

Бельченко В. А., Чантырь И. В., Завгороднев К. Д.

СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ: ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ И ПУТИ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ

ГБУЗ «Городская клиническая больница № 1 имени Н. И. Пирогова Департамента здравоохранения города Москвы», филиал «Челюстно-лицевой госпиталь для ветеранов войн», Россия, 115191, г. Москва

Социально-экономический кризис и международные санкции значительно повлияли на систему здравоохранения, что требует применения новых организационно-методических подходов с медико-социальными и экономическими преимуществами. Так, в челюстно-лицевой хирургии оказалось оправданным внедрение стационарзамещающих технологий, которые обеспечивают доступность специализированной медицинской помощи и сокращение сроков лечения пациентов. Целью исследования является определение эффективности оказанной специализированной медицинской помощи по профилю челюстно-лицевая хирургия в формате стационаров кратковременного пребывания. В статье приведены данные стационаров кратковременного пребывания медицинских организаций Департамента здравоохранения г. Москвы за 2023 г. С целью более подробной характеристики и оценки результатов качества проведенного хирургического лечения за основу взяты данные одной из медицинских организаций. Проведен ретроспективный анализ методом поперечного среза электронных удовлетворенности пациентов качеством оказанной хирургической помощи. Уровень удовлетворенности пациентов оказался выше в стационаре кратковременного пребывания (9,1 балла), в круглосуточном стационаре он составил 8,4 балла.

Исследование показало, что развитие стационарзамещающих технологий в формате стационаров кратковременного пребывания по профилю челюстно-лицевая хирургия, с одной стороны, является своевременным и обоснованным, с другой — требует комплексного подхода, включающего модернизацию инфраструктуры медицинских организаций, повышение квалификации персонала, расширение спектра проводимых хирургических вмешательств.

Ключевые слова: стационарзамещающие технологии; стационар кратковременного пребывания; организация здравоохранения; челюстно-лицевая хирургия.

Для цитирования: Бельченко В. А., Чантырь И. В., Завгороднев К. Д. Стационарзамещающие технологии в челюстно-лицевой хирургии: особенности организации и пути дальнейшего развития. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(6):1273—1280. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-6-1273-1280>

Для корреспонденции: Завгороднев Кирилл Дмитриевич, заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии № 2, e-mail: zheme14@mail.ru

Belchenko V. A., Chantyr I. V., Zavgorodnev K. D.

THE IN-PATIENT SUBSTITUTING TECHNOLOGIES IN MAXILLOFACIAL SURGERY: CHARACTERISTICS OF ORGANIZATION AND WAYS OF FURTHER DEVELOPMENT

The State Budget Institution “The N. I. Pirogov Municipal Clinical Hospital № 1” of the Moscow Health Care Department, 115191, Moscow, Russia

The social economic crisis and international sanctions significantly affected health care system that requires implementation of new organizational approaches with medical, social and economic benefits. Currently, up to 80% of budgetary funds for health care are spent on in-patient care, although 20–50% of patients could be effectively treated in less expensive short-stay hospitals. The purpose of the study is to assess efficiency of specialized care in maxillofacial surgery in conditions of short-stay hospitals. In maxillofacial surgery, implementation of in-patient substitution technologies is justified that ensure availability of minimally invasive surgeries and reduction of treatment time. The analysis of data of 2,022 patients hospitalized in the Maxillofacial Hospital for War Veterans of the Moscow Health Department from January 1 to December 31 2023 demonstrated that 1,518 patients (65.37%) were treated in the 24-hour in-patient department and 504 patients (34.63%) in the short-stay in-patient department. Among them, 738 males (36.3%) and 1,284 females (63.7%), average age of patients was 42.5 ± 17.82 years. In the 24-hour in-patient department, females accounted for 62.85% and males 37.15%. In short-stay in-patient department, females accounted for 65.48%, males for 34.52%. The average stay in 24-hour hospital was 5.6 bed days and in short-stay hospital — 6–8 hours.

The economic efficiency of short-stay hospitals was demonstrated in significant savings of medications and services. The level of patient satisfaction is higher in short-stay hospital (8.4 points versus 8.1 points in 24-hour hospital).

The development of short-stay hospitals in maxillofacial surgery contributes into improving of quality and accessibility of medical care, modernizing medical infrastructure and optimizing budget expenditures.

Key words: maxillofacial surgery; in-patient substituting technologies; hospital for short-term stay; economic efficiency.

