

О. А. Короп

*Харківська медична академія
післядипломної освіти*

© О. А. Короп

РОЗВИТОК АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОЇ ХІРУРГІЇ

Резюме. У статті наведений сучасний погляд на розвиток амбулаторно-поліклінічної хірургії у системі надання лікувально-профілактичної допомоги населенню. Сучасна охорона здоров'я України, за даними багатьох авторів, спрямована на оптимізацію і удосконалення діяльності хірургічної служби шляхом розвитку стаціонаро-замінюючих форм надання медичної допомоги населенню та впровадження ендоскопічних та малоінвазивних методів оперативного лікування. Історія виникнення і становлення амбулаторної хірургії свідчить, що безперечно економічну і соціальну вигоду може принести створення адекватної системи лікування хворих хірургічного профілю в амбулаторних умовах.

Ключові слова: *амбулаторна хірургія, лікувально-профілактична допомога, амбулаторно-поліклінічні заклади.*

Поліклініка (амбулаторія) є основною ланкою в системі надання лікувально-профілактичної допомоги населенню. Хірургія, як і вся медицина, зародилася і тривалий час існувала в амбулаторних умовах [7].

Проведення хірургічних операцій в амбулаторних закладах із ранньою випискою пацієнтів (хірургія денного стаціонару) почалося ще наприкінці XIX століття і вперше описано Long C. (1842) і Morton W. (1846) у США, що було обумовлено рядом чинників: розвитком і впровадженням у практику загального знеболення (що є умовою необхідності залишати пацієнта під наглядом лікаря на тривалий період), розширенням обсягу оперативної хірургічної допомоги (операції на органах черевної порожнини, грудної клітини і ряд інших призводять до тимчасових порушень діяльності органів і систем, які вимагають післяопераційного лікування в стаціонарі), досягненням хірургічної науки з питань асептики і антисептики (відповідний режим можливо створити тільки в умовах стаціонару), розширенням показань і звуженням протипоказань до оперативного лікування при різних захворюваннях, необхідністю складного технічного забезпечення при проведенні певної кількості операцій (що можна досягти тільки в стаціонарі). Усі ці чинники обумовили розподіл хірургії на «малу» (амбулаторно-поліклінічну) і «велику» (стаціонарну) [23, 61]. У зв'язку з тим, що стаціонарне лікування пов'язане зі значними матеріальними витратами, в 50-і роки XX століття в США, а потім і в інших країнах із розвинутою системою страхової медицини накреслилася тенденція до зростання оперативної активності в амбулаторно-поліклінічних закладах. У 1980 році в США були опубліковані дані щодо проведення 200 000 «великих» (стаціонарних) операцій в амбулаторних умовах.

J. H. Nicoll [51] був одним із перших, хто поставив під сумнів старе правило про необхідність тривалого постільного режиму після операції. Автор також звернув увагу на економічний аспект лікування хворих в амбулаторно-поліклінічних закладах, він установив, що операція, проведена в амбулаторних умовах, коштує в 10 разів дешевше, ніж така ж операція в хірургічному стаціонарі.

У подальший період з'явилася велика кількість повідомлень про переваги раннього звернення до

лікаря (від чого залежить ефективне проведення операції в денному стаціонарі) і про шкоду тривалого постільного режиму [17, 25, 57, 64]. Ще 1946 року D. T. Leithauser [44] опублікував в США монографію про переваги хірургічного лікування з ранньою активізацією хворих, але ще багато хто в медичних колах був проти використання хірургії денного стаціонару. Хірурги через провідні європейські хірургічні журнали виступили з різко негативною оцінкою даного лікувального підходу.

