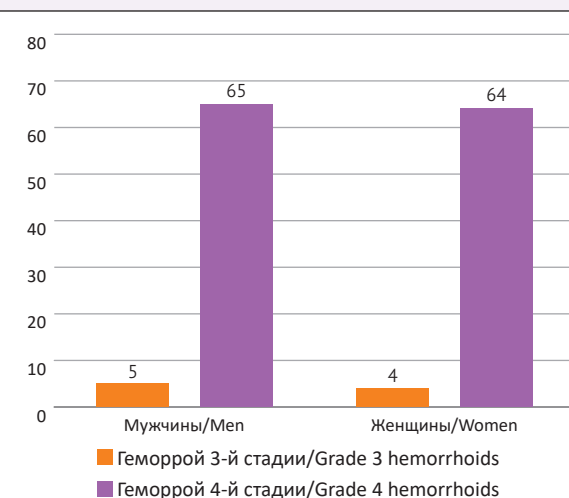


Рисунок 2. Распределение пациентов по полу
Figure 2. Sex distribution of patients



Краткое описание операции: положение пациента на спине; выполняется иссечение трех наружных и внутренних геморроидальных узлов единым блоком с прилежащей кожей и слизистой, последовательно с узла на 3 ч, затем на 7 и 11 ч с прошиванием и перевязкой их сосудистых ножек (шовный материал полигликоolid №2 на атравматичной игле); с целью недопущения формирования стриктуры анального канала между ранами, ушитыми после иссечения однорядным непрерывным швом, оставляем кожно-слизистые перемычки.

После завершения операции больные переводились в палату дневного хирургического стационара и находились там до полной активизации в течение 3–5 ч.

В первый год работы дневного стационара операции выполнялись только под спинальной анестезией.

В дальнейшем стали применять и общую анестезию. В настоящее время мы отдаем предпочтение внутривенной анестезии, поскольку при таком виде у пациента самый короткий период активации, отсутствуют иногда развивающиеся побочные эффекты в виде тошноты, как после комбинированной.

Домой пациенты отпускались без сопровождения медицинского работника, но рекомендовали присутствие родственника. Обязательный контрольный осмотр выполнялся в поликлинике через день после операции и через 7–10 дней для снятия швов. На следующий день мы не просим пациента приходить к врачу на осмотр, поскольку в этот период самый выраженный болевой синдром. Санация анальной области и смена повязки выполняется ими самостоятельно. В телефонном режиме каждый пациент имеет возможность связаться с лечащим врачом и получить консультацию, а в случае необходимости – и осмотр врача в поликлинике. Домой к пациенту не выезжали ни разу.

В послеоперационном периоде рекомендуем пациентам регулярно выполнять санацию анальной области с использованием сидячих ванночек с раствором ромашки и слабительный препарат стимулирующего действия натрия пикосульфат (препарат Регулакс Пикосульфат) в течение 5 дней после операции.

Программа ускоренного выздоровления пациентов состоит из:

1. Дооперационное информирование пациента.

Пациенту рассказываем все о заболевании, о методике хирургического лечения и анестезии, подробно разбираем поведение в послеоперационном периоде. При предоперационном обследовании обязательно дополнительно проводится фиброколоноскопия.

2. Отказ от механической подготовки кишечника перед операцией.

Выполнение клизмы приводит к продленному послеоперационному парезу кишечника. Поэтому мы не рекомендуем выполнять неприятные процедуры накануне операции.

Но учитывая анатомическую область хирургического лечения геморроя, от предоперационной подготовки толстой кишки полностью отказаться нельзя. Предоперационная подготовка кишечника осуществлялась препаратом Макрогол 4000. Рекомендовали применять раствор накануне операции внутрь в дозировке, равной 1 л на 15–20 кг массы тела, с 18:00 ч в течение 2–3 ч.

3. Отказ от предоперационного голодания и раннее энтеральное питание.

Больной не меняет привычный жизненный уклад при подготовке к операции с вечера. Но в течение двух дней до предстоящего хирургического вмешательства

предлагаем соблюдать диету с ограничением клетчатки и продуктов, раздражающих кишечник, за 14 ч до операции прекратить прием пищи, а за 2 ч выпить стакан сладкого чая, что способствует уменьшению чувства голода, жажды, дискомфорта. В раннем послеоперационном периоде в течение первых 3 дней разрешаем пациентам прием полужидкой пищи.

