

Первые итоги применения и потенциал развития стационарзамещающих технологий в гинекологии

Н.М. Подзолкова^{1,2}, В.В. Бедин^{1,2}, В.А. Варданыан^{✉2}, Р.Э. Кузнецов^{1,2}, В.Ю. Венгеров¹,
В.Н. Якомаскин¹, О.Л. Глазкова^{1,2}, С.С. Исмаилова¹, А.Н. Калинская¹, Л.Г. Созаева²

¹ГБУЗ «Городская клиническая больница им С.П. Боткина» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия

Аннотация

Обоснование. В 2016 г. в Москве на базе ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина» открыт первый в Российской Федерации стационар кратковременного пребывания (СКП) на 30 коек по профилям «общая хирургия», «урология», «гинекология».

Цель. Проанализировать шестилетний опыт работы СКП ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина» по профилю «гинекология».

Материалы и методы. Проведен анализ работы СКП ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина» за 2016–2021 гг. по профилю «гинекология».

Результаты. Число пациенток, получивших помощь в СКП, прогрессивно увеличивалось с 2016 по 2019 г. По мере накопления опыта работы СКП расширился перечень нозологий, в отношении которых стало возможным оказание помощи в условиях СКП, увеличилось число госпитализированных пациенток с большей степенью анестезиологического риска, а также возросла доля пациенток старше 65 лет.

Заключение. Анализ работы СКП ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина» показал, что пилотный проект можно оценить как успешный в связи с хорошими клиническими и экономическими показателями. Такой формат работы заслуживает широкого внедрения, причем оптимальным является создание таких стационаров в структуре многопрофильных клиник.

Ключевые слова: стационар кратковременного пребывания, гинекология, экономическая эффективность

Для цитирования: Подзолкова Н.М., Бедин В.В., Варданыан В.А., Кузнецов Р.Э., Венгеров В.Ю., Якомаскин В.Н., Глазкова О.Л., Исмаилова С.С., Калинская А.Н., Созаева Л.Г. Первые итоги применения и потенциал развития стационарзамещающих технологий в гинекологии. Гинекология. 2022;24(6):506–511. DOI: 10.26442/20795696.2022.6.201973

© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2022 г.

ORIGINAL ARTICLE

Initial results of use and prospects of hospital-substituting technologies in gynecology

Natalia M. Podzolkova^{1,2}, Vladimir V. Bedin^{1,2}, Victoria A. Vardanyan^{✉2}, Roman E. Kuznetsov^{1,2}, Veniamin Iu. Vengerov¹,
Viktor N. Yakomaskin¹, Olga L. Glazkova^{1,2}, Saida S. Ismailova¹, Alla N. Kalinskaia¹, Larisa G. Sozaeva²

¹Botkin City Clinical Hospital, Moscow, Russia;

²Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russia

Abstract

Background. The first day-care hospital (DCH) in the Russian Federation with 30 beds was established in the departments of general surgery, urology, and gynecology of the Botkin Hospital in 2016 in Moscow.

Aim. To analyze the six-year experience of the gynecological DCH based on the Botkin Hospital.

Materials and methods. The six-year experience (2016–2021) of the gynecological DCH based on the Botkin Hospital was analyzed.

Results. The number of patients treated in the DCH increased progressively from 2016 to 2019. Due to the gain in the experience of DCH, patients with a broader spectrum of diseases can receive care in DCH settings, the number of hospitalized patients with a higher anesthetic risk has increased, and the proportion of patients over 65 years of age has also increased.

Conclusion. Analysis of the activities of the DCH based on the Botkin Hospital showed that the pilot project can be considered successful due to good clinical and economic indicators. This activity format can be widely implemented, and it is optimal to establish such hospitals in multidisciplinary clinics.

Keywords: day-care hospital, gynecology, cost-effectiveness

For citation: Podzolkova NM, Bedin VV, Vardanyan VA, Kuznetsov RE, Vengerov VI, Yakomaskin VN, Glazkova OL, Ismailova SS, Kalinskaia AN, Sozaeva LG. Initial results of use and prospects of hospital-substituting technologies in gynecology. Gynecology. 2022;24(6):506–511. DOI: 10.26442/20795696.2022.6.201973

Информация об авторах / Information about the authors

✉ **Варданыан Виктория Аршаковна** – ординатор каф. акушерства и гинекологии ФГБОУ ДПО РМАНПО. E-mail: vvictoria5@yandex.ru; ORCID: 0000-0001-9057-1736

Подзолкова Наталия Михайловна – д-р мед. наук, проф., зав. каф. акушерства и гинекологии ФГБОУ ДПО РМАНПО, врач – акушер-гинеколог ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина». ORCID: 0000-0001-8991-1369