Проте розвиток методу лікування хворих хірургічного профілю в амбулаторно-поліклінічних умовах продовжувався і хірурги США на практичних прикладах доводили, що при виписці пацієнта в перший день після операції було менше післяопераційних ускладнень у порівнянні з традиційною випискою на 7-й і 14-й дні. Про це ж свідчив практичний досвід E. L. Farquarson [34] — для хірургії денного стаціонару було доцільним «правильний вибір хворих, тісна взаємодія з практикуючим лікарем і ніяких обмежень за віком». У 60-і роки XX століття формувались основні погляди і принципи сучасної амбулаторної хірургії. У 1964 року в журналі «Lancet» була опублікована стаття, в якій вперше використано термін «одноденна хірургія» («one day surgery», який в подальшому став основним при описанні проведення хірургічних операцій в амбулаторних умовах [43].

W. Dornette [31] у статті, що присвячена плануванню госпітального хірургічного дня, вперше запропонував створення незалежного «центру хірургії денного стаціонару». У 1974 році американські анестезіологи W. Reed і J. Ford [56] реалізували його ідею. За невеликий період часу в створеному ними Центрі амбулаторної хірургії було проведено близько 5 700 оперативних втручань. У 1976 році в США були зареєстровані вже 67 таких центрів. Через десять років після відкриття першого амбулаторного хірургічного центра американські хірурги вважали що приблизно 40—50% усіх хірургічних втручань можуть бути проведені в амбулаторних умовах [24]. До кінця 1987 року в США було організовано вже 865 таких центрів. За п'ятирічний період кількість хірургічних операцій, проведених в амбулаторних центрах денного стаціонару, склала 1,5 млн. Поява в арсеналі хірургічної допомоги лазерних і ендоскопічних хірургічних інструмен-



тів, а також сучасних методів знеболення дозволяло все більше процедур проводити в амбулаторно-поліклінічних умовах. До кінця 80-х років кількість амбулаторних хірургічних центрів в США збільшилась до 1250, в яких щорічно проводилося близько 2,5 млн операцій [32].

Довгі черги хворих, які очікували на проведення операції, сприяли створенню амбулаторної хірургічної служби в Англії, Шотландії, Німеччині Бельгії і Голландії. У 80-ті роки кількість операцій, виконаних у денних хірургічних стаціонарах багатьох європейських країн, зросла до 10 млн і співвідношення оперативних втручань, які проводились в амбулаторних умовах і стаціонарах змінилось з 1:3 до 3:4 [41, 48, 61].

В Україні починаючи з 1980 року також організувалися центри поліклінічної хірургії (в Києві, Львові, Кременчуку, Сумах і багатьох інших містах). Удосконалення амбулаторної хірургії було обговорено на XXXI Всесоюзному з'їзді хірургів СРСР, на 20-му пленумі правління Всесоюзного товариства хірургів, XVI з'їзді хірургів Української РСР [12], де була підкреслена необхідність інтенсивного використання ліжкового фонду і рекомендовано організовувати при стаціонарах й поліклініках «стаціонари одного дня», оскільки зменшення тривалості перебування хворого в стаціонарі на 1 день дозволило б збільшити число ліжок в країні на 22000 [2, 8]. На основі закордонного і вітчизняного досвіду якості та ефективності амбулаторно-поліклінічної хірургічної допомоги населенню Міністерство охорони здоров'я України в 1993 році видало наказ про організацію відділень (центрів) «хірургії одного дня» на базі поліклінік [11], оскільки поліклініка (амбулаторія) є основною ланкою в системі надання лікувально-профілактичної допомоги населенню [3, 4, 5, 10], де починають і закінчують лікування близько 80 % хворих [9].

Сучасна охорона здоров'я України спрямована на оптимізацію і удосконалення діяльності хірургічної служби шляхом розвитку стаціонаро-замінюючих форм надання медичної допомоги населенню та впровадження ендоскопічних та малоінвазивних методів оперативного лікування [1, 6].

Щодо юридичних аспектів розвитку методу амбулаторної хірургії, то важливу роль в його розповсюдженні відіграв розвиток законодавства в охороні здоров'я. У 1980 році в США перелік хірургічних маніпуляцій, що проводилися в центрах амбулаторної хірургії, було затверджено в одному з розділів федерального закону. Це послужило початком офіційного визнання методу стаціонарозамінюючих технологій в хірургічній практиці. У 1986 році Конгрес США прийняв білл Дюренберга — закон про якість амбулаторної хірургії. Результатом дії цього закону з'явилося формування керівництва, яке було затверджено Міністерством охорони здоров'я США, та постійним розширенням кількості хірургічних процедур, які проводяться в амбулаторних умовах [32]. Медична служба Збройних сил США випустила інструкцію з одноденної хірургії, в якій затверджувалося проведення 400 видів оперативних маніпуляцій в амбулаторних хірургічних центрах [49].

