

міжнародною участю “Актуальні питання сімейної медицини”. – Одеса, 2000. – С. 39–40.

7. Методика оцінки організації діяльності денних стаціонарів загального профілю в умовах переходу до сімейної медицини / В.М. Пономаренко, О.М. Ціборовський, Л.І. Галієнко, С.М. Ханенко: Метод. рекомендації. – К., 2003. – 21 с.

УДК:617-082+616-089

## ВОЗМОЖНОСТИ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

**В.В. Скиба, В.Я. Стадник, А.В. Иванько**

*Киевский медицинский университет Украинской ассоциации народной медицины, г. Киев*

**Резюме.** В статье представлена проблема улучшения качества лечения больных хирургического профиля в амбулаторных условиях. Приведенные данные свидетельствуют о возможности проведения при определенных условиях амбулаторных операций у пациентов с грыжами, эпителиальным копчиковым ходом, острым парапроктитом, варикозной болезнью.

**Ключевые слова:** амбулаторная хирургия, стационарозамещающие технологии.

В настоящее время тенденцией развития хирургической помощи является развитие амбулаторной хирургии [1, 2]. Известно, что до 50% всех выполняемых оперативных вмешательств возможно в условиях поликлиники [3]. Постоянное увеличение количества и расширение объема выполняемых хирургических операций в амбулаторных условиях обуславливает актуальность развития стационарозамещающих технологий.

Целью работы было улучшение качества лечения стационарных больных хирургического профиля.

**Материал и методы.** За период с 2007 по 2010 года на базе кафедры хирургических болезней Киевского медицинского университета УАНМ в центре амбулаторной хирургии было прооперировано 74 больных, которые составили основную группу. Из них с грыжей-19 (16-с паховой, 3-с пупочной), с эпителиальным копчиковым ходом-37 (21-с инфицированным, 16-с неинфицированным), острым парапроктитом-18 (16-подкожно-подслизистым, 2-ишиоректальным). Склеротерапия по поводу варикозной болезни нижних конечностей выполнена 27 пациентам, из которых степень хронической венозной недостаточности (ХВН) у 19 соответствовала С<sub>1</sub>, 8 –

$C_{11}$ . Возраст пациентов составлял от 19 до 51 года. Женщин было -35, мужчин -39. Все больные до операции обследованы (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, группа крови, резус-фактор, флюорография, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, гастроскопия, осмотра терапевта). Оперированы все были впервые, сопутствующей соматической патологии не было.

Все больные основной группы оперированы в день дежурства районной больницы по данному виду хирургической патологии. Операции проводились в запланированное время в 7.00 в операционной под местной анестезией. Не более двух в день. После операции пациенты в течение дня находились под наблюдением доктора в дневном хирургическом стационаре.

В состав контрольной группы вошли 225 стационарных больных прооперированных за такой же период со следующей хирургической патологией: 131 с грыжами (112-с паховой грыжей, 19-с пупочной), 53 с эпителиальным копчиковым ходом (29-инфицированным, 24-не инфицированным), 41 с острым парапроктитом (32-подкожно-подслизистым, 7-ишиоректальным, 1- ретроректальным, 1- пельвиоректальным). Склеротерапия выполнена 29 пациентам, при этом ХВН у 21 была  $C_p$ , у 6 –  $C_2$ , у 2 –  $C_3$ . Возраст прооперированных больных контрольной группы составлял от 18 до 73 лет. Женщин было - 106, мужчин - 119. Сопутствующей патологией была гипертоническая болезнь у 22, ишемическая болезнь сердца у 19, сахарный диабет у 9, другие заболевания у 11.

**Результаты исследования.** Из 19 больных основной группы с грыжами передней брюшной стенки у 9 была правосторонняя паховая грыжа, у 7 – левосторонняя, у 3 – пупочного кольца. Продолжительность заболевания у 7 была от двух лет до одного года, у 12 – менее одного года. 12 пациентам было выполнено грыжесечение по Лихтенштейну, 3 – по Постемскому, 1 – по Бассини, 3 - пластика полипропиленовой сеткой при пупочной грыже техникой sublay. В контрольной группе у 76 пациентов выполнена операция Лихтенштейна, у 15-пластика по Бассини, у 11-пластика по Постемскому, у 10 – по Жирану-Спасокукоцкому, у 14 – пластика полипропиленовой сеткой при пупочной грыже методом sublay, у 5 – операция Мейо. В основной группе осложнений не было, в контрольной у 8 пациентов после операции Лихтенштейна была серома послеоперационной раны, у 3 – в течение года рецидив после пластики по Жирану-Спасокукоцкому. Средняя продолжительность пребывания в стационаре в контрольной группе составила 5,4+0,8 сут.

У 21 пациента основной группы, также как и у 29 контрольной с диагнозом «Инфицированный копчиковый ход» выполнено вскрытие гнойника. Средняя продолжительность пребывания в стационаре в

контрольной группе составила  $3,1+0,2$  сут. 16 пациентам в основной группе и 24 – в контрольной выполнено радикальное иссечение копчикового хода. Осложнений и рецидивов в раннем послеоперационном периоде не отмечено. В контрольной группе средняя продолжительность пребывания в стационаре составила  $3,9+0,3$  сут.

При остром подкожно-подслизистом парапроктите у 12 пациентов в основной группе и 25 – в контрольной выполнена операция Габриэля, у 4 и 7 в основной и контрольной группах соответственно – вскрытие гнойника. При 2 случаях ишиоректального парапроктита в основной группе и 3 в контрольной было выполнено вскрытие гнойника без иссечения анальной крипты, у 4 в контрольной – с иссечением. У одного пациента с ишиоректальным парапроктитом в контрольной группе отмечено образование хронического свища.

При склеротерапии пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей осложнений не было как в основной, так и в контрольной группах.

### **Выводы**

1) средняя продолжительность пребывания на койке всех прооперированных больных в основной группе составила 1 день, в контрольной –  $4,9+0,8$ ; средняя нетрудоспособность в основной группе –  $13,5+1,4$  сут, в контрольной –  $17,8+1,8$  сут.

2) при наблюдении в течение 1 года осложнений и рецидивов в основной группе не наблюдалось. У 8 пациентов контрольной группы в раннем послеоперационном периоде отмечалась серома послеоперационной раны, у 5 – нагноение послеоперационной раны, у 3 рецидив заболевания (2-с паховой грыжей, 1 – с пупочной).

3) при строгом отборе у молодых больных без сопутствующей патологии и отсутствии рецидива заболевания возможно оперативное лечение определенных нозологий в амбулаторных условиях.

### **Литература**

1. Белеветин А.Б., Воробьев В.В., Безуглый А.В. и др. Возможности амбулаторной хирургии // Хирургия. – 2010. - №3. - С.49-53.

2. Антюшко Т.Д. Хирургическая помощь в поликлинике // Поликлиника. – 2009. - № 6. – С.44-45.

3. Амбулаторная хирургия. Справочник практического врача. Под ред. проф. В.В. Гриценко, проф. Ю.Д. Игнатова. – СПб.: Издательский дом «Нева»; М., 2002. – 448с.