For citation: Belchenko V. A., Chantyr I. V., Zavgorodnev K. D. The in-patient substituting technologies in maxillofacial surgery: characteristics of organization and ways of further development. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(6):1273–1280 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-6-1273-1280>

For correspondence: Zavgorodnev K. D., the Head of the Department of maxillofacial surgery of the State Budget Institution “The N. I. Pirogov Municipal Clinical Hospital № 1” of the Moscow Health Care Department. e-mail: zheme14@mail.ru

Conflict of interests. The authors declare absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 24.05.2024

Accepted 10.09.2024

Введение

Социально-экономический кризис и международные санкции оказали значительное влияние на многие общественно значимые отрасли, включая систему здравоохранения. Эти обстоятельства подчеркивают необходимость поиска новых форм организации медицинской помощи, которые обладают медико-социальными и медико-экономическими преимуществами [1]. Внедрение новых технологий в оказание медицинской помощи пациентам должно опираться на тщательную оценку их обоснованности, востребованности и экономической эффективности. В настоящее время до 80% бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение, направляется на финансирование стационарной помощи. Между тем от 20 до 50% пациентов, проходивших лечение в круглосуточных стационарах (КС), могли бы получать такую же качественную и эффективную, но менее затратную помощь при использовании стационарзамещающих технологий (СЗТ), таких как стационары кратковременного пребывания (СКП) [2, 3].

Одним из перспективных направлений в организации специализированной помощи в области челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ) является развитие и совершенствование СЗТ, одним из вариантов которых является СКП [4]. Цель таких стационаров заключается в обеспечении доступности не только стандартных, но и современных малоинвазивных хирургических вмешательств для широкого круга пациентов с различной челюстно-лицевой патологией, проведении комплексного лечебно-диагностического обследования, манипуляций и операций с использованием передовых методов ЧЛХ, включая эндоскопическую технику, обеспечении эффективного использования дорогостоящего оборудования, сокращении сроков лечения пациентов, увеличении оборота коек для челюстно-лицевого профиля, перераспределении финансовых затрат в сторону повышения качества диагностики и лечения пациентов в минимально возможные сроки [1—5].

Интеграция таких технологий в ЧЛХ сопряжена с рядом организационно-методических особенностей. Особое внимание должно быть уделено вопросам технического обеспечения, что предполагает существенную модернизацию существующего оборудования и внедрение инновационных технологий. Этот процесс требует регулярного мониторинга состояния инфраструктуры медицинских учреждений и своевременного обновления материально-технической базы. Не менее важными являются оценка экономической эффективности и разработка моделей финансирования для обеспечения устойчивого внедрения и повышения качества оказываемой помощи [6, 7].

Современная столичная медицина неуклонно развивается в направлении повышения качества оказываемой помощи, внедрения и усовершенствования инновационных технологий с учетом международного опыта, что способствует улучшению клинических результатов, минимизирует осложнения, снижает сроки нетрудоспособности пациентов. В связи с этим особое внимание уделяется СЗТ, которые играют ключевую роль в трансформации традиционных подходов к диагностике и лечению. ЧЛХ на сегодняшний день является довольно активно развивающейся областью медицины в данном направлении [8].

Важным аспектом является также интеграция современных цифровых технологий (КИС ЕМИАС, ЕРИС, ЛИС ЭФИР) в процесс диагностики и планирования лечения.

С целью внедрения современных технологий оказания медицинской помощи, и формирования эффективной системы здравоохранения Москвы, 28 апреля 2016 г. ДЗМ издан приказ № 373/134 «О проведении пилотного проекта по организации стационаров кратковременного пребывания» на базе стационаров пяти медицинских организаций (МО) [9]. С того времени прошло 8 лет, за этот период возникла необходимость проведения аудита медицинских данных с целью определения имеющихся недостатков, повышения эффективности и качества проводимого лечения. Цель проекта — снижение сроков нахождения пациента в условиях КС, оптимизация работы МО, снижение расходов на лечение при полном сохранении качества медицинской помощи.

Целью нашего исследования является оценка эффективности организации специализированной помощи по профилю ЧЛХ в формате СКП.

Материалы и методы

Исследование проведено на базе ГБУЗ «ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова филиал «Челюстно-лицевой госпиталь для ветеранов войн» (ЧЛГ для ВВ ДЗМ) под руководством д-ра мед. наук проф., главного внештатного специалиста по ЧЛХ ДЗМ В. А. Бельченко. В период с 1 января по 31 декабря 2023 г. была проанализирована медицинская документация за 12 мес работы медицинских организаций ДЗМ, оказывающих помощь взрослому населению по профилю ЧЛХ в условиях КС и СКП.