У той же період Королівський коледж Великобританії опублікував основні напрями розвитку хірургії денного стаціонару з рекомендаціями її практичного впровадження і пропозицією направляти засоби бюджету на охорону здоров'я, які звільнились в результаті діяльності амбулаторних хірургічних центрів, на створення нових аналогічних центрів [58].

У Германії закон про впровадження в практику охорони здоров'я амбулаторних хірургічних центрів був затверджений на урядовому рівні в 90-х роках. За результатами діяльності амбулаторної хірургічної служби протягом 3 років були опубліковані перші організаційні висновки, незважаючи на великий обсяг операцій, що проводилися в центрах амбулаторної хірургії, кількість оперативних втручань в госпіталах істотно не зменшилася і залишилася практично на колишньому рівні, проте змінився профіль стаціонарної хірургічної допомоги — операції виконувалися з приводу більш тяжкої і ускладненої хірургічної патології [36].

Залежно від того, наскільки добре була організована амбулаторна хірургічна служба в тій чи іншій країні, досить швидко змінювалось відсоткове співвідношення операцій, які виконувалися в амбулаторних центрах, до загальної кількості операцій, що проводилися в умовах хірургічного стаціонару. На початку організаційних змін в структурі хірургічної допомоги (наприкінці 90-х років) обсяг операцій в амбулаторних умовах в різних країнах складав 10—20 % від загальної кількості проведених оперативних втручань [24, 47, 62]. За подальші 7—8 років їх кількість збільшилася в 3—4 рази і досягла 30—60 % від загальної хірургічної активності [39, 55, 60].

Аналізуючи організаційні форми центрів амбулаторної хірургії, які існують в міжнародній практиці, треба зазначити, що між ними існують певні відмінності. Основними типами організаційних форм «хірургії денного стаціонару» є інтегровані, відособлені, сателітний та ізольований. Розповсюдження того чи іншого типу залежить від національного менталітету, особливостей організації хірургічної допомоги, механізму інвестування охорони здоров'я.

В Англії більшість центрів амбулаторної хірургії функціонують на основі госпітальної державної служби [18, 19, 41, 42, 48]. У США дві третини з організованих амбулаторних центрів працюють самостійно. Та частина, що залишилась поділяється на госпітальну власність та власність страхових компаній. Зазначено, що загальне число амбулаторних операцій, що проводяться в американських госпіталах, менше, ніж в окремо розташованих амбулаторних хірургічних центрах з незалежним управлінням [24, 32].

У Франції в державних госпіталах функціонують понад 1500 ліжок амбулаторної хірургії, з яких 80 % належать до госпітальної служби і 20 % — до окремого спеціального департаменту [14, 23, 40].

Іспанські хірурги були одними з перших, хто впровадили і підтримали амбулаторні хірургічні центри. Вони прорахували ефективність впровадження цього методу при проведенні операцій

середнього рівня тяжкості і встановили, що при лікуванні однакових груп пацієнтів зі всіма іншими рівними умовами, але в різних організаційних структурах — стаціонарній і амбулаторній, частота післяопераційних ускладнень і смертності значно нижче при проведенні цього лікування за схемою «хірургії одного дня». Отриманий за десятирічний період практичний досвід привів хірургів Іспанії до висновку про необхідність реорганізації амбулаторних хірургічних підходів і формування їх поза звичайними хірургічними стаціонарами, але на базі функціонуючого багатопрофільного клінічного госпіталю [39].

