

Соловьева Е.А.¹, Константинова О.Д.², Тришина М.А.¹, Музыченко О.В.¹

Опыт организации оказания хирургической помощи в амбулаторных условиях женщинам с заболеваниями репродуктивной системы

1- Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница им.Н.И.Пирогова» г.Оренбурга; 2-кафедра акушерства и гинекологии, ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Оренбург

Soloveva E.A., Konstantinova O.D., Trishina M.A., Muzichenko O.V.

Experience of the organization the surgical help in outpatient conditions to women with diseases of reproductive system

Резюме

В статье представлен опыт организации амбулаторно-поликлинического стационара на базе женской консультации многопрофильной городской клинической больницы для хирургического лечения женщин с болезнями репродуктивной системы. Показана возможность обеспечения качественной и безопасной медицинской помощи при выполнении лапароскопических и гистероскопических вмешательств в дневном стационаре при соблюдении определенных условий.

Ключевые слова: болезни репродуктивной системы, дневной стационар, амбулаторная хирургия

Summary

This article describes the operation and function of a woman's outpatient surgery center that is part of a multi service line medical center and how it relates to surgical treatment of diseases of the reproductive system in an outpatient setting.

It outlines the focus on ensuring high quality and safe medical care when performing laparoscopy and hysteroscopy in the outpatient surgery center.

Key words: diseases of reproductive system, outpatient surgery center, outpatient surgery

Введение

Концепция развития дневных стационаров как стационарозамещающих форм организации оказания медицинской помощи, а так же внедрения малозатратных технологий, в Российской Федерации была озвучена еще в 1997г. (постановление Правительства РФ от 05.11.97 №1387). В утвержденном распоряжением правительства Российской Федерации 28.12.12г. плане мероприятий ("дорожная карта") "Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения" говорится, что одной из задач государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения", является обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи, которая достигается, в том числе, за счет расширения объема услуг, оказываемых в амбулаторных условиях.

Первые успешные гинекологические операции в амбулаторных условиях были выполнены шотландским хирургом Дж.Николлом больше 90 лет назад. Уже в начале XXI столетия большинство отечественных и зарубежных практикующих гинекологов и организаторов здравоохранения

считают, что до 60% всех оперативных вмешательств при заболеваниях женской половой системы возможно осуществлять в амбулаторно-поликлинических условиях [1, 2].

К настоящему времени, достигнув определенных успехов, амбулаторная хирургия представляет собой самостоятельное направление практического здравоохранения. Уже доказан ряд преимуществ стационарозамещающих технологий в амбулаторной гинекологической практике: ранняя диагностика заболеваний, малоинвазивный доступ и органосберегающий принцип хирургического лечения, экономическая эффективность.

Однако, на сегодняшний день в Российской Федерации только 19,4% оперативных вмешательств при гинекологических заболеваниях выполняется в амбулаторных условиях [3, 4], что обусловлено множеством нерешенных вопросов. Объективными причинами сдерживания расширения объема хирургической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях являются дорогостоящее оснащение для проведения эндовидеоскопических операций, отсутствие в амбулаторном звене квалифицированных оперирующих специалистов, сложности при-

менения анестезиологического пособия. В связи с чем, совершенствование и развитие амбулаторно-поликлинической стационарозамещающей медицинской помощи женскому населению в настоящее время происходит в условиях крупных научно-медицинских центров (Москва, Санкт - Петербург, Саратов, Самара).

Целью настоящего исследования является научное обоснование целесообразности организации дневного стационара для оперативного лечения болезней женской репродуктивной системы в амбулаторно-поликлинических условиях городской клинической больницы.

Материалы и методы

В настоящее время дневной стационар развернут на 15 коек для беременных и 15 коек для лечения женщин с заболеваниями репродуктивной системы в женской консультации многопрофильной клиники, имеющей в своей структуре стационар на 500 коек хирургического и терапевтического профиля и реанимационное отделение. С 2012г. в отделении работают 4 врача акушера-гинеколога, два из них имеют высшую врачебную категорию и один – первую. Все врачи длительное время работали в круглосуточном гинекологическом стационаре и владеют всеми объемами оперативного лечения при заболеваниях женской репродуктивной системы.

Для проведения гистероскопических и лапароскопических операций с 2012г. операционная оснащена современным оборудованием - гистероскоп «Азимут» и гистерорезектоскоп «Vetsarpoint» (Джонсон и Джонсон, США) в сборе с эндоскопической стойкой «Эндомедиум» (Россия, Казань), наркозной и следящей аппаратурой. Наличие набора ингаляционных анестетиков (севофлуран и др.) и препаратов для внутривенной анестезии (пропофол, тиопентал) позволяет достигать управляемой анестезии и минимизировать вероятность побочного действия и осложнений анестезии.

Отбор и полное клиническое обследование пациенток для госпитализации в дневной стационар осуществлялся на амбулаторном этапе в женской консультации. При отборе пациенток с ними проводилась беседа, во время которой пояснялись условия выполнения оперативного лечения и оценивалась психологическая настроенность больных. Выяснялось, есть ли у них близкие люди, которые смогут их сопровождать в послеоперационном периоде, связаться с врачом при необходимости по телефону. На операцию в дневной стационар отбирались пациентки с отсутствием или с умеренно выраженной экстрагенитальной патологией, не требующей проведения длительной предоперационной подготовки и послеоперационного круглосуточного наблюдения.

Результаты и обсуждение

За период с 2010г. по 2014г. в дневном стационаре было пролечено 4526 пациенток (таблица №1), из них женщин с заболеваниями половой системы – 26,6% (n=1204), с патологией беременности – 47,0% (n=2127), по поводу медицинских аборт – 28,7% (n=1300). За последнее пятилетие количество пациенток, получавших

лечение в дневном стационаре в течение года, возросло почти в 2 раза (с 617 в 2010г. до 1230 в 2014г.). Число женщин, пролеченных в течение года по поводу заболеваний репродуктивной системы, возросло в 6,9 раз (с 63 в 2010г. до 435 в 2014г.). При этом в 3,5 раза возросла и доля пациенток с заболеваниями половой системы в структуре пролеченных больных: с 10,2% в 2010г. до 35,4% в 2014г. Отмечено, что за изучаемый период количество женщин, лечившихся в дневном стационаре по поводу патологии беременности и медицинского аборта, увеличилось лишь в 1,6 и 1,2 раза соответственно. В тоже время, доля пациенток с патологией беременности уменьшилась на 9,8% (с 50,6% в 2010г. и 40,8% в 2014г.), а доля пациенток, поступающих для производства медицинских абортов, уменьшилась на 15,4% (с 39,2% в 2010г. до 23,8% в 2014г.).

Среднее пребывание пациенток с заболеваниями репродуктивной системы уменьшилось с 7,1 койко-дня в 2010г. и 11,7 в 2011г. до 6,2 койко-дня в 2014г. Также уменьшилось и среднее пребывание пациенток с патологией беременности с 11,5 койко-дней в 2010г. до 9,2 – в 2014г.

Средний возраст пациенток составил 46 лет (минимальный возраст – 18 лет, максимальный – 77 лет). Основными причинами для обращения женщин были первичное и вторичное бесплодие, нарушения оварияльно-менструального цикла, наличие болевого симптома, маточные кровотечения.

За период 2010г. – 2014г. в дневном стационаре было проведено 958 оперативных вмешательств. Структура оперативных вмешательств была представлена следующим образом: 70,9% – оперативная гистероскопия (n=679), 14,8% – лечебно-диагностическое выскабливание полости матки ЛДВПМ (n=142), 13,3% – лапароскопические операции (n=127), 1,0% – пластические операции на влагалище и наружных половых органах (n=10).

Общее количество оперативных вмешательств, проведенных за год, возросло в 9,7 раз – с 42 операций в 2010г. до 406 – в 2014г. Кроме увеличения количества оперативных вмешательств отмечен рост объема и уровня сложности операций (Рисунок №1). Хирургическая активность возросла с 66,7% в 2010г. и 45,8% в 2011г. до 93,3% – в 2014г.

За период с 2011г. по 2014г. было выполнено 679 операционных гистероскопий. Все операции проводились под внутривенным обезболиванием. После выполнения операционной гистероскопии пациентки уходили домой из дневного стационара через четыре часа после осмотра оперирующего гинеколога.

Средний возраст пациенток был 46,1 год. Не имели экстрагенитальной патологии 36,9% пациенток (n=250). У 429 женщин была выявлена различная соматическая патология в стадии компенсации. Среди экстрагенитальных заболеваний преобладали артериальная гипертензия – 54,9% (n=235), ожирение различной степени – 45,1% (n=193), анемия – 18,9% (n=81), хронические заболевания желудочно-кишечного тракта – 11,4% (n=49) и мочевыделительной системы – 9,2% (n=39), заболевания

Таблица 1. Динамика показателей деятельности дневного стационара
ГАУЗ «ГКБ им.Н.И.Пирогова» г.Оренбурга 2010г. – 2014г.

	2010г		2011г		2012г		2013г		2014г	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Число развернутых коек всего	12		15		20		20		30	
для беременных	10		10		10		10		15	
для гинекологических больных	2		5		10		10		15	
Количество пролеченных больных	617		640		1062		977		1230	
Среднее пребывание больного на койке	7,1		7,7		7,2		6,3		7,8	
Количество пациенток с болезнями репродуктивной системы	63	10,2	118	18,4	306	28,8	282	28,9	435	35,4
Среднее пребывание	7,1		11,7		6,4		5,7		6,2	
Количество пациенток с патологией беременности	312	50,6	331	51,7	591	55,6	391	40,0	502	40,8
Среднее пребывание беременной на койке	11,5		9,6		9,3		9,1		9,2	
Количество медицинских аборт	242	39,2	191	29,8	270	25,4	304	31,1	293	23,8
Из них медикаментозные			17	8,9	51	18,9	139	45,7	106	36,2
Операций всего	42		54		224		232		406	
Хирургическая активность (без медицинских аборт)		66,7		45,8		73,2		82,3		93,3

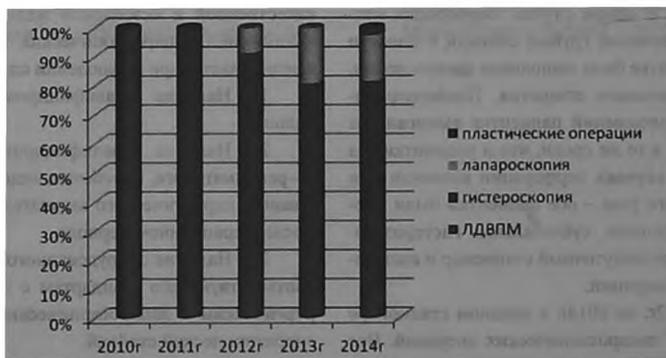


Рисунок 1. Динамика структуры оперативных вмешательств в стационаре одного дня в ГАУЗ «ГКБ им.Н.И.Пирогова» г.Оренбурга



Рисунок 2. Терапия в послеоперационном периоде

щитовидной железы – 7,9% (n=34), сахарный диабет – 5,7% (n=24). На одну пациентку приходилось в среднем 2,7 заболеваний.

Наиболее частой патологией, выявленной при гистероскопии, были полипы женских половых органов – 41,8% (n=283). По поводу миомы матки гистероскопия была выполнена в 14,8% случаев (n=100), по поводу гиперплазии эндометрия – 12,8% пациентов (n=87), по поводу ациклических маточных кровотечений – 6,3% женщин (n=43). Пациенток с выявленными злокачественными новообразованиями женских половых органов было 3,2% (n=22), из них 68,2% (n=15) составили пациентки с аденокарциномой. По поводу бесплодия было прооперировано 5,1% пациенток (n=34), из них у 17,6% (n=6) был выявлен хронический эндометрит, подтвержденный при гистологическом исследовании биоптатов эндометрия. По поводу синехий в полости матки было прооперировано 2,4% пациенток (n=16), с атрезией цервикального канала и формированием серозометры – 2,0% женщин (n=14). Нормальная гистероскопическая картина была обнаружена у 34,5% женщин (n=234).

При проведении 679 гистероскопий в амбулаторных условиях осложнений в виде кровотечения, ТЭЛА, отека легких, инфекционных осложнений не было. За трехлетний период во время проведения гистероскопии было отмечено три интраоперационных осложнения (0,4%) – перфорация матки. В одном случае перфорация матки возникла при рассечении грубых синехий в полости матки. Данной пациентке была выполнена лапароскопия, ушивание перфорационного отверстия. Послеоперационный период без осложнений пациентка выписана из дневного стационара в те же сроки, что и пациентки без осложнений. В двух случаях перфорации возникли при удалении субмукозного узла – обе пациентки были прооперированы (лапаротомия, субтотальная гистерэктомия), переведены в круглосуточный стационар и выписаны на 6 сутки после операции.

За период с 2012г. по 2014г. в дневном стационаре было выполнено 127 лапароскопических операций. Все операции проводились под эндотрахеальным наркозом. Интраоперационно проводилась профилактика инфекционных осложнений (в/в введение антибиотиков), в послеоперационном периоде антибактериальная терапия назначалась по строгим показаниям. Выполнялись следующие объемы оперативных вмешательств: хромо-сальпингоскопия, сальпингоовариолизис, каутеризация очагов эндометриоза, каутеризация яичников, резекция яичников, цистэктомия, аднексэктомия, тубэктомия, консервативная миомэктомия, хирургическая стерилизация. Интраоперационных осложнений не было.

Первые 6-8 часов после операции пациентки находились в послеоперационной палате дневного стационара. При признаках полного восстановления сознания и координации, стабильных показателях гемодинамики, после осмотра врача-хирурга и анестезиолога решался вопрос о переводе пациентки на дальнейшее лечение и наблюдение в условиях стационара на дому. На личном транспорте женщина доставлялась домой. Пациентки

получали номера телефонов оперирующего врача для постоянной связи с ним. После оперативного вмешательства очередная явка назначалась на 3 и/или 5 сутки, лечащий врач в течение 5 суток поддерживал связь по телефону с оперированной пациенткой и при необходимости осуществлял коррекцию назначений. В послеоперационном периоде профилактика получала необходимую лекарственную терапию для профилактики послеоперационных осложнений и реабилитацию. Послеоперационных осложнений не было ни в одном случае.

В послеоперационном периоде назначалась антибактериальная и гемостатическая терапия по строгим показаниям, утеротоники и препараты для лечения анемии, фраксипарин с целью профилактики тромбообразования (рисунок №2). Затраты дневного стационара на медикаменты минимальны. Экономически выгодно для клиники лечение в дневном стационаре и в связи с отсутствием расходов на питание пациентки и содержание круглосуточной койки.

Выводы

Данные проведенного исследования доказывают целесообразность создания амбулаторно-поликлинического гинекологического отделения с однодневным стационаром при многопрофильном лечебном учреждении. В дневном стационаре возможно обеспечение оказания качественной и безопасной медицинской помощи при выполнении лапароскопических и гистероскопических вмешательств, при соблюдении следующих условий:

1. Наличие квалифицированных оперирующих кадров.
2. Наличие квалифицированного анестезиолога-реаниматолога, обеспечивающего адекватное обезболивание хирургического вмешательства и наблюдение в послеоперационном периоде.
3. Наличие оборудованного операционного блока, соответствующего стандартам с необходимым общехирургическим и лапароскопическим инструментарием и эндоскопической стойкой.
4. Тщательный отбор пациенток с наличием минимального возможного риска осложнений в ближайшем послеоперационном периоде.
5. Удовлетворительные условия проживания пациентки и возможность контакта с врачом.
6. Необходима преемственность в работе дневного и круглосуточного стационара для обеспечения возможности перевода пациенток при возникновении операционных или анестезиологических осложнений, выполнении более объемного и продолжительного вмешательства, чем планировалось.

Таким образом, выполнение гистероскопических и лапароскопических вмешательств в дневном стационаре при многопрофильном лечебном учреждении при условии адекватного отбора пациенток целесообразно без риска снижения качества и безопасности медицинской помощи женщинам с заболеваниями репродуктивной системы. Следовательно, с целью развития стационарозамещающих технологий и увеличения объемов ме-

дицинской помощи, необходимо внесение изменений в существующие нормативные документы; утверждение более расширенного перечня возможных оперативных вмешательств в амбулаторно-поликлинических условиях с учетом использования современных технологий; решение вопроса кадрового обеспечения; продолжение разработки и совершенствования хирургических способов лечения заболеваний женской репродуктивной системы на амбулаторном этапе.■

Соловьева Елена Анатольевна, кандидат медицинских наук, заведующая гинекологической службой Государственного автономного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница им.Н.И.Пирогова» г.Оренбурга; Константинова Ольга Дмитриевна,

доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Оренбург; Тришина Марина Александровна врач акушер гинеколог дневного стационара женской консультации Государственного автономного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница им.Н.И.Пирогова» г.Оренбурга; Музыченко Ольга Викторовна врач акушер гинеколог дневного стационара женской консультации Государственного автономного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница им.Н.И.Пирогова» г.Оренбурга; Автор, ответственный за переписку - Константинова Ольга Дмитриевна, 460014 г.Оренбург, ул.Совестская д.б. тел 8(3532) 31-02-01, const55@mail.ru

Литература:

1. Адамян Л.В., Сухих Г.Т. Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний / Л.В. Адамян, Г.Т.Сухих // Москва – 2010 – С.304
2. Мальцева Л.И. Офисная гистероскопия – новая технология в амбулаторной практике акушера-гинеколога /Л.И. Мальцева, Е.Ю. Юпатов // Практическая медицина. Новые технологии в медицине. Кардиология. – 2012. – №5 (60) – С.44–48
3. Bettocchi S. Operative office hysteroscopy without anesthesia: analysis of 4863 cases performed with mechanical instruments. / Bettocchi S., Ceci O., Nappi L., Di Venere R., Masciopinto V., Pansini V., Pinto L., Santoro A., Cormio G. // Am Assoc Gynecol Laparosc. – 2004. – Feb; 11 (1): 59-61.
4. Carta G. Waiting time and pain during office hysteroscopy. / Carta G., Palermo P., Marinangeli F., Piroli A., Necozone S., De Lellis V., Patacchiola F.F. // Minim Invasive Gynecol. – 2012. – May; 19 (3): 360-4.