С целью более подробной характеристики и оценки результатов качества проведенного хирургического лечения нами проведен ретроспективный анализ методом поперечного среза выгруженных из клинической информационной системы ЕМИАС г. Москвы электронных историй болезней пациентов, прошедших лечение в ГБУЗ «ЧЛГ для ВВ ДЗМ», по

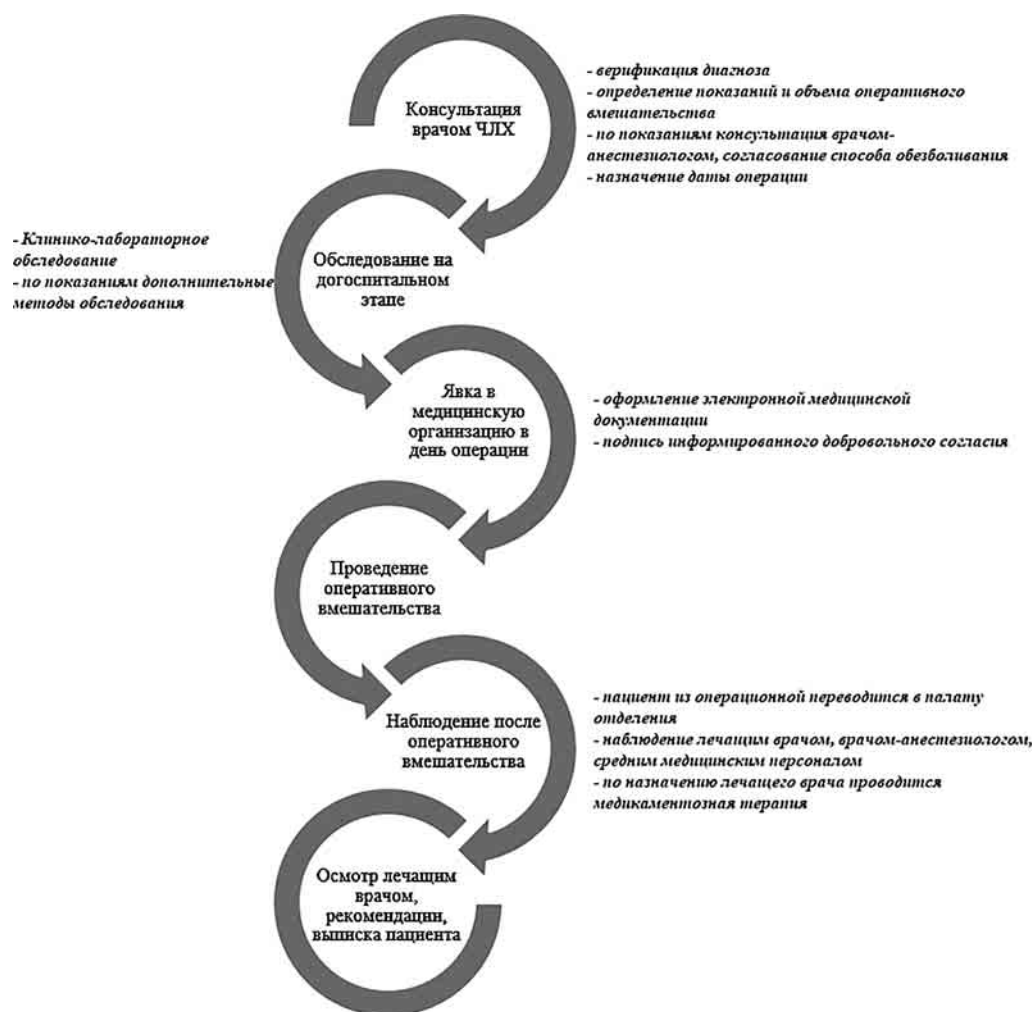


Рис. 1. Схема оптимального маршрута пациентов при лечении в СКП.

нозологиям, включенным в перечень заболеваний согласно приказу [7].

СКП ГБУЗ «ЧЛГ для ВВ ДЗМ» представляет собой структурное подразделение, которое осуществляет свою деятельность с 2018 г. и представлено 3-кочным отделением, операционной, смотровым и процедурным кабинетами. Операционная СКП оснащена современным, в том числе высокотехнологичным, оборудованием (стоматологическая установка, физиодиспенсер, ультразвуковая хирургическая система, высокочастотный радиоволновой хирургический генератор, современные моно- и биполярные коагуляторы), необходимым для проведения малоинвазивных вмешательств по профилю ЧЛХ.

Госпитализация в СКП осуществлялась в плановом порядке. Предоперационное обследование в объеме минимального перечня исследований проводили на уровне приемного отделения. Алгоритм определения наиболее эффективного пути пациентов с момента обращения в консультативный кабинет представлен на рис. 1.

Критериями включения в исследование были наличие у пациентов челюстно-лицевой патологии, требующей хирургического лечения в соответствии с медико-экономическими стандартами (МЭС) Мо-

сковского городского фонда обязательного медицинского страхования (МГФОМС), утвержденными приказом ДЗМ [9] (изменения № 1272/804 от 30.12.2022), и страховки в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), наличие полиса ОМС московского образца.