Специфічний досвід амбулаторної хірургії, що був представлений в роботах італійських хірургів та успіх поліклінічних госпіталів, дозволили значно підняти рівень санації пацієнтів із хірургічною патологією. В умовах денного стаціонару почали проводити хірургічне лікування варикозної хвороби. Протягом двох років роботи була значно підвищена хірургічна активність (з 34 до 98%) і зменшилась вартість кожної операції [27, 59]. Зростання числа центрів амбулаторної хірургії, на думку багатьох авторів, пов'язано з кількома причинами: медичними перевагами, економічною вигодою та підтримкою пацієнтів.

Медичні переваги використання методу амбулаторної хірургії висвітлені в роботах багатьох авторів. Серед цих переваг виділені як найбільш значущі — скорочення витрат із розрахунку на одного пацієнта [29], задоволення пацієнтів щодо зменшення кількості післяопераційних ускладнень та економії коштів [16, 26, 30, 35, 47, 50, 52, 54, 55, 63], накопичення ресурсів за рахунок економії, зменшення числа хворих, які очікують черги на операцію [53], зниження ризику післяопераційного венозного тромбозу, скорочення терміну непрацездатності і зменшення витрат на лікування [20, 22, 27, 59], однакова частота виникнення ускладнень як і у госпіталізованих хворих [38], мінімальний емоційний розлад, менший ризик розвитку інфекції та зниження витрат [15, 28, 41, 46, 50], надійність, вивільнення ліжок у стаціонарі, відсутність необхідності у збільшенні числа ліжок у лікарні [45].

Економічними перевагами амбулаторної хірургії, на думку багатьох авторів, є фінансові заощадження [13, 16, 18, 19, 35, 60, 64]. Підраховано, що якщо їх екстраполювати на національний рівень, вивільнитимуться значні кошти, які можуть бути асигновані на нові центри денного стаціонару або на інші потреби медичного обслуговування.

Чинники які впливають на економічну ефективність хірургії денного стаціонару, такі: зниження витрат, економія фінансів; зменшення числа пацієнтів, які чекають черги на операцію, збільшення кількості вільних ліжок у госпіталах [33, 37, 55, 63]. Крім того, планування операцій при хірургії денного стаціонару дозволяє ефективно використовувати операційну, що додатково знижує вартість лікування з розрахунку на одного пацієнта. Економістами Великої Британії підраховано, що неефективне використання операційних (до 50—60% робочих годин) призводить до втрати 150 млн фунтів стерлінгів [18].

У США запланована економія від використання методу хірургії денного стаціонару у 1987 році становила 11,5 млн доларів і 17 726 госпітальних днів [28]. В Ізраїлі ще в 1984 році було підраховано, що середня вартість одного дня лікування в денному стаціонарі — 117 доларів США, в госпіталі — 151 долар США [55]. Ця різниця забезпечила річну економію понад 60 000 доларів США. У цілому, за даними різних авторів, заміна амбулаторною хірургією оперативного лікування в стаціонарних умовах знижує загальні витрати з розрахунку на одного хворого на 50—60%, що цілком пояснює ентузіазм страхових лікарняних кас і національних міністерств охорони здоров'я в підтримці методу. Хірурги, що мають досвід амбулаторної роботи і які оцінюють його ефективність, вносять свої зауваження — економічну ефективність можна оцінювати тільки в тому разі коли є всі умови для адекватної заміни стаціонарного лікування центрами денного стаціонару [47].

Підтримка і визнання пацієнтами обговорюваних медичних підходів «встигає» за медичними перевагами. Хворі вважають амбулаторні хірургічні центри за комфортабельні і пристосовані до їх потреб. Техніка проведення операцій в денному стаціонарі, що дозволяє повернутися додому того ж дня в знайому обстановку, оцінена пацієнтами як така, що сприяє одужанню і зменшує ризик інфікування і втрати працездатності. Найпозитивніше розцінена ситуація, при якій хворі, які видужують після селективної хірургічної операції не мають знаходитися в госпіталі, де паралельно проводиться лікування пацієнтів у тяжкому стані [16, 21, 39, 63].