Бедин Владимир Владимирович – д-р мед. наук, проф. каф. хирургии ФГБОУ ДПО РМАНПО, зам. глав. врача по хирургической помощи ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина». ORCID: 0000-0001-8441-6561

Кузнецов Роман Эдуардович – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии ФГБОУ ДПО РМАНПО, зав. гинекологическим отд-нием ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина». ORCID: 0000-0002-1061-4271

✉ **Victoria A. Vardanyan** – Department Resident, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education. E-mail: vvictoria5@yandex.ru; ORCID: 0000-0001-9057-1736

Natalia M. Podzolkova – D. Sci. (Med.), Prof., Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Botkin City Clinical Hospital. ORCID: 0000-0001-8991-1369

Vladimir V. Bedin – D. Sci. (Med.), Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Botkin City Clinical Hospital. ORCID: 0000-0001-8441-6561

Roman E. Kuznetsov – D. Sci. (Med.), Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Botkin City Clinical Hospital. ORCID: 0000-0002-1061-4271

Введение

Концепция однодневного хирургического лечения (ОХЛ) предполагает госпитализацию для операции и выписку в течение одних суток и имеет долгую историю. В 1909 г. хирург Дж. Николь сообщил о практике госпитализации на 1 день детей с неосложненными грыжами и заячьей губой [1]. В дальнейшем во все большем числе клиник по всему миру выполняли небольшие по объему операции, выписывая затем пациентов домой через несколько часов. По мере развития хирургии стало очевидно, что лишь минимально необходимое очень кратковременное пребывание пациента в клинике до операции способно в некоторой степени застраховать от контаминации больничной флорой и уменьшить частоту гнойно-септических осложнений, а длительный постельный режим связан с высокой частотой некоторых послеоперационных осложнений, особенно тромбоза глубоких вен и пневмонии, в связи с чем больных стали рано активизировать.

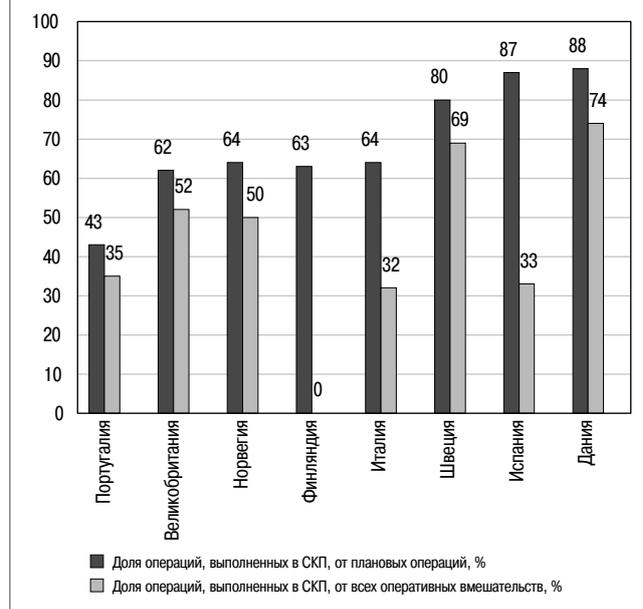
Основным в концепции ОХЛ является отбор пациентов и разработка перечня оперативных вмешательств, рекомендованных для внедрения в таких стационарах. Факторы, влияющие на отбор пациентов, включают возраст, социально-экономические условия, общее состояние, в том числе наличие дефицита массы тела, ожирения и хронических заболеваний [2–4]. Желательно, чтобы пациенты после выписки направлялись в место, расположенное в пределах 1 ч езды до отделения, но не на общественном транспорте. Обязательной является возможность телефонных переговоров с медицинским персоналом в течение ближайших суток.

Логичным следствием развития такой практики стало создание стационаров ОХЛ (стационаров кратковременного пребывания – СКП, major-outpatient surgery, day care surgery, short-stay surgery) [4], а также появление ассоциаций профессионалов, работающих в таких организациях. Страховые компании поддерживают развитие стационаров ОХЛ в связи с экономической эффективностью. В настоящее время доля операций в дневных стационарах от всех плановых операций в странах Западной Европы достигает до 60–80% (рис. 1).

Развитие ОХЛ и необходимость оптимизировать хирургическую помощь в стационарах всех типов привели к развитию концепции Fast Track Surgery (хирургия быстрого восстановления), или Enhanced Recovery After Surgery (ускоренного выздоровления после хирургии), в которой пересмотрены подходы к периоперационному ведению больных. Основоположником новой концепции ведения пациентов в периоперационном периоде стал руководитель отдела хирургической патофизиологии Датского королевского госпиталя в Копен-

Рис. 1. Доля операций в условиях дневного стационара в странах Западной Европы.

Fig. 1. The proportion of day-care operations in Western Europe.



гагене профессор Н. Kehlet [5, 6]. Данный подход призван снизить стрессовую реакцию организма на хирургическую агрессию, ускорить процесс реабилитации. Среди компонентов программы Fast Track самыми значимыми являются детальное информирование пациента, изменение подхода к подготовке кишки и питанию (отказ от предоперационного голодания), ограничение применения в послеоперационном периоде опиоидных анальгетиков, индивидуализация инфузионно-трансфузионной терапии, предпочтение минимально инвазивным хирургическим доступам, предотвращение гипотермии во время и после операции, ранняя активизация пациента и пр. (всего 18 пунктов) [7–10]. По мнению большинства экспертов, благодаря разработке и активному внедрению этой концепции увеличилось число пациентов даже с обширными вмешательствами, пребывание которых в стационаре стало кратковременным, в некоторых случаях менее одних суток, т.е. они в принципе могут войти в контингент СКП [11–13].

В нашей стране по мере прогресса в хирургических специальностях также сокращалось время госпитализации пациентов, но отдельных стационаров однодневного

Венгеров Вениамин Юрьевич – канд. мед. наук, зав. стационаром кратковременного пребывания №1 по профилям «общая хирургия», «урология», «гинекология», «оториноларингология», «травматология» ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина». ORCID: 0000-0003-1656-5113

Якомаскин Виктор Николаевич – зав. онкохирургическим отделением №72 ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина». ORCID: 0000-0002-9692-9900

Глазкова Ольга Леонидовна – канд. мед. наук, доц. каф. акушерства и гинекологии ФГБОУ ДПО РМАНПО, врач – акушер-гинеколог ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина». ORCID: 0000-0001-9324-2866

Исмаилова Саида Сабировна – врач – акушер-гинеколог стационара кратковременного пребывания №1 ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина». ORCID: 0000-0002-2597-9505

Калинская Алла Николаевна – врач – акушер-гинеколог стационара кратковременного пребывания №1 ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина». ORCID: 0000-0001-8109-6152

Созаева Лариса Габитовна – канд. мед. наук, доц. каф. акушерства и гинекологии ФГБОУ ДПО РМАНПО. ORCID: 0000-0002-1793-5684

Veniamin Iu. Vengerov – Cand. Sci. (Med.), Botkin City Clinical Hospital. ORCID: 0000-0003-1656-5113

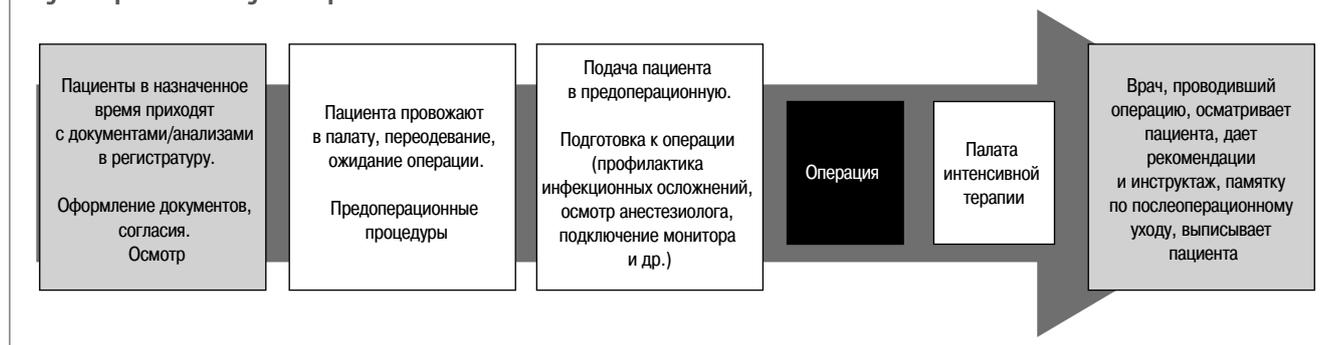
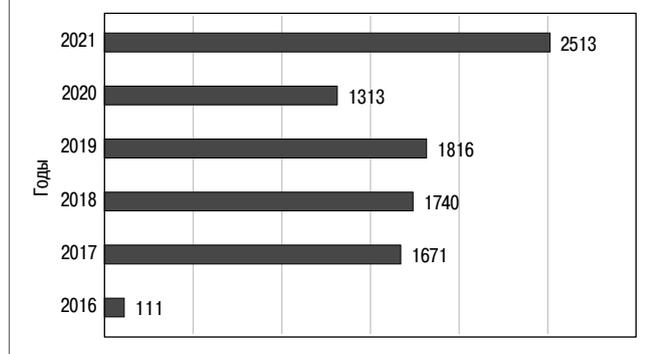
Viktor N. Yakomaskin – Department Head, Botkin City Clinical Hospital. ORCID: 0000-0002-9692-9900

Olga L. Glazkova – Cand. Sci. (Med.), Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Botkin City Clinical Hospital. ORCID: 0000-0001-9324-2866

Saida S. Ismailova – Obstetrician-Gynecologist, Botkin City Clinical Hospital. ORCID: 0000-0002-2597-9505

Alla N. Kalinskaia – Obstetrician-Gynecologist, Botkin City Clinical Hospital. ORCID: 0000-0001-8109-6152

Larisa G. Sozaeva – Cand. Sci. (Med.), Russian Medical Academy of Continuous Professional Education. ORCID: 0000-0002-1793-5684

Рис. 2. Маршрутизация пациенток СКП на стационарном этапе.**Fig. 2. In-patient routing of DCH patients.****Рис. 3. Число пролеченных больных за время работы СКП по профилю «гинекология» (всего 9164 человека).****Fig. 3. Number of patients treated during the period of gynecological DCH operation (9164 patients in total).**

пребывания не создавалось. Первый в РФ стационар кратковременного пребывания на 30 коек по профилям «общая хирургия», «урология», «гинекология» открыт в Москве на базе ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина» 16 мая 2016 г. Работа стационара регламентирована приказом Департамента здравоохранения г. Москвы № 373/134 от 28.04.2016 «О проведении пилотного проекта по организации стационаров кратковременного пребывания». С 2018 г. к перечисленным направлениям добавлены «оториноларингология» и «травматология и ортопедия».

Цель исследования – обобщить и проанализировать шестилетний опыт работы СКП ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина» по профилю «гинекология».

Материалы и методы

Проведен анализ работы СКП ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина» за 2016–2021 гг. по профилю «гинекология». Согласно приказу госпитализация больных в СКП ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина» возможна при соблюдении следующих условий:

1. Наличие полиса обязательного медицинского страхования, выданного в г. Москве, либо полиса добровольного медицинского страхования, либо на основании платных медицинских услуг.
2. Наличие в каждом конкретном клиническом случае нозологии, отвечающей требованиям перечня приказа от 24 октября 2016 г. №863 по профилю «акушерство и гинекология».
3. Отсутствие медицинских противопоказаний для лечения в условиях СКП.

Для оценки риска анестезиологического пособия мы применяли шкалу Американского общества анестезиологов (1991 г.). Для госпитализации в СКП допускались пациентки с 1–3-м классами риска [14].

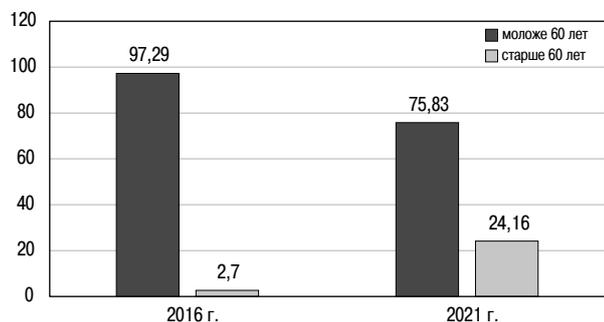
Госпитализацию в СКП осуществляли в плановом порядке, предоперационное обследование проводили амбулаторно по месту жительства или в консультативно-диагностическом отделении ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина». Маршрутизация пациентки после госпитализации представлена на рис. 2.

Статистическая обработка собранных данных проводилась при помощи пакета прикладных программ Statistica версии 6.1.

Результаты

Число пациенток, получивших помощь в СКП, прогрессивно увеличивалось с 2016 по 2019 г. включительно. Некоторое уменьшение числа прооперированных женщин в 2020 г. связано с ограничениями периода пандемии коронавирусной инфекции. В 2021 г. после частичного снятия ограничений госпитализация в СКП вновь значительно увеличилась (рис. 3).

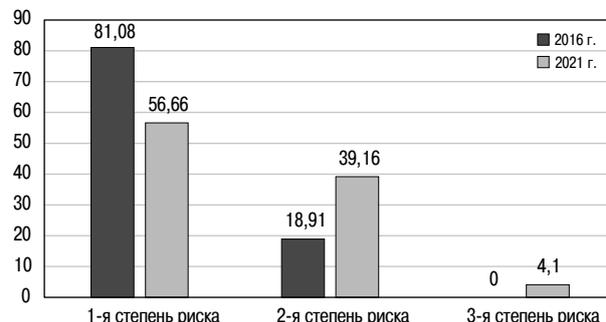
В мировой практике признается возможным и обоснованным введение в устав конкретного учреждения ОХЛ ограничения по возрасту, что регламентируется локальными нормативными актами [2, 3, 15]. Это ограничение вводится с учетом местных условий и является следствием того, что пожилые люди, даже здоровые, имеют ограниченные функциональные резервы практически всех систем органов, что проявляется в стрессовой ситуации, к которой, безусловно, относится и хирургическое вмешательство. Сразу необходимо отметить, что мы, не вводя формально ограничения по возрасту, все же на начальном этапе не госпитализировали в СКП пациенток старше 60 лет, но постепенно расширяли границы (рис. 4): доля пациенток старше 60 и даже 65 лет возросла. К настоящему времени мы не считаем преклонный возраст препятствием для госпитализации в СКП при удовлетворительном состоянии здоровья. Но этот контингент требует особого внимания. В обязательном порядке мы принимаем во внимание социальный аспект – считаем необходимым убедиться, что пожилая пациентка поедет домой в сопровождении взрослого, не на общественном транспорте, мы также советуем, чтобы в течение ближайших суток она не оставалась дома одна. Кроме того, оцениваем риск послеоперационной когнитивной дисфункции [16] и не предлагаем госпитализацию в СКП пациенткам с высоким риском ее развития, так как в случае планируемой ранней выписки ее развитие может оказаться нераспознанным и создать дополнительный риск для здоровья пациентки.

Рис. 4. Доля пациенток моложе и старше 60 лет (%) среди пациенток СКП.**Fig. 4. Proportion of patients younger and older than 60 years of age (%) among DCH patients.**

По мере накопления опыта работы СКП несколько расширился список и степень тяжести сопутствующих нозологий, с которыми мы сочли возможным оказание помощи в СКП, что нашло отражение в увеличении числа госпитализированных и получивших помощь пациенток с большей степенью анестезиологического риска (рис. 5). Если в самом начале мы во многих случаях при сопутствующей патологии перенаправляли пациенток в круглосуточный стационар, то постепенно мы сужали список противопоказаний. Например, на протяжении первых 2 лет с момента открытия СКП ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина» мы не принимали для однодневного лечения пациенток с сахарным диабетом 1-го типа, но со временем перестали считать это противопоказанием, если заболевание компенсировано и не привело к развитию осложнений. Аналогично по мере накопления опыта мы расширили спектр сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной систем и прочих, при которых работу с пациенткой по программе ОХЛ мы сочли возможной. Мы сохраняем ограничения для пациенток со значительным ожирением, не госпитализируя в СКП женщин с индексом массы тела более 35 кг/м². Это связано с техническими трудностями, возникающими во время операции у пациенток данной группы, а также более длительным выходом таких больных из наркоза (из-за поглощения летучих анестетиков жировой клетчаткой) и длительным сохранением риска посленаркозной депрессии дыхания, что требует более продолжительного послеоперационного наблюдения.

Все пациентки акушерско-гинекологического профиля, направленные для диагностики и лечения в СКП и включенные в исследование, вошли в одну из перечисленных групп в соответствии с приказом №863 от 24 октября 2016 г.:

1. Пациентки с аномальными маточными кровотечениями для уточнения этиологического фактора аномальных маточных кровотечений по классификации FIGO PALM-COEN. Пациентки с кровотечением в постменопаузе, направленные на гистероскопию, curettage стенок полости матки и цервикального канала с целью верификации диагноза.
2. Пациентки репродуктивного возраста, планирующие беременность и проходящие обследование в связи с бесплодием, направленные репродуктологом для проведения гистероскопии при неэффективных попытках экстракорпорального оплодотворения или при подозрении на патологию эндометрия, в том числе на синдром Ашермана (для разделения предполагаемых синехий) и пр.

Рис. 5. Доля пациенток с различной степенью анестезиологического риска среди пациенток СКП (%).**Fig. 5. Proportion of patients with different anesthetic risk among DCH patients (%).**

3. Пациентки с заболеваниями шейки матки, которым необходима гистологическая верификация диагноза, а также для конизации шейки матки при дисплазии (CIN II, CIN III).
4. Пациентки, направленные на гистероскопию при подозрении на патологию эндометрия, в том числе для последующего определения показаний к выполнению и объема планируемого планового оперативного вмешательства.
5. Пациентки для гистерорезектоскопии, удаления полипов полости матки, канала шейки матки, трансцервикального удаления узла миомы с подслизистым расположением.
6. Пациентки для биопсии ткани влагалища, вульвы.
7. Беременные до 12 нед, направленные для прерывания беременности по желанию или медицинским показаниям.

Абсолютное большинство пациенток, направленных в СКП, поступали для проведения лечебно-диагностических внутриматочных вмешательств: гистероскопии с последующим раздельным диагностическим выскабливанием (РДВ) стенок полости матки и канала шейки матки или прицельной биопсии эндометрия, удаления полипов эндометрия, разделения внутриматочных синехий, трансцервикальной резекции субмукозного миоматозного узла 0 и 1-го типов по FIGO. Существенно меньшее число госпитализаций в СКП связано с необходимостью диагностики и лечения заболеваний шейки матки, биопсии/удаления новообразований вульвы, влагалища, проведения медицинского аборта (рис. 6).

Летальность составила 0%. Пациентки выписывались в удовлетворительном состоянии в день госпитализации, число женщин, переведенных в круглосуточный стационар больницы из СКП в связи с развитием осложнения или при необходимости более длительного наблюдения после вмешательства, составило за все время работы СКП 5 (0,054%) человек. В 3 наблюдениях имела место перфорация матки при гистероскопии и раздельном выскабливании матки у пациенток постменопаузального возраста (они прооперированы в условиях круглосуточного стационара), в 1 наблюдении потребовался перевод в связи с маточным кровотечением для консервативной терапии и наблюдения, у 1 пациентки дренирована объемная пиометра, и она переведена для противовоспалительной и антибактериальной терапии. Здесь уместно подчеркнуть, что оптимально, когда СКП находится на территории и организационно входит в состав крупной больницы. При развитии осложнений консультативная помощь специалистами различного профиля,

Рис. 6. Объем оперативной помощи пациенткам СКП.
Fig. 6. The scope of surgical care for DCH patients.

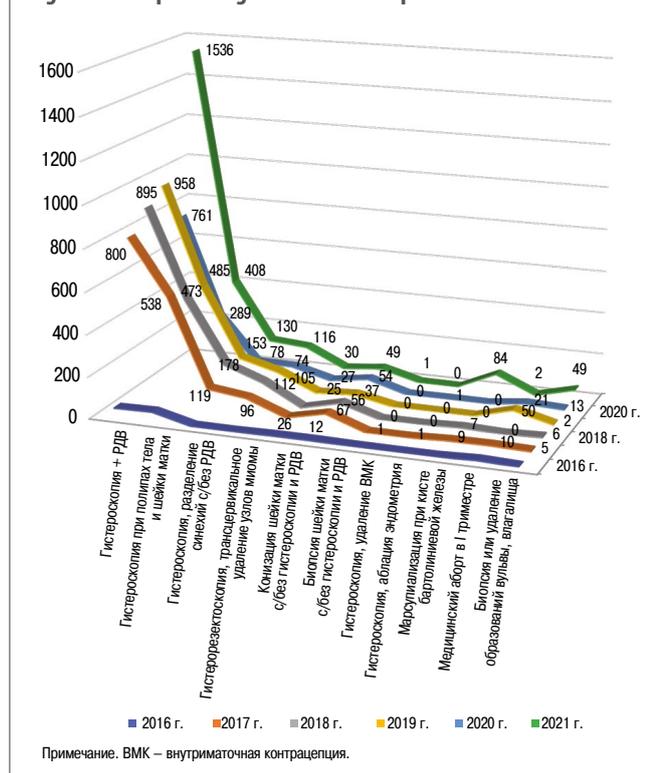
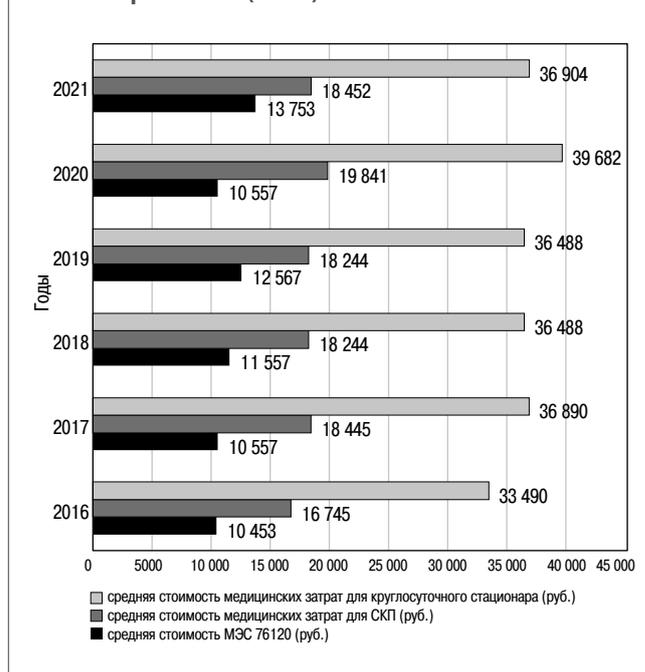


Рис. 7. Экономическая эффективность оказания помощи в СКП в сравнении со стационаром круглосуточного пребывания (руб.).
Fig. 7. Cost-effectiveness of care in the DCH setting compared to a 24-hour in-patient unit (rubles).



а при необходимости – операция для коррекции возникшего осложнения могут быть осуществлены незамедлительно.

В настоящее время уделяется особое внимание выявлению онкологической патологии. Различные формы злокачественных новообразований диагностированы у 523 (5,7%) пациенток, у 339 (3,9%) выявлены предраковые заболевания.

Эффективность работы СКП во многом зависит от первичного звена (поликлиник и женских консультаций), врачи которых проводят необходимое догоспитальное обследование. Тем не менее нельзя не отметить, что взаимодействие и преемственность в работе стационара с учреждениями первичного звена в настоящее время нуждаются в совершенствовании в аспекте ведения пациенток после выписки из СКП.

Оказание пациенткам необходимой помощи в условиях СКП снижает экономические затраты, связанные с пребыванием пациентки в круглосуточном стационаре, что позволяет рационально использовать ресурсы, освободить госпитальные койки для лечения более тяжелой категории больных. Экономия достигается за счет того, что в стационаре одного дня нет необходимости организовывать круглосуточные дежурства персонала, питание больных, фактически пациентки находятся в клинике менее 12 ч. В круглосуточном стационаре организация работы требует пребывания пациентки в клинике в течение 2 сут, что увеличивает затраты. На рис. 7 представлены показатели экономической эффективности работы СКП по одному из медико-экономических стандартов (МЭС) – 76 120 (полип эндометрия).

Кратковременное пребывание в больнице снижает риск внутрибольничной инфекции, способствует более быстрому восстановлению трудоспособности, снижает эмоциональный стресс [5, 6]. После выписки из СКП в случае недомогания согласно приказу Департамента здравоохранения г. Москвы №373/134 от 28.04.2016 пациентка вправе позвонить лечащему врачу и получить консультацию. По нашему

мнению, обеспечение пациентов мобильной связью с врачами СКП важно не только с точки зрения своевременной диагностики возможных осложнений, но и для устранения репутационных рисков клиники.

Анализ работы СКП ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина» показал, что стационарзамещающие технологии имеют большой потенциал развития, позволяющий в дальнейшем расширить возможности оказания диагностической и лечебной помощи по различным направлениям в гинекологии. Так, с 2016 до 2022 г. стало возможным сократить коечный фонд отделения гинекологии с 50 до 30 коек, но в то же время вернуть отделение онкогинекологии.

Департамент здравоохранения г. Москвы 27 мая 2022 г. издал приказ «О внесении изменений в приказ Департамента здравоохранения г. Москвы» от 26 апреля 2022 г. В приказе расширен перечень вмешательств, которые планируется выполнять в СКП, в частности – лапароскопические операции на придатках матки при бесплодии. Также в СКП будут выполняться некоторые диагностические и лечебные вмешательства у онкогинекологических больных. Допускается возможность перехода к оказанию не только плановой, но и экстренной помощи некоторым строго регламентированным категориям пациенток.

Внедрение в клиническую практику современных малоинвазивных методов лечения способствует раннему восстановлению и сокращению сроков нетрудоспособности пациенток. Использование современного высокотехнологичного оборудования позволяет минимизировать число осложнений в послеоперационном периоде, снизить нагрузку на врачей круглосуточного стационара и высвободить койки для более тяжелой категории больных.

Прогресс не только собственно в технике операций, но и совершенствование периоперационного ведения, в том числе внедрение технологии Fast Track, позволили задуматься о расширении перечня нозологий и хирургических вмешательств для СКП. По нашему мнению, вполне можно будет

со временем рекомендовать для выполнения в условиях СКП следующие вмешательства:

1. Операции из области эстетической гинекологии.
2. Лапароскопические операции при доброкачественной патологии придатков матки, некоторые лапароскопические операции в связи с миомой матки.
3. Лечение внутриматочной патологии и доброкачественных заболеваний шейки матки с использованием инновационного оборудования (внутриутробный шейвер, лазерные и криогенные технологии), в том числе выполнение симультанных операций.

Заключение

Анализ работы СКП ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина» показал, что пилотный проект можно оценить как успешный в связи с хорошими как клиническими, так и экономическими показателями. Такой формат работы заслуживает широкого внедрения, причем оптимальным является создание таких стационаров в структуре многопрофильных клиник. По нашему мнению, перечень оперативных вмешательств, которые следует выполнять в СКП, должен быть расширен.

Раскрытие интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Литература/References

1. Глазкова О.Л., Кузнецов Р.Э., Игнатченко О.Ю., Полева Т.Н. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных в гинекологической клинике. М.: ГЭОТАР медиа, 2020 [Glazkova OL, Kuznetsov RE, Ignatchenko OYu, Poletova TN. Predoperatsionnaia podgotovka i posleoperatsionnoe vedenie bol'nykh v ginekologicheskoi klinike. Moscow: GEOTAR media, 2020 (in Russian)].
2. Day surgery: development and practice (PDF). Eds P Lemos, P Jarrett, B Philip. London: International Association for Ambulatory Surgery, 2006. Retrieved 2018-06-11.
3. Quemby DJ, Stocker ME. Day surgery development and practice: key factors for a successful pathway. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain*. 2014;14(6):256-61.
4. Henderson J, Goldacre MJ, Griffith M, Simons HM. Day case surgery: geographical trends and readmission rate. *J Epidemiol Community Health*. 1989;43:301-5.
5. Kehlet H. Fast-track surgery – an update on physiological care principles to enhance recovery. *Langenbeck's Arch Surg*. 2011;396(5):585-90. DOI:10.1007/s00423-011-0790-y
6. Kehlet H, Slim K. The future of fast-track surgery. *Br J Surg*. 2012;99(8):1025-6. DOI:10.1002/bjs.8832
7. Брюсов П.Г., Уразовский Н.Ю., Курицын А.Н., Таривердиев М.Л. Возможности применения программы ускоренного восстановления после операции (FTS) в военно-полевой хирургии. *Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского*. 2017;1:1248-9 [Briusov PG, Urazovskii NIu, Kuritsyn AN, Tariverdiev ML. Vozmozhnosti primeniia programmy uskorennoogo vosstanovleniia posle operatsii (FTS) v voenno-polevoi khirurgii. *Al'manakh Instituta khirurgii im. AV Vishnevskogo*. 2017;1:1248-9 (in Russian)].
8. Varadhan K, Neal K, Dejong CHC, et al. The enhanced recovery after surgery (ERAS) pathway for patients undergoing major elective open colorectal surgery: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Clin Nutr*. 2010;29(4):434-40.
9. Carter J, Philp S, Arora A. Fast track gynaecologic surgery in the overweight and obese patient. *Int J Clin Med*. 2010;1(2):64-9.
10. Carter J, Philp S, Arora V. Poster presentation. Extended experience with an enhanced surgical recovery program. Proceedings of the 13th Biennial Meeting of the International Gynecologic Cancer Society. Prague, 2010.
11. Carter J, Philp S, Arora V. Early discharge after major gynaecological surgery: advantages of fast track surgery. *Open J Obstet Gynaecol*. 2011;1(1):1-5.
12. White PF, Kehlet H, Neal JM, et al. The role of the anesthesiologist in fast-track surgery: from multimodal analgesia to perioperative medical care. *Anesth Analg*. 2007;104(6):1380-96.
13. Compagna R, Aprea G, De Rosa D, et al. Fast track for elderly patients: Is it feasible for colorectal surgery? *Int J Surg*. 2014;12(Suppl. 2):S20-2.
14. Гурьянов В.А. Предоперационное обследование. Операционно-анестезиологический риск. Анестезиология: Национальное руководство. Под ред А.А. Бунятяна, В.М. Мизикова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011; с. 446-8 [Gur'ianov VA. Predoperatsionnoe obsledovanie. Operatsionno-anesteziologicheskii risk. Anesteziologiya: Natsional'noe rukovodstvo. Pod red AA Buniatiana, VM Mizikova. Moscow: GEOTAR-Media, 2011; p. 446-8 (in Russian)].
15. Федоровский Н.М. Физиологические особенности стареющего организма в оценке специалиста по анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии. *Клиническая геронтология*. 2003;2:36-40 [Fedorovsky NM. Fiziologicheskie osobennosti stareiushchego organizma v otsenke spetsialista po anesteziologii, reanimatologii i intensivnoi terapii. *Klinicheskaiia gerontologiya*. 2003;2:36-40 (in Russian)].
16. Глазкова О.Л., Шмелева С.В., Москаленко Р.В., и др. Когнитивная дисфункция как фактор, ограничивающий применение программ ускоренной реабилитации пациенток пожилого и старческого возраста в оперативной гинекологии. *Психология. Психофизиология*. 2020;13(2):25-32 [Glazkova OL, Shmeleva SV, Moskalenko RV, et al. Cognitive dysfunction as a factor restricting the application of accelerated rehabilitation programs for elderly and senior patients in operative gynecology. *Psikhologiya. Psikhofiziologiya*. 2020;13(2):25-32 (in Russian)]. DOI:10.14529/jpps200203

Статья поступила в редакцию / The article received: 13.09.2022

Статья принята к печати / The article approved for publication: 16.12.2022