Критерии исключения: наличие в анамнезе сопутствующей патологии в стадии суб- и декомпенсации, признаки дыхательной недостаточности и недостаточности кровообращения; нарушения ритма сердца, необходимость длительного послеоперационного восстановительного лечения, наличие в анамнезе аллергических реакций на местные анестетики, отсутствие полиса ОМС московского образца, иная челюстно-лицевая патология.

Все пациенты, включенные в исследование, были разделены на две группы сравнения: 1-я группа — получавшие медицинскую помощь в условиях КС, 2-я группа — в условиях СКП.

Пациентам, прошедшим хирургическое лечение, предлагалось пройти анкетирование удовлетворенности качеством оказанной медицинской помощи. Анкета включала в себя следующие параметры:

— доступность и своевременность медицинской помощи;

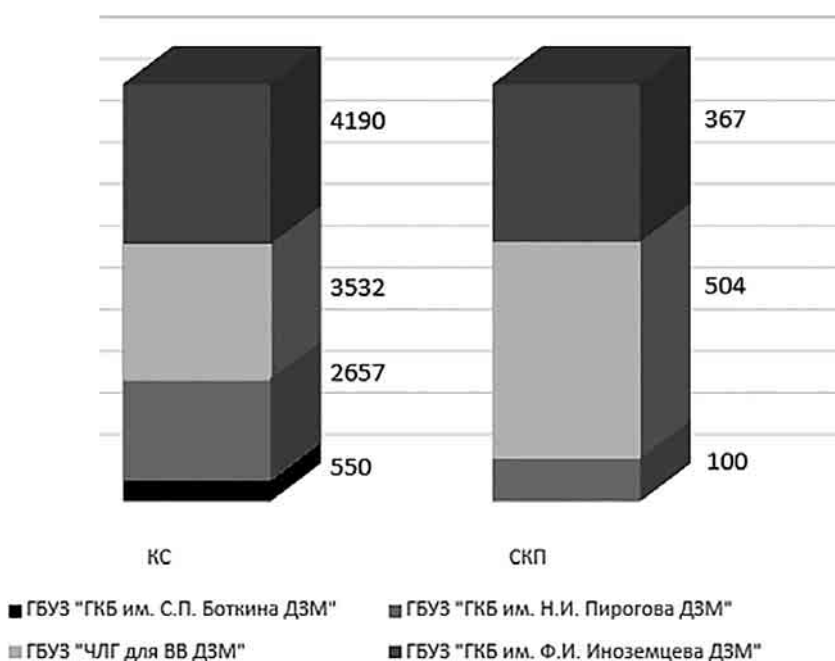


Рис. 2. Количество взрослых пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь по профилю ЧЛХ в стационарах г. Москвы в КС и СКП (в абс. ед.).

- время ожидания приема и начала лечения;
- условия и комфорт пребывания в стационаре;
- качество оказанной медицинской помощи;
- доступность послеоперационного наблюдения.

В анкетировании респонденты могли выбрать один из трех вариантов ответа: 0 баллов — не удовлетворен, 1 балл — частично удовлетворен, 2 балла — полностью удовлетворен. Итоговую оценку результатов проводили по аналоговой шкале от 1 до 10 и подразделяли на цветовые обозначения по типу «светофор». Таким образом, ответы в диапазоне 1—5 баллов означали «совершенно не удовлетворен» (красная зона); 6—8 баллов — «частично удовлетворен» (желтая зона); 9—10 — «максимально удовлетворен» (зеленая зона).

Полученные данные были сформированы в таблицу и проанализированы с помощью метода сравнительной статистики непараметрических критериев с использованием персонального компьютера и редактора электронных таблиц для проведения экономико-статистических расчетов «МойОфис Таблица» (разработчик — «ООО Новые облачные технологии», Россия).

Результаты исследования

Анализ данных за 12 мес (с 1 января по 31 декабря 2023 г.) выявил, что всего было госпитализированы и пролечено 11 892 пациента, из них 10 927 (91,8%) — в условиях КС, 965 (8,1%) — в условиях СКП. В стационаре ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ» — 550 (4,6%) пациентов (КС/СКП — 550/0), в ГБУЗ «ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова ДЗМ» — 2757 (23,17%) пациентов (КС/СКП — 2657/100), в ГБУЗ «ЧЛГ для ВВ ДЗМ» — 4036 (33,9%) пациентов (КС/СКП — 3532/504), в ГБУЗ «ГКБ им. Ф. И. Иноземцева ДЗМ» — 4557 (38,27%) пациентов (КС/СКП — 4189/361). Обобщенные показатели госпитализации взрослого населения МО стационарного типа по каналам КС и СКП представлены на рис. 2.