Таким чином, амбулаторні хірургічні центри набувають рівня високої якості медичного обслуговування, яка все більше зростає. Запланована система лікарської діяльності дозволяє ефективно використовувати робочий час, відпадає необхідність чергувань ночами і роботи у вихідні дні. Процес впровадження хірургії одного дня має підтримку пацієнтів і їх родин, що оцінили зручність швидкого повернення додому після проведеної операції. Переваги хірургічних втручань у денному стаціонарі дозволили таким чином описати концепцію даного методу: «це один з окремих випадків в житті, коли виграють всі — менше роботи, краще одужання менше витрат [35].

Хірургічна служба — найбільш коштовна зі всіх видів лікувальної допомоги. Історія виникнення і становлення амбулаторною хірургії свідчить, що безперечно економічну і соціальну вигоду може принести створення адекватної системи лікування хворих хірургічного профілю в амбулаторних умовах. Медичні професії і служба охорони здоров'я в цілому з великим небажанням і дуже повільно відступають від традиційних, добре перевірених методик. Для багатьох випадків це добре — старе часто буває кращим. Але коли все говорить про переваги нового напрямку, хотілося б сподіватися, що воно буде широким і швидко впроваджуватися ради користі пацієнтів і непрямою економічною перевагою для всіх останніх.



ЛІТЕРАТУРА

1. Андрієнко М.М. Стационарозамінюючі технології — основа реформування лікувально-діагностичної бази військової охорони здоров'я. Огляд літератури / М.М. Андрієнко // Сучасні аспекти військової медицини: зб. наук. праць Головного військ.клініч.госпіталю МО України. — К.: Медінформ, 2006. — С. 326—330.
2. Ахметов И.Ш. Интенсификация и повышение эффективности хирургической службы путем совершенствования системы — поликлиника-стационар-дом в условиях многопрофильной больницы, объединенной с поликлиникой / И.Ш.Ахметов // Вестн. хирургии им. И.И.Грекова. — 1990. — №5. — С. 112—114.
3. Гостищев В.К. Общая хирургия / В.К.Гостищев. — М.: Медицина, 1997. — 672 с.
4. Густилин С.А. О некоторых путях совершенствования процесса управления поликлинической службой города / С.А.Густилин, А.А.Ригина // Актуал. пробл. подгот. руковод. кадров здравоохран. и соверш. первичной мед.-сан. пом. населению: сборник научн. трудов. — 1986. — С. 87—89.
5. К вопросу организации хирургической помощи в условиях поликлиники / Г.Л.Гомельская, М.А.Кубраков, Г.Н.Соболевский [и др.] // Здравоохр. Рос. Федерации. — 1988. — №2. — С. 5—9.
6. Лурін І.А. Місце стационарозамінних технологій у сучасній хірургії / І.А.Лурін, М.М.Андрієнко // Хірургія України. — 2006. — №4. — С. 111—114.
7. Мирский М.Б. Хирургия от древности до современности: Очерки истории / М.Б.Мирский. — М.: Наука, 2000. — 798 с.
8. Организация и опыт работы дневного хирургического стационара / В.С.Земсков, А.М.Пилецкий, В.А.Бычек [и др.] // Клин. хирургия. — 1992. — №4. — С. 51—53.
9. Подготовка субординаторов-хирургов для работы в амбулаторно-поликлинических условиях / В.А.Хараберюш, А.А.Соболь, Г.Г.Мирошниченко [и др.] // Клин. хир. — 1991. — №3. — С. 56—58.
10. Проблемы преемственности в ведущих звеньях здравоохранения / Е.П.Юлина, М.Р.Пашиева, Р.К.Атаджанова [и др.] // Актуал. пробл. подгот. руковод. кадров здравоохран. и соверш. первичной мед.-сан. пом. населению: сб. научн. тр. — М., 1986. — С. 99—100.
11. Саенко В.Ф. Состояние и проблемы специализированной хирургической помощи в Украине / В.Ф.Саенко, П.Е.Шкарбан // Журнал практического врача. — 1997. — №3. — С. 4—6.
12. Совершенствование амбулаторной хирургической помощи по опыту работы центра амбулаторной хирургии / С.Д.Положенцев, Д.М.Малкин, А.В.Марушкин [и др.] // Вестн. хирургии им. И.И.Грекова. — 1990. — №6. — С. 92—98.
13. Alanko A. The current practice and future goals of one day surgery in Finland / A. Alanko, M. Kekomaki // First European Congress on Ambulatory Surgery. — Brussels, 8th-9th March 1991. — Abstr. — P. 09.
14. Ambulatory or one day surgery: analysis of an experience in a French public hospital / A. Decaux, F. Demont, P. Legroux [et al.] // J. Economic. Med. — 1991. — Vol 9. — P. 17—25.
15. Ambulatory orthopaedic arthroscopic surgery growing experience over 5 years. Indications-complications-results-medical, social and economical implications / L. Van den Daelen, P. Gunst, H. Mortele [et al.] // First European Congress on Ambulatory Surgery. — Brussels, 8th-9th March 1991. — Abstr. P. 21.
16. Ambulatory surgery in an HMO. A study of costs, quality of care and satisfaction / S.D.Marks, M.R.Greenlick, A.V.Hurtado [et al.] // Med.Care. — 1980. — XVII. — P. 127—146.
17. Asher R.A.J. The dangers of going to bed / R. A. J. Asher // Brit.Med.J. — 1947. — Vol.2. — P. 967—968.
18. Audit Commission. A short cut to better services. Day surgery in England and Wales. — London: HMSO, 1990.
19. Audit Commission. Measuring quality: the patient's view of day surgery. — London: HMSO, 1991.
20. Baggio E. Etal. Day-surgery: 1400 phlebological operations. Our experience / Baggio E. Etal / 2 International Congress on Ambulatory Surgery, London, 1997. — P. 81.
21. Berryman J.M. Development and organization of outpatient surgery units: the hospital's perspective / J.M. Berryman // Urol.Clin.North.Amer. — 1987. — Vol. 14. — P. 1—9.
22. Bodkier M. Chirurgie vasculaire ambulatoire. Une annee d'activite du Centre d'exploration et de chirurgie ambulatoire du membre inferieur / M. Bodkier, J.C. Fevrier, J. Pujos // One Day Clinic. Newsletter Int. — 1989. — Vol. 2. — P. 3—4.
23. Bonhomme C. Chirurgie ambulatoire à l'hôpital: une marginale en quêtéd'avenir / C. Bonhomme // Revue Hospitalière de France, Janvier/Février. — 1993. — № 1. — P. 6—9.
24. Burns L. Ambulatory surgery in the United States: Development and prospects / L. Burns, M. Ferber // J. Ambulat. Care Management. — 1981. — Vol. 4. — P. 1—13.
25. Churchill E.D. Reduction in vital capacity following operation / E. D. Churchill, D. McNeil // Gynaecol. Obstet. — 1927. — Vol.44. — 483 p.
26. Comparison of a total intravenous anesthetic technique using a propofol infusion, with an inhalational technique using enflurane for day case surgery / M.L.Price, A. Walmsley, C. Swaine [et al.] // Anaesthesia. — 1988. — Vol.43 (Suppl). — P. 84—86.
27. Creton D. Resultatdes stoppings saphene interne sous anesthesie locale en ambulatoire (1700 cas) / D. Creton // Phlebologie. — 1991. — Vol 44, 2. — P. 303—312, 754.
28. Currie E. Economic aspects of hospital acquired infection / E. Currie, A. Maynard // Discussion Paper Series No. 56. Centre for Health Economics, York University, 1989 (June).
29. Day-case surgery for hernias and haemorrhoids / I. T. Russell, H. B. Devlin, M. Fell [et al.] // Lancet. — 1977. — Vol. 1. — P. 844—847.
30. DeBoer F.C. Financial savings of gynecological day case surgery / F.C. DeBoer, D.A. Woolder // J. Obstet. Gynaecol. — 1989. — Vol. 9. — P. 219—221.
31. Dornette W.H.L. Planning tomorrow's hospital today / W.H.L. Dornette // J. Amer. Soc. Anaest. — 1968.
32. Durant G.D. Ambulatory surgery centers: surviving, thriving into the 1990s / G.D. Durant // Med. Group Manage. J. — 1989. — March/April. — P. 14—20.
33. Economic aspects of day care after operations for hernia or varicose veins / R. J. Prescott, C. Cuthbertson, N. Fenwick [et al.] // J. Epidemiol. Commun. Health. — 1978. — Vol. 32. — P. 222—225.
34. Farquharson E.L. Early ambulation / E.L. Farquharson // Lancet. — 1955. — Vol. 2. — P. 517—519.
35. Flanagan L. Repair of groin hernia. Outpatient approach with local anaesthesia / L. Flanagan, J. U. Bascom // Surg. Clin. North. Amer. — 1984. — Vol. 64. — P. 257—267.
36. Fritz K. The present state of ambulatory surgical activities in Germany / K. Fritz, J. Griinert, E. Brug // First European Congress on Ambulatory Surgery. — Brussels, 8th-9th March 1991. — Abstr. — P. 07.
37. Gabbay J. How much day surgery? Delphic predictions / J. Gabbay, L. Francis // Br. Med. J. — 1988. — 12 Nov. — Vol. 297. — P. 1249—1252.
38. Harju E. Major ambulatory surgery in central hospital for unselected inhabitants. Experiences from 24 months regular practice / E. Harju // First European Congress on Ambulatory Surgery. — Brussels, 8th — 9th March 1991. — Abstr. — P. 028.

39. Jones J.M. Medicare's prudent approach to paying for ambulatory surgery services / J.M. Jones, K. Matherlee // *J. Ambulat. Care*. — 1990. — Vol 13. — P. 25—32.
40. *La chirurgie ambulatoire ou de court séjour: analyse d'une expérience dans un centre Hospitalier Public Français* / A. Decaux, F. Demont, Ph. Legroux [et al.] // *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*. — №1. — Janvier-Février. — 1991. — P. 17—25.
41. Lakhani S. Effect of a surgical day unit on waiting list / S. Lakhani, R. D. Leach, P. E. M. Jarret // *J. Roy. Soc. Med.* — 1987. — Vol 80. — P. 628—629.
42. Langlois J. Anesthésie ambulatoire / J. Langlois // *Editions Arnette*, 1992. — P. 5—6.
43. Lawrie R. Operating on children as day cases / R. Lawrie // *Lancet*. — 1964. — Vol 2. — P. 1289—1291.
44. Leithauser D.J. Early ambulation and related procedures in surgical management / D.J. Leithauser. — Illinois: Springfield, 1946. — 246 p.
45. Marti M.C. Ambulatory proctologic surgery / M. C. Marti, C. Laverriere // *Helv. Chir. Acta*. — 1991. — 57: P. 705—708.
46. Marti M.C. Chirurgie proctologique ambulatoire / M. C. Marti // *One Day Clinic. Newsletter Int.* — 1989. — Vol. 2. — P. 6—8.
47. Morgan M. Variations in lengths of stay and rates of day case surgery: implications for the efficiency of surgical management / M. Morgan, R. Beech // *J. Epidemiol. Community Health*. — 1990. — Vol. 44. — P. 90—105.
48. Morris G.E. Recurrence rate following local anaesthetic day care inguinal hernia repair by junior surgeons in a district general hospital / G. E. Morris, P. E. M. Jarret // *Ann. Roy. Coll. Surg. Engl.* — 1987. — Vol. 69. — P. 97—99.
49. Naples D. Some day surgery (instruction) / D. Naples // *Health Affairs*. — Washington: D.O., 1986. — P. 17.
50. Natof H.E. Complications associated with ambulatory surgery / H. E. Natof // *J. Amer. Med. Assoc.* — 1980. — Vol. 244. — P. 1116—1118.
51. Nicoll J.H. The surgery of infancy / J. H. Nicoll // *Br. Med. J.* — 1909. — №. 2. — P. 753—754.
52. Ogg T.W. British day surgery: First European Congress on Ambulatory Surgery / T. W. Ogg. — Brussels. — Brussels, 8th-9th March 1991. — Abstr. P. 02.
53. Older J. The first four years' experience of day case orthopedic surgery in a district general hospital / J. Older // *Ann. Roy. Coll. Surg. Engl.* — 1988. — Vol 70. — P. 21—23.
54. Patel R.I. Anesthetic complications following pediatric ambulatory surgery: a 3-yr study / R. I. Patel, R. S. Hannallah // *Anaesthesiology*. — 1988. — Vol. 69. — P. 1009—1012.
55. Pliskin J.S. Economic considerations and side determination of a surgical day-care unit / J. S. Pliskin, D. Papel, S. Hani // *Theor. Surg.* — 1987. — Vol. 2. — P. 29—33.
56. Reed W.A. The Surgicenter: an ambulatory facility / W. A. Reed, J. C. Ford // *J. Obstet. Gynecol.* 1974. — Vol. 17. — P. 217—230.
57. Ries E. Some radical changes in the after treatment of celiotomy cases / E. Ries // *J. Amer. Med. Assoc.* — 1899. — Vol. 33. — P. 454—456.
58. Royal College of Surgeons of England. Commission on the provision of surgical services. Guidelines for day case surgery, 1985.
59. Scainnameo F. La saphenectomie en service externe. Experience sur 800 cas Phlebologie / F. Scainnameo, D. Alberti, P. Ronca // *Phlebologie*. — 1992. — Vol. 45, 2. — P. 197—201.
60. Shan C.P. Day-care surgery in Canada: evolution, policy and experience of provinces / C. P. Shan // *Can. Anaesth. Soc. J.* — 1980. — Vol. 27. — P. 399—405.
61. Schutyser K. Les alternatives à l'hospitalisation en Europe / K. Schutyser // *Gestions Hospitalières*. — 1994. — № 334. — P. 227—232.
62. Simpson J.E.P. Financial benefits of day surgery / J. E. P. Simpson // *Hospital Update*. — 1986. — February. — P. 135—138.
63. Verduyseyse P. A combined surgical-medical day care center: evaluation after 3 years and 10,000 patients / P. Verduyseyse, J. Deleu // *First European Congress on Ambulatory Surgery*. — Brussels, 8th-9th March 1991. — Abstr. P. 031.
64. Wright H.P. Effect of postoperative bed rest and early ambulation on the venous blood flow / H. P. Wright // *Lancet*. — 1951. — Vol. 1. — P. 22—25.

РАЗВИТИЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧНОЙ ХИРУРГИИ

О. А. Корон

Резюме. В статье приведен современный взгляд на развитие амбулаторно-поликлинической хирургии в системе оказания лечебно-профилактической помощи населению. Современная охрана здоровья Украины, по данным многих авторов, направлена на оптимизацию и усовершенствование деятельности хирургической службы путем развития стационарно-замещающих форм оказания медицинской помощи населению и внедрения эндоскопических и миниинвазивных методов оперативного лечения. История возникновения и становления амбулаторной хирургии свидетельствует, что безусловную экономическую и социальную выгоду может принести создание адекватной системы лечения больных хирургического профиля в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: амбулаторная хирургия, лечебно-профилактическая помощь, амбулаторно-поликлинические учреждения.

THE DEVELOPMENT OF OUT-PATIENT MEDICINE

О. А. Corop

Summary. The paper presents a modern view on the development of out-patient surgery in a system of medioprophyllactic care. According to many authors, current Health Protection of Ukraine is aimed at optimizing and upgrading of the surgical services through the development of steady-state replacement forms for the delivery of medical care and the introduction of endoscopic and minimally invasive surgical technique. The history of emergence and development of ambulatory surgery shows that the absolute economic and social benefits may bring an adequate system of treatment of surgical patients in the out-patient conditions.

Key words: ambulatory surgery, medioprophyllactic care, out-patient institutions.