4. Отказ от премедикации.

Для исключения избыточной седации в послеоперационном периоде обезболивание наркотическими анальгетиками не выполняется.

5. Профилактика ВТЭО.

Учитывая, что для госпитализации в дневной стационар проводится строгий отбор пациентов с низкой степенью риска ВТЭО, применяем эластическую компрессию нижних конечностей во время операции и раннюю активизацию больного через 3–5 ч. Степень риска ВТЭО определена в документе «Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбозмболических осложнений ВТЭО (2015 г.)», который регламентирует, что у пациентов, которым выполняются малые операции длительностью не более 60 мин и возраст не старше 60 лет без дополнительных факторов риска, она относится к низкой [15].

6. Антибиотикопрофилактика.

Для периоперационной антимикробной профилактики применяем однократное внутривенное введение Цефазолина 1 г, разведенного в 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида, за 30 мин до операции. Курсовую антибиотикотерапию в послеоперационном периоде не проводим [16].

7. Минимальная интраоперационная травма.

Применяем строгое соблюдение методики закрытой геморроидэктомии с восстановлением слизистой оболочки анального канала во второй модификации ГНЦК [1, 2]. Мазевой тампон в анальном канале не устанавливается.

8. Адекватный инфузионный объем во время операции.

Учитывая непродолжительное по времени хирургическое вмешательство (до 30 мин), объем инфузии минимальный.

9. Достаточное обезболивание в послеоперационном периоде.

Перед уходом пациента из дневного хирургического стационара выполняем внутримышечное введение раствора Кеторолак 60 мг в 2,0 мл или Диклофенак 75 мг в 3,0 мл. Дома рекомендуем при болях прием внутрь таблетированных нестероидных противовоспалительных средств (Индометацин по 25 мг, но не более 75 мг/сут или Диклофенак по 25 мг, но не более 150 мг/сут).

10. Контроль первого самостоятельного опорожнения кишечника в послеоперационном периоде.

У пациентов после геморроидэктомии серьезной проблемой является нормализация акта дефекации и стимуляция работы кишечника. Это обусловлено очисткой кишечника в предоперационном периоде, ограничением приема пищи, болями и спазмом анального сфинктера в послеоперационном периоде. Традиционные очистительные клизмы затруднены из-за наличия ран в анальном канале. Поэтому нами у пациентов после операции геморроидэктомии, выполненной в поликлинике, с успехом был использован слабительный препарат стимулирующего действия натрия пикосульфат (препарат Регулакс Пикосульфат). Это средство в раннем послеоперационном периоде способствовало размягчению каловых масс, ускорению и облегчению дефекации, снижению уровня болевого синдрома. Мы рекомендовали его применение в стандартной дозировке 10–20 капель (5–10 мг) на ночь в течение 3 дней начиная со 2 дня после операции, т. к. осмотические слабительные могут вызывать побочный эффект в виде жидкого стула, что утяжелит течение послеоперационного периода [17–19].

В наше время поиск новых подходов к повышению качества оказания медицинских услуг не обходится без учета мнения пациентов и служит одним из критериев в комплексной оценке деятельности медицинского учреждения, а повышение удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи является одной из главных задач.

Удовлетворенность программой на основе 5-балльной шкалы мы проанализировали проведением анкетирования пациентов, давших добровольное информированное согласие на участие в исследовании и на публикацию данных материалов в журнале. Данное исследование проводилось в соответствии с утвержденным протоколом, этическими принципами Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации. Сбор статистического материала выполнялся сплошным способом на контрольном осмотре в день снятия швов.

Отдаленные результаты хирургического лечения геморроя уточнялись в виде телефонного опроса или осмотра в поликлинике через 1, 6, 12 мес. Задаваемые вопросы: наличие каких-либо жалоб, связанных с хирургическим лечением.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя длительность операции составила 29,8 мин.

История болезни в дневном стационаре на прооперированных больных с геморроями велась в среднем 6,09 дня.

Анестезия при операции "геморроидэктомия" применялась 3 видов: спинальная, внутривенная, комбинированная.

Спинальная анестезия – 64 операции;

Внутривенная – 53 операции;

Комбинированная – 21 операция.

Полная активация пациента и возможность покинуть дневной хирургический стационар наступала:

- после внутривенной анестезии в среднем через 3 ч;
- после комбинированной анестезии в среднем через 4 ч;
- после спинальной анестезии в среднем через 5 ч.

Осложнения после геморроидэктомии в раннем послеоперационном периоде:

1. Выраженный болевой синдром.

Выраженный болевой синдром в течение 3 дней отмечался у 3 пациентов (2,17%). В одном случае был купирован снятием одного шва. В двух других прошел самостоятельно. У остальных – умеренные боли, которые беспокоили 5–9 дней после операции, снимались самостоятельным приемом внутрь таблетированных нестероидных противовоспалительных средств (Индометацин 25 мг до 3 раз в день). Не потребовалось использования наркотических анальгетиков ни в одном из случаев.

2. Кровотечения из послеоперационных ран в анальном канале.

Умеренные выделения крови в первые дни после первого стула отмечались у 5 пациентов (3,62%), но не потребовали ревизии ран с хирургической остановкой кровотечения, а купированы проведением таблетированной гемостатической терапии (Этамзилат 250 мг 4 раза в день в течение 2–3 дней).

3. Воспалительные изменения в области послеоперационных ран анального канала. Умеренные воспалительные изменения отмечались первые 5–7 дней после операции. Не потребовалось антибактериальной терапии ни в одном из случаев.

4. Слабость анального сфинктера и недержание. Такие осложнения после выполненных нами операций не отмечались.

5. Стриктура анального канала. Такое осложнение после выполненных нами операций не отмечалось.

Отдаленных послеоперационных осложнений не отмечено.

Оценивали экономический эффект от лечения пациента в дневном хирургическом стационаре. За счет коэффициента затратоемкости (КЗ) при равных затратах по медикаментам и обследованию экономически целесообразнее выполнять такие операции в дневном стационаре поликлиники.

Анализ случая лечения по клинко-статистической группе (КСГ) «Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)» представлен в табл. 1.

Общий уровень удовлетворенности программой «Хирургия одного дня» очень высок (4,82), что

Таблица 1. Анализ случая лечения по КСГ «Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)»
Table 1. Analysis of a case of treatment according to the CSG “Intestinal and anal surgeries (level 1)”

Профиль медицинской помощи/Medical care profile	КСГ (клинико-статистическая группа)/CSG (Clinical and statistical group)	КЗ (коэффициент затратоемкости)/CIR (cost intensity coefficient)	Тариф, руб./Tariff, rub	Расход медикам., руб. / Medication expenses, rub	Расход параклин., руб./ Paraclinical expenses, rub	Питание, руб./Meal expenses, rub	Разница между полученными и затраченными средствами, руб./Difference between the funds received and spent, rub
Удаление геморроидальных узлов ДС (дневной стационар)/ Hemorrhoidectomy, day department	ds14 001	1,53	23 076	1 000	1 100	0	20 976
Удаление гемор-роидальных узлов СТ (стационар)/ Hemorrhoidectomy, in-patient department	st14 001	0,84	16 508	1 000	1 100	700	13 708

Таблица 2. Уровень удовлетворенности программой «Хирургия одного дня»
Table 2. Satisfaction with the one-day surgery program

№п/п /No	Критерии оценки/Assessment criteria	Коэффициент удовлетворенности/ Satisfaction coefficient
1	Доступность объяснений врача по поводу лечения/Intelligibility of doctor's explanations about treatment	4,90
2	Время, потраченное на обследование/Time spent for examination	4,81
3	Сроки ожидания госпитализации/Time to hospital admission	4,96
4	Доступность информационных материалов/Availability of information materials	4,44
5	Условия (бытовые) пребывания в дневном стационаре/Conditions (household) of stay in the day hospital	4,72
6	Забота и внимание со стороны медицинского персонала/Care and attention from medical staff	5,0
7	Сроки госпитализации/Hospitalization terms	4,96
8	Разъяснения рекомендаций при выписке/Discharge instructions explained	4,85
9	Достижение ожидаемого результата от лечения/Achievement of expected result from treatment	4,74
10	Удовлетворенность программой «Хирургия одного дня»/Satisfaction with the one-day surgery program	4,81
Общий уровень удовлетворенности/General satisfaction		4,82

и подтверждает эффективность этого направления медицины. В ходе анализа результатов исследования получены следующие результаты: пациенты удовлетворены самой программой – 4,81; доступность информационных материалов – 4,44; время, потраченное на обследование, – 4,81; сроки ожидания госпитализации – 4,96; разъяснения врачом по поводу операции и рекомендации в послеоперационном периоде – 4,85; забота и внимание со стороны медицинского персонала – 5,0; условия пребывания

в дневном стационаре – 4,72; достижение ожидаемого результата от лечения – 4,74.

Результаты исследования представлены в табл. 2 (7–10-е сут. после операции).

ОБСУЖДЕНИЕ

Несмотря на то что еще с 1987 г. Министерством здравоохранения СССР были организованы дневные стационары в поликлиниках, а в перечне (от 1991 г.) хирургических вмешательств, которые можно в них

выполнять, указана операция «геморроидэктомия», нам не удалось найти в литературе сообщений о проведении таких операций в поликлиниках РФ. Это может говорить об очень незначительной работе хирургов поликлиник в выполнении в амбулаторно-поликлинических условиях одного из самых эффективных методов лечения геморроя – операции «геморроидэктомия».

Наш опыт выполнения таких операций в дневном хирургическом стационаре в течение 3 лет подтверждает наличие целого ряда преимуществ перед лечением пациентов в круглосуточном стационаре.

В нашей поликлинике время от постановки диагноза «геморрой 3–4-й стадии» и определения показаний к операции до выполнения хирургического лечения в дневном стационаре занимает от 4 до 7 дней. Причем первичный осмотр с назначением даты операции, обследование и лечение происходят в одном здании. У пациентов нет необходимости перемещаться между поликлиникой и стационаром, порой и не один раз, в процессе подготовки. Таким образом, значительно сокращаются сроки проведения больным плановых операций.

Из всех пациентов, которым устанавливается диагноз «геморрой 3–4-й стадии», 40% выявляются по результатам диспансеризации и медицинских осмотров населения. Врач поликлиники имеет возможность сразу обсудить с пациентом необходимость радикального лечения обнаруженной патологии, не допуская развития осложнений, и в случае положительного решения назначить операцию. Таким образом, мы можем еще эффективнее реализовать результаты диспансеризации населения.

Учитывая, что наш дневной хирургический стационар стал забирать на себя определенную часть пациентов, нуждающихся в радикальном лечении геморроя, то, соответственно, нагрузка на круглосуточный стационар снизилась. А это в свою очередь позволяет стационару увеличить количество более сложных операций, уменьшить количество занятых коек и, как следствие, сократить время ожидания пациентами госпитализации в больницу для других оперативных вмешательств.

По результатам нашей работы в течение 3 лет не было выявлено ни одного случая развития в послеоперационном периоде такого осложнения, как нагноение раны. Поскольку пациент находится в дневном хирургическом стационаре в день операции не более 6 ч, а впоследствии приходит на перевязку всего 2 раза, то появление осложнений, развивающихся вследствие госпитальной (внутрибольничной) инфекции, практически исключается.

Основные материальные и финансовые средства были вложены в процессе организации дневного хирургического стационара по закупке необходимого оборудования, инструментария и лицензирования данного вида деятельности в поликлинике. В дальнейшем в процессе лечения, учитывая отсутствие необходимости: содержания круглосуточной койки, оплаты работы медицинского персонала в ночное время, организации питания пациентов, получается значительный экономический эффект. А увеличенный тариф случая лечения по клинко-статистической группе (КСГ) за выполнение операции в дневном стационаре поликлиники по сравнению с круглосуточным стационаром позволяет направить больше денег на зарплату сотрудникам и улучшение материально-технической базы.

«Стационарозамещающие технологии являются более экономичными и эффективными, что важно, т. к. при рано начатом лечении часто удается добиться лучших результатов в более короткие сроки. В медицине при выборе альтернативных методов лечения, приводящих к одному и тому же медицинскому эффекту, предпочтение должно быть отдано более экономичному методу» [20].

Выводы

Программа «Хирургия одного дня» в сочетании с программой ускоренного выздоровления пациентов в поликлинике позволила:

1. Расширить использование дневного стационара поликлиники для хирургического лечения геморроя 3–4-й стадии.
2. Сократить сроки проведения больным плановых операций.
3. Снизить нагрузку на хирургические отделения стационара за счет уменьшения количества таких операций.
4. Уменьшить возможность осложнений, развивающихся вследствие госпитальной (внутрибольничной) инфекции.
5. Получить экономический эффект за счет снижения материальных и финансовых затрат на каждого пациента.
6. Эффективнее реализовать результаты диспансеризации населения.
7. Повысить уровень удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью, в т. ч. и за счет экономии потраченного времени на обследование и лечение.

Поступила / Received 30.01.2024
Поступила после рецензирования / Revised 16.02.2024
Принята в печать / Accepted 11.03.2024

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Шельгин АЮ (ред.). *Колопроктология. Острый и хронический геморрой: клинические рекомендации*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015. С. 30–52. Режим доступа: <https://www.gastroscan.ru/literature/authors/9497>.
2. Шельгин ЮА, Фролов СА, Кашников ВН, Веселов АВ, Москалев АИ, Титов АЮ и др. *Геморрой: клинические рекомендации*. 2020. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/178_1.
3. MacRae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities. A meta-analysis. *Dis Colon Rectum*. 1995;38(7):687–694. <https://doi.org/10.1007/BF02048023>.
4. Нечаев ОИ. Хирургия одного дня — тренд современного здравоохранения. *Здоровье мегаполиса*. 2023;4(4):112–121. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2023.v.4i4;112-121>.
Nechaev OI. Outpatient surgery trend in modern healthcare. *City Healthcare*. 2023;4(4):112–121. (In Russ.) <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2023.v.4i4;112-121>.
5. Затевахин ИИ, Пасечник ИН, Губайдуллин РР, Решетников ЕА, Березенко МН. Ускоренное восстановление после хирургических операций: мультидисциплинарная проблема. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2015;(9):4–8. <https://doi.org/10.17116/hirurgia201594-8>.
Zatevakhin II, Pasechnik IN, Gubaydullin RR, Gubaidullin RR, Reshetnikov EA, Berezenko MN. Accelerated postoperative rehabilitation: multidisciplinary issue. *Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2015;(9):4–8. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/hirurgia201594-8>.
6. Затевахин ИИ, Пасечник ИН. Программа ускоренного выздоровления в хирургии (fast Trak) внедрена. Что дальше? *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. 2018;177(3):70–75. <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2018-177-3-70-75>.
Zatevakhin II, Pasechnik IN. The program of accelerated recovery in surgery (fast track) has been introduced. What's the next? *Vestnik Khirurgii Imeni I.I. Grekova*. 2018;177(3):70–75. (In Russ.) <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2018-177-3-70-75>.
7. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *Br J Anaesth*. 1997;78(5):606–617. <https://doi.org/10.1093/bja/78.5.606>.
8. Kehlet H, Wilmore DW. Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Ann Surg*. 2008;248(2):189–198. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31817f2c1a>.
9. Wilmore DW, Kehlet H. Management of patients in fast track surgery. *BMJ*. 2001;322(7284):473–476. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7284.473>.
10. Затевахин ИИ, Пасечник ИН, Ачкасов СИ, Губайдуллин РР, Лядов КВ, Проценко ДН и др. Клинические рекомендации по внедрению программы ускоренного выздоровления пациентов после плановых хирургических вмешательств на ободочной кишке. *Доктор.Ру*. 2016;12(1):8–21. Режим доступа: <https://journaldoctor.ru/catalog/anesteziologiya/klinicheskie-rekomendatsii-po-vnedreniyu>.
Zatevakhin II, Pasechnik IN, Achkasov SI, Gubaidullin RR, Lyadov KV, Protsenko DN et al. Clinical Guidelines on Implementation of Enhanced-Recovery-After-Surgery Program for Elective Colorectal Surgery. *Doctor.Ru*. 2016;12(1):8–21. (In Russ.) Available at: <https://journaldoctor.ru/catalog/anesteziologiya/klinicheskie-rekomendatsii-po-vnedreniyu>.
11. Мазитова МИ, Мустафин ЭР. Fast track хирургия – мультимодальная стратегия ведения хирургических больных. *Казанский медицинский журнал*. 2012;93(5):799–802. <https://doi.org/10.17816/KMJ1714>.
Mazitova MI, Mustafin ER. Fast track surgery – a multimodal strategy for managing surgical patients. *Kazan Medical Journal*. 2012;93(5):799–802. (In Russ.) <https://doi.org/10.17816/KMJ1714>.
12. Куклин ВН. Анестезия в отделении хирургии одного дня. Обзор литературы. *Вестник интенсивной терапии имени А.И. Саитанова*. 2020;(4):88–98. <https://doi.org/10.21320/1818-474X-2020-4-88-98>.
Kuklin VN. Anesthesia in the surgery department for one day. Literature review. *Annals of Critical Care*. 2020;(4):88–98. <https://doi.org/10.21320/1818-474X-2020-4-88-98>.
13. Буриков МА, Куликов АГ, Кабанов АВ. 3-летний опыт хирургического лечения грыж передней брюшной стенки в условиях дневного стационара поликлиники. В: *Национальный хирургический конгресс – 2022: тезисы*. Москва, 25–27 ноября 2022 г. М.; 2022. Режим доступа: <https://congress.surgeons.ru/anons-nkhk-2022/priem-tezisyov-posmotret-tezisy>.
14. Буриков МА, Куликов АГ. Хирургия одного дня. Лечение грыж передней брюшной стенки в условиях дневного стационара поликлиники. *Московский хирургический журнал*. 2022;(3):43–49. <https://doi.org/10.17238/2072-3180-2022-3-43-49>.
Burikov MA, Kulikov AG. One-day surgery. Treatment for anterior abdominal wall hernias in day patient department of a clinic. *Moscow Surgical Journal*. 2022;(3):43–49. (In Russ.) <https://doi.org/10.17238/2072-3180-2022-3-43-49>.
15. Бокерия ЛА, Затевахин ИИ, Кириенко АИ (ред.). Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбозов и тромбоэмболий. *Флебология*. 2015;9(2):1–52. Режим доступа: https://phlebology-sro.ru/upload/iblock/1bf/1_diagnostika_lechenie-i-profilaktika-venoznykh-tromboembolicheskikh-oslozhneniy.pdf.
Bokeriya LA, Zatevakhin II, Kirienko AI (eds.). Russian clinical guidelines for the diagnosis, treatment and prevention of venous thromboembolic complications. *Phlebologiya*. 2015;9(2):1–52. (In Russ.) Available at: https://phlebology-sro.ru/upload/iblock/1bf/1_diagnostika_lechenie-i-profilaktika-venoznykh-tromboembolicheskikh-oslozhneniy.pdf.
16. Асланов БИ, Зуева ЛП, Колосовская ЕН, Любимова АВ, Хорошилов ВЮ, Долгий АА и др. *Принципы организации периоперационной антибиотикопрофилактики в учреждениях здравоохранения: клинические рекомендации*. М.; 2014. 42 с. Режим доступа: <https://www.nasci.ru/?id=3370>.
17. Белик БМ, Ковалев АН. Современный подход к выбору слабительного средства при хирургических вмешательствах в амбулаторной колопроктологии. *Амбулаторная хирургия*. 2022;19(2):96–105. <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2022-19-2-96-105>.
Belik BM, Kovalev AN. Modern approach to the choice of laxative agent in surgical interventions in outpatient coloproctology. *Ambulatornaya Khirurgiya*. 2022;19(2):96–105. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2022-19-2-96-105>.
18. Белоус СС, Абритцова МВ, Торчуа НР, Богданова ЕМ. Использование пикосульфата натрия в лечении геморроя. *Амбулаторная хирургия*. 2023;20(1):133–139. <https://doi.org/10.21518/akh2023-006>.
Belous SS, Abritsova MV, Torchua NR, Bogdanova EM. The use of sodium thiosulfate in the treatment of hemorrhoids. *Ambulatornaya Khirurgiya*. 2023;20(1):133–139. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/akh2023-006>.
19. Матвеев ИА, Липовой СВ, Козлов МП, Поварнин НН. Пикосульфат натрия в клинической практике хирурга. *Амбулаторная хирургия*. 2023;20(2):135–143. <https://doi.org/10.21518/akh2023-016>.
Matveev IA, Lipovoy SV, Kozlov MP, Povarnin NN. Sodium picosulfate in the clinical practice of a surgeon. *Ambulatornaya Khirurgiya*. 2023;20(2):135–143. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/akh2023-016>.
20. Немсцверидзе ЭЯ, Касапов КИ, Бисеков СХ. Дневной стационар – как новый подход в организации хирургической помощи населению в амбулаторно-поликлинических учреждениях крупного города. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2013;6(34). <http://vestnik.mednet.ru/content/view/524/30>.
Nemstsveridze EYa, Kasapov KI, Bisekov SKh. Day hospital as a new approach towards organizing surgical care in policlinics in large city. *Social Aspects Of Public Health*. 2013;6(34). (In Russ.) <http://vestnik.mednet.ru/content/view/524/30>.

Согласие пациентов на публикацию: пациенты подписали информированное согласие на публикацию своих данных.
Basic patient privacy consent: patients signed informed consent regarding publishing their data.

Вклад авторов:

Концепция статьи – М.А. Буриков
Концепция и дизайн исследования – М.А. Буриков
Написание текста – А.Г. Куликов, С.В. Савченко
Сбор и обработка материала – А.Г. Куликов, С.В. Савченко
Обзор литературы – А.Г. Куликов
Анализ материала – А.Г. Куликов, С.В. Савченко
Статистическая обработка – А.Г. Куликов
Редактирование – М.А. Буриков
Утверждение окончательного варианта статьи – М.А. Буриков, А.Г. Куликов, С.В. Савченко

Contribution of authors:

Concept of the article – Maksim A. Burikov
Study concept and design – Maksim A. Burikov
Text development – Aleksandr G. Kulikov, Sergey V. Savchenko
Collection and processing of material – Aleksandr G. Kulikov, Sergey V. Savchenko
Literature review – Aleksandr G. Kulikov
Material analysis – Aleksandr G. Kulikov, Sergey V. Savchenko
Statistical processing – Aleksandr G. Kulikov
Editing – Maksim A. Burikov
Approval of the final version of the article – Maksim A. Burikov, Aleksandr G. Kulikov, Sergey V. Savchenko

Информация об авторах:

Буриков Максим Алексеевич, д.м.н., заведующий хирургическим отделением, Ростовская клиническая больница Южного окружного медицинского центра Федерального медико-биологического агентства; 344023, Россия, Ростов-на-Дону, ул. Пешкова, д. 34; burikovm@gmail.com

Куликов Александр Геннадьевич, заведующий хирургическим отделением клинко-диагностической поликлиники, Ростовская клиническая больница Южного окружного медицинского центра Федерального медико-биологического агентства; 344019, Россия, Ростов-на-Дону, ул. 1-я линия, д. 6; doc1458@mail.ru

Савченко Сергей Витальевич, врач-колопроктолог клинко-диагностической поликлиники, Ростовская клиническая больница Южного окружного медицинского центра Федерального медико-биологического агентства; 344019, Россия, Ростов-на-Дону, ул. 1-я линия, д. 6; Lector1967ssr@gmail.com

Information about the authors:

Maksim A. Burikov, Dr. Sci. (Med.), Head of the Surgical Department, Rostov Clinical Hospital of the Southern District Medical Center of the Federal Medical and Biological Agency of Russia; 34, Peshkova St., Rostov-on-Don, 344023, Russia; burikovm@gmail.com

Aleksandr G. Kulikov, Head of the Surgical Department at Clinical and Diagnostic Clinic, Rostov Clinical Hospital of the Southern District Medical Center of the Federal Medical and Biological Agency of Russia; 6, 1 Line St., Rostov-on-Don, 344023, Russia; doc1458@mail.ru

Sergey V. Savchenko, Coloproctologist, Surgical Department, Clinical and Diagnostic Clinic, Rostov Clinical Hospital of the Southern District Medical Center of the Federal Medical and Biological Agency of Russia; 6, 1 Line St., Rostov-on-Don, 344023, Russia; Lector1967ssr@gmail.com