Сравнительная характеристика ежемесячной госпитализации взрослых пациентов по каналу СКП представлена на рис. 3.

При более подробном анализе в указанный период в ГБУЗ «ЧЛГ для ВВ ДЗМ» обратилось 4036 пациентов, из них 3532 пациентам (87,5%) была оказана специализированная помощь в условиях КС и 504 (12,49%) — в СКП. Согласно заявленным критериям отбора в выборку данного исследования было включено 2022 пациента, из них 738 (36,3%) мужчин и 1284 (63,7%) женщин. Средний возраст пациентов составил $42,5 \pm 17,8$ года. Самому

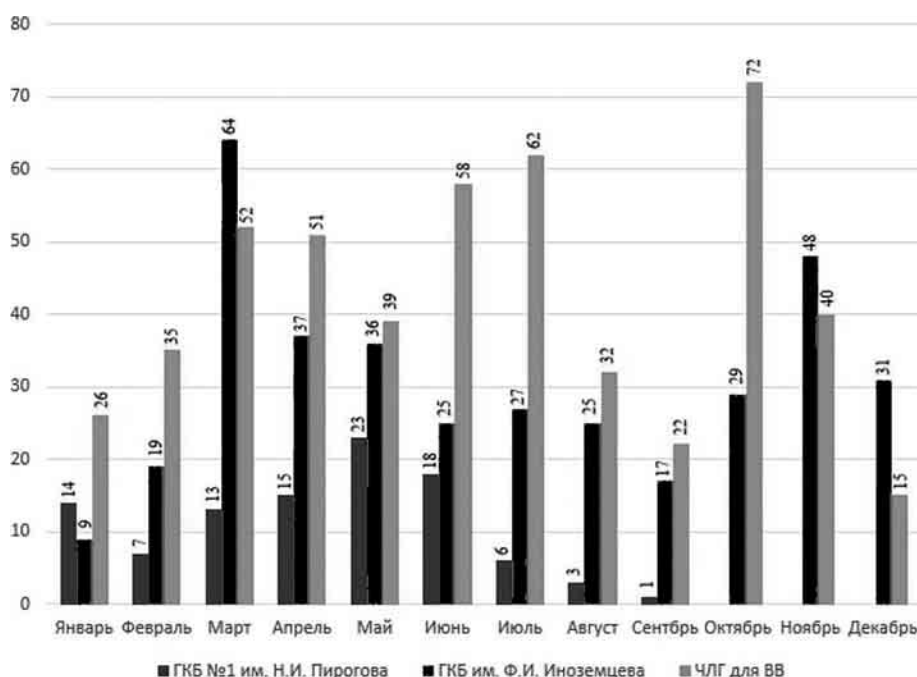


Рис. 3. Диаграмма статистических данных оказанной специализированной медицинской помощи взрослым пациентам в СКП в подведомственных учреждениях ДЗМ (в абс. ед.).

Перечень нозологий по МКБ-10 и МЭС МГФОМС

МЭС		Нозологии по МКБ-10	Всего пациен- тов, n (%)	Пациентов в КС, n	Пациентов в СКП, n
Код	Наименование				
73.020	Доброкачественные новообразования головы и шеи (кисты и свищи)	D21.0	246 (12,15)	169	77
73.030	Доброкачественные новообразования полости рта и губы	D10.0, D10.1, D10.3, D18.0	194 (9,59)	44	150
73.040	Доброкачественные новообразования лицевого скелета	D16.4, D16.5	47 (2,31)	46	1
73.050	Доброкачественные новообразования слюнных желез	D11.7	27 (1,33)	26	1
73.070	Аномалии и последствия перелома костей черепа и лицевого скелета	K07.3	977 (48,4)	795	182
73.080	Рубцовые деформации лица и шеи	L90.5	6 (0,29)	3	3
73.090	Фолликулярные кисты. Болезни пульпы и периапикальных тканей	K04.8	451 (22,28)	367	84
73.110	Сиалоаденит, сиалолитиаз	K11.2, K11.5	71 (3,64)	66	5
73.170	Раны лица	S01.5	3 (0,15)	2	1

молодому пациенту было 18 лет, самому пожилому — 98. Пациенты были разделены на две группы: 1-я группа — проходившие обследование и хирургическое лечение в КС (n=1518; 65,37%), 2-я группа — в СКП (n=504; (34,6%).

В 1-й группе хирургическая помощь была оказана 564 (37,15%) мужчинам и 954 (62,85%) женщинам, во 2-й группе — 174 (34,5%) мужчинам и 330 (65,48%) женщинам.

