

АКТУАЛЬНЫ ЛИ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА?

Дегтярев Ю.Г., Дардынский А.В., Хомич В.М.

Белорусский государственный медицинский университет¹

УЗ «1-я городская клиническая больница»²

В странах с различными историческими, политическими и культурными традициями на протяжении долгого времени складывались различные структуры организации, финансирования и предоставления медицинских услуг. Системе здравоохранения приходится приспосабливаться к изменениям в составе населения, к картине заболеваемости. Данная проблема с особой остротой встала сейчас перед отечественным здравоохранением, так как оно в последнее время функционирует в условиях постоянных финансовых ограничений. «Здравоохранение – безусловный приоритет бюджетной политики. Однако возможности наращивания ее бюджетного финансирования заметно сужаются. Для отрасли характерно ухудшение структуры расходов – снижение доли капиталовложений в пользу текущего финансирования деятельности. Рост заработной платы в экономике влечет за собой необходимость повышения оплаты труда в бюджетном секторе. В результате меняется структура расходов отрасли – снижаются расходы капитального характера, возрастают текущие» [1].

На сегодняшний день стационарзамещающую технологию в хирургии следует представлять не только как сферу деятельности специалистов-хирургов, а как особую идеологию лечебного процесса, требующую нового систематизированного подхода к принципам организации хирургической помощи в целом. В отечественной медицинской литературе достаточно много уделяют внимания стационарзамещающим технологиям у взрослых пациентов [2]. Нам представляется интересным рассмотреть возможности и перспективы применения этого раздела хирургии в детском возрасте.

Госпитализация является одной из основных стрессовых ситуаций для детей, особенно младшего возраста. Страх разлуки с родителями, отсутствие жизненного опыта, потеря контроля ситуации, неизвестные манипуляции и процедуры, ожидание чего то непонятного, послеоперационная боль, введение обезболивающих препаратов и даже один вид иглы - являются источниками детских отрицательных реакций. Эмоциональными ответами на госпитализацию являются: беспокойство, печаль, страх, одиночество, гнев, искажение образа тела. Дети испытывают страх потери контроля над функциями собственного организма. Трудно представить и определить степень беспокойства ребенка, что в дальнейшем несомненно скажется на его психологическом статусе. Поэтому амбулаторная хирургия преследует цель уменьшения негативных факторов больничного окружения для ребенка,

устранения нарушения привычного уклада жизни, психологической депривации, риска назокомиальной инфекции.

В Республике Беларусь клинические протоколы диагностики и лечения детей общехирургического профиля определены в приложении к приказу МЗ РБ 27.09.2005 г. № 549 - Протоколы детская хирургия.

Проведен анализ количества койко/дней при наиболее распространенной патологии – паховой грыже (шифр МКБ К40). В течении года в ДХЦ 1 ГКБ г. Минска оперируется около 500 детей с данной патологией. Продолжительность стационарного лечения при данной нозологии по национальному протоколу в соответствии с приказом составляет 5 дней.

Отделение плановой хирургии (хирургии № 2) развернуто на 40 коек. В 2012 г. в отделении пролечено 2024 больных. Прооперирован 1431 ребенок, выполнено 1579 операций, из их 91 – «полостная». Хирургическая активность составила 70,79%.

Средний койко-день при лечении паховой грыжи составил в 2009 – 5,98, в 2010 – 4,78, в 2011 – 4,22, в 2012 – 3,9.

Среди этой группы детей в 2012 году можно выделить две группы: 1 - (15%), находилась на лечении 1 - 2 дня, и вторая находившаяся 5-7 дней. Осложнений при лечении пациентов не было.

По отделениям детской хирургии в районных и областных центрах средний койко-день при паховых грыжах составил в 2012 году в Бобруйске - 7,8, Витебске - 7,0. Вероятно, необходимостью данного срока лечения являются большие расстояния между отделением и местом жительства пациента и невозможностью наблюдения пациента в домашних условиях.

Обращает на себя внимание, что в 2009 в ДХЦ при среднем койко-дне 5,98 очередь на плановые операции составляла 5-6 месяцев. В настоящее время при койко-дне 3,8 – менее месяца. По нашему мнению нуждаются в доработке клинические протоколы диагностики и лечения детей обще-хирургического профиля. Следует ввести и соблюдать единые современные стандарты оказания медицинской помощи.

Считаем, что проведение операций под общим обезболиванием у детей возможно лишь в условиях специализированного центра при наличии высококвалифицированных детских хирургов и анестезиологов-реаниматологов. Риск анестезиологического вмешательства в амбулаторной хирургии на порядок превышает риск операции. По нашему мнению у детей ни в коем случае нельзя выполнять операции в поликлинике.

В качестве примера можно представить работу отделения детской хирургии и пересадки органов Польского центра здоровья г. Варшава за 2011 год. Развернуто стационарных 40 коек. Работают 18 врачей. Клиника является базой для усовершенствования специалистов - детских хирургов. Госпитализировано в стационарное отделение 2700 человек. Выполнено 1745 «полостных» операций, включающих лапаротомию, торакотомия, лапароскопию (оперативная активность 65%). За год выполнено 40 пересадок родственной печени детям, 48 пересадок почек.

Отделение «амбулаторной хирургии» на 5-7 коек развернуто отдельно на 1 этаже 12 этажного центра. Структурно представляет собой операционную с совмещенной пред-и послеоперационной палатой. Койки в ней находятся при наличии пациента, если ребенка нет – кровать находится в коридоре. Основное преимущество состоит в том, что разделены потоки больных. Дети разных групп («стационарные» и «амбулаторные») не контактируют между собой, т.е. уменьшается риск внутрибольничного инфицирования. За 2011 год выполнено 756 амбулаторных операций - 100% операционная активность. Проводятся операции: грыжесечения, циркумцизио, удаление гемангиом, биопсии слизистой прямой кишки, введение ботулотоксина для снятия спазма мышц наружного анального сфинктера.

Преимущества:

1. Дневная хирургия - безопасная и удовлетворяющая интересы родителей и пациентов, и может быть рекомендована как метод выбора хирургической помощи детям при «малой» хирургической патологии. Длительная госпитализация детей для плановых, не требующих специальных методов наблюдения хирургических операций в условиях крупного города является расточительной. Причиной более длительной госпитализации могут быть социальные факторы: неблагополучие в семье, невозможность обеспечить послеоперационный уход (дети из детских домов), неблагополучных, асоциальных семей.

2. Считаем, что проведение операций возможно лишь в условиях специализированного центра при наличии высококвалифицированных детских анестезиологов-реаниматологов.

4. Помимо неоправданного расхода ресурсов, длительное пребывание чревато развитием и распространением внутрибольничной инфекции. Частота респираторно-вирусной инфекции возрастает с увеличением срока госпитализации детей и после 6-8 дня пребывания в стационаре составляет 40% и более. Всего этого удастся избежать при кратковременном пребывании в стационаре 1-2 дня.

Основная цель сокращения продолжительности госпитализации кроме экономии средств, уменьшение негативных факторов больничного окружения для ребенка, нарушение а) привычного уклада жизни, б) психологической депривации, в) риска назокомиальной инфекции.

Литература:

1. Ермолович М. Финансирование социальной сферы: подходы к реформированию//Финансы, учет, аудит. – 2012.- № 3. - С.23-27.

2. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18.02.2010 N 166 "Об организации медицинской помощи пациентам с хирургическими заболеваниями в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения и хирургических отделениях больничных организаций здравоохранения (с краткосрочным пребыванием пациентов)"