Основные нозологии по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) в соответствии с МЭС МГФОМС, с которыми обращались пациенты, представлены в таблице.

В ходе изучения протоколов оперативных вмешательств было выявлено, что пациентам, получающим специализированную медицинскую помощь в рамках СКП, проводили следующие хирургические вмешательства: удаление ретинированного, дистопированного или сверхкомплектного зуба (n=182; 6,1 %), удаление новообразований полости рта и губы (n=150; 29,76%), цистотомия или цистэктомия (n=84; 16,6%), удаление новообразований мягких тканей головы и шеи (n=77; 15,27%), удаление камней из протоков слюнных желез (n=5; 0,99%), устранение рубцовых деформаций лица и шеи (n=3; 0,59%), удаление новообразований лицевого скелета (n=1; 0,19%), удаление слюнной железы (n=1; 0,19%); хирургическая обработка раны (n=1; 0,19%).

При исследовании статистических данных установлено, что минимальный срок госпитализации в КС составил 1 койко-день, максимальный — 10 койко-дней. Средний срок пребывания пациентов в КС составлял 5,6 койко-дня. Оборот койки рассчитывался как отношение числа выбывших больных к среднегодовому числу коек и составил 38,2 пациента на койку. Среднегодовая занятость койки рассчитывалась как отношение числа койко-дней, фактически проведенных пациентами в КС, к среднегодовому числу коек и равнялась 17,2 койко-дня.

В соответствии с правилами оказания специализированной медицинской помощи в СКП пребывание пациента на койке не должно превышать 24 ч для пациентов, госпитализированных в плановом порядке (СКП_{план}), и 36 ч для пациентов, госпитализированных в экстренном порядке (СКП_{эк}). Оборот койки составил 168 пациентов на койку, среднегодовая занятость койки — 168 койко-дней. Среднее время пребывания пациентов в СКП_{план} составило

6—8 ч. За время работы отделения ни одному пациенту не потребовался перевод в КС.

Существенным аспектом работы отделения СКП является экономическая составляющая, включающая оплату завершённого случая госпитализации в полном объеме на основе утвержденных МЭС, что имеет немаловажное значение для МО, помогая избежать финансовых потерь при сокращении сроков госпитализации. Также существует возможность оптимизировать экономическую составляющую за счет значительной экономии средств МО на медикаментах, расходном материале, обеспечении питания, коммунальных услугах. Это способствует улучшению финансовой устойчивости МО, позволяя направлять высвобожденные ресурсы на иные, не менее актуальные нужды: содержание и обновление оборудования, развитие новых медицинских направлений и технологий и др.

С использованием методов вычисления средних арифметических величин и стандартных отклонений нами было определено количество пациентов, необходимое для участия в анкетировании с доверительной вероятностью 95%. Согласно проведенным расчетам, требуемый размер выборки составил 307 пациентов для 1-й группы и 218 пациентов для 2-й группы. По результатам проведенного анкетирования удовлетворенности качеством оказанной хирургической помощи в КС средний показатель составил 8,4 балла, в то время как в группе СКП этот показатель достигал 9,1 балла.

В рамках исследования также проведен мониторинг жалоб пациентов. В течение изучаемого периода было зарегистрировано 16 случаев жалоб, из которых 9 (56,25%) относились к КС, а 7 (43,75%) были связаны с СКП. Жалобы пациентов включали продолжительное время ожидания приема и консультаций, качество лечебного питания; жалоб на лечебно-диагностический процесс не поступало. Полученный результат не является статистически значимым (p=0,08), используемый метод — U-критерий Манна—Уитни.

В послеоперационном периоде было зарегистрировано 23 (1,14%) случая осложнений. Из общего числа осложнений 9 (0,45%) были после хирургического лечения в КС, 14 (0,69%) — в СКП. Выявленные осложнения подразделяли на ранние и поздние. Были установлены статистически значимые различия (p<0,001), используемый метод — t-критерий

Стюдента. Среди ранних осложнений были зарегистрированы обморок ($n=1$; 0,05%), послеоперационные кровотечения ($n=2$; 0,1%), появление гематомы мягких тканей ($n=5$; 0,25%), среди поздних — расхождение швов в полости рта ($n=2$; 0,1%), гипостезия по ходу *n. mandibularis* ($n=5$; 0,25%), гнойно-воспалительные ($n=8$; 0,39%).

Обсуждение

Исследование показало, что наиболее часто за специализированной медицинской помощью по профилю ЧЛХ обращались пациенты женского пола, молодого трудоспособного возраста, с аномалией положения зубов (в виде ретенции, дистопии, сверхкомплектных зубов).

При изучении базы данных системы КИС ЕМИАС прослеживается положительная динамика в росте количества пациентов, получающих специализированную медицинскую помощь в рамках СКП_{план} за период 2019—2023 гг. В течение указанного периода специализированную медицинскую помощь получили 1087 пациентов. В 2019 г. помощь была оказана 131 пациенту, в 2020 г. — 26 пациентам, в 2021 г. — ни одному пациенту, в 2022 г. — 426 пациентам, а в 2023 г. — 504 пациентам. Резкое сокращение числа пациентов в 2020 и 2021 гг. обусловлено пандемией COVID-19.

Результаты изучения протоколов оперативных вмешательств у пациентов, получающих специализированную медицинскую помощь в рамках СКП, представляют собой значимый аспект для понимания структуры и характера оказанной хирургической помощи. Наиболее часто выполняемым оперативным вмешательством в СКП являлось удаление ретинированных, дистопированных или сверхкомплектных зубов, что составило 36,1% общего числа вмешательств, на втором месте по частоте оказались операции по удалению новообразований в полости рта и на губах (29,76%). В исследовании С. Pekkarı и соавт. сообщается о реализации в условиях СКП более сложных и объемных оперативных вмешательств: двусторонней сагитальной расщепленной остеотомии нижней челюсти, остеотомии верхней челюсти по типу Le Fort I и др. [10]. Полученные результаты демонстрируют довольно ограниченный диапазон хирургических вмешательств, выполняемых в условиях СКП, и подчеркивают важность и необходимость дальнейшего расширения спектра проводимых оперативных вмешательств в данном структурном подразделении. Последующее развитие станет основой для улучшения и оптимизации работы СКП, направленной на удовлетворение потребностей пациентов и повышение эффективности оказания медицинских услуг.

Полученные данные о средней продолжительности пребывания пациентов в КС (5,6 койко-дня) не сопоставимы с результатами исследования F. Y. Tap и соавт., в котором среднее значение пребывания пациента на койке составляло 3 койко-дня [11]. Время пребывания пациентов в СКП свидетельствуют

об оптимальном использовании ресурсов данного типа стационара. Полученные результаты согласуются с выводами исследования С. Pekkarı и соавт., где средний срок пребывания пациента составлял 8,8 ч [10].

Благодаря активному внедрению и развитию СКП сокращаются затраты на госпитализацию, повышается эффективность использования материальных и человеческих ресурсов, улучшаются показатели качества медицинской помощи и удовлетворенность пациентов [12]. В итоге это может привести к увеличению объема оказываемой медицинской помощи, что положительно сказывается на общих результатах деятельности МО и системы здравоохранения в целом. Такой экономический подход позволяет более рационально планировать и распределять бюджетные средства, обеспечивая устойчивость функционирования МО в условиях постоянно изменяющегося экономического ландшафта и усиливающейся конкуренции в сфере медицинских услуг.

Результаты проведенного анкетирования показали, что в группе СКП показатель удовлетворенности качеством оказанной помощи был несколько выше, достигнув 9,1 балла. Такое различие может быть обусловлено рядом факторов. Во-первых, в условиях СКП пациенты, как правило, находятся под наблюдением меньшее количество времени, что уменьшает стресс и дискомфорт, связанные с пребыванием в больнице. Во-вторых, благодаря эффективной внутренней организации работы и использованию современных малоинвазивных методов оказания медицинской помощи уделяется большее внимание каждому пациенту, что способствует более индивидуализированному подходу и увеличению удовлетворенности качеством оказанной медицинской помощи.

Кроме того, разница в показателях удовлетворенности свидетельствует о более эффективной и современной организации работы в условиях СКП, где процедуры организованы таким образом, чтобы минимизировать время нахождения пациентов в стенах МО, что может положительно сказываться на их восприятии качества медицинской помощи.

Ведение учета осложнений в послеоперационном периоде представляет собой важную задачу для мониторинга и оценки качества проведенных вмешательств, а также для выявления возможностей улучшения качества хирургической помощи. В нашем исследовании было зарегистрировано 23 случая осложнений, что составляет 1,14% общего числа прооперированных пациентов. Сравнение показателей послеоперационных осложнений в КС и СКП показало статистически значимые различия. Эти данные согласуются с результатами исследования С. Pekkarı и соавт., в котором также отмечен более высокий риск развития послеоперационных осложнений у пациентов, оперированных в СКП, по сравнению с пациентами, оперированными в КС [10].

Заключение

Дальнейшее внедрение этих технологий требует комплексного подхода, включающего модернизацию инфраструктуры МО, повышение квалификации персонала и расширение спектра проводимых хирургических вмешательств. Помимо этого, критически важно разработать подробные методические рекомендации и клинические протоколы, соответствующие передовым практикам и стандартам.

Интеграция и постоянное совершенствование стандартов оказания медицинской помощи являются ключевыми аспектами данного процесса. Необходимо, чтобы стандарты постоянно пересматривались и актуализировались в соответствии с последними научными исследованиями и эмпирическими данными клинической практики. Это предполагает непрерывное профессиональное развитие и повышение квалификации медицинского персонала, а также активное внедрение инновационных технологий и передовых методов лечения.

Аудит, мониторинг и контроль качества оказываемой медицинской помощи должны стать неотъемлемой частью этого процесса. Постоянное проведение аудитов позволяет выявлять слабые места и своевременно корректировать недостатки. Мониторинг через современные цифровые дашборды обеспечивает прозрачность и оперативность в оценке проводимых мероприятий. Использование дашбордов для визуализации данных позволяет своевременно реагировать на изменения и принимать обоснованные управленческие решения.

Экономическая эффективность СЗТ очевидна: они снижают затраты на лечение и сокращают период реабилитации, оптимизируя бюджетные расходы. Экономия на расходных материалах и медикаментах, а также на административных и операционных издержках позволяет перераспределять бюджет на другие нужды системы здравоохранения.

В заключение можно уверенно сказать, что СЗТ в ЧЛХ представляют собой ключевой элемент модернизации медицинской помощи. Активное внедрение новейших методов и технологий станет залогом успешного развития данного направления, повысит качество жизни пациентов и усилит доверие к системе здравоохранения в целом.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Корсак Е. С., Воропаев Е. В., Ковалев А. А. Кризис COVID-19 как вектор изменений в здравоохранении. *Журнал инфектологии*. 2023;15(4):110–6. doi: 10.22625/2072-6732-2023-15-4-110-116
2. Калининская А. А., Коновалов О. Е., Мерекина М. Д., Шляфер С. И., Сулькина Ф. А. Стационарозамещающие технологии: состояние и стратегические задачи их развития. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(3):438–43. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-3-438-443
3. Лебедев М. В., Керимова К. И. Дневной стационар — возможная альтернатива круглосуточному стационару в оказании медицинской помощи пациентам по профилю «челюстно-лице-

вая хирургия». *Уральский медицинский журнал*. 2020;9(192):128–32. doi: 10.25694/URMJ.2020.09.26

4. Подзолкова Н. М., Бедин В. В., Варданян В. А. Первые итоги применения и потенциал развития стационарозамещающих технологий в гинекологии. *Гинекология*. 2022;24(6):506–11. doi: 10.26442/20795696.2022.6.201973
5. Файзуллина Р. Н., Гильманов А. А., Искандаров И. Р. Оценка проблем в организации деятельности дневных стационаров. *Ремедиум*. 2022;26(1):30–4. doi: 10.32687/1561-5936-2022-26-1-30-34
6. Зигангареева Г. Г., Королева О. И., Хусайнова Д. К. Развитие стационарозамещающих технологий в офтальмологии как вектор повышения доступности медицинской помощи. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2023;4(79):10–5. doi: 10.56685/18120555_2023_79_4_10
7. Корочкин М. В., Кравчук С. В., Поддубный Г. С. Детский хирургический стационар кратковременного пребывания в условиях мегаполиса. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2019;27:587–93. doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-si1-587-593
8. Петрайкина Е. Е., Корочкин М. В., Поддубный Г. С. Возможности стационарозамещающих технологий в хирургии детского возраста. *Детская хирургия*. 2019;3(5):258–63. doi: 10.18821/1560-9510-2019-23-5-258-263
9. Приказ ДЗМ № 373/134 «О проведении пилотного проекта по организации стационаров кратковременного пребывания» с изменениями от 30 декабря 2022 г. Режим доступа: <https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/document/default/view/2086.html>
10. Pekari C., Weiner C. K., Marcusson A., Davidson T., Naimi-Akbar A., Lund B. Patient safety with orthognathic surgery in an outpatient setting. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2023;52:806–12. doi: 10.1016/j.ijom.2022.12
11. Tan F. Y., Selvaraju K., Audimulam H., et al. Length of hospital stay among oral and maxillofacial patients: a retrospective study. *J. Korean Assoc. Oral. Maxillofac. Surg.* 2021;47(1):25–33. doi: 10.5125/jkaoms.2021.47.1.25
12. Jones J. P., Ellis E. 3rd. Are Office-Based Oral and Maxillofacial Surgical Procedures Profitable? A Benefit-Cost Analysis. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 2019;77(11):2205–14. doi: 10.1016/j.joms.2019.05.015

Поступила 24.05.2024
Принята в печать 10.09.2024

REFERENCES

1. Korsak K. S., Voropaev E. V., Kovalev A. A., et al. The COVID-19 crisis as a vector for changes in healthcare. *Jurnal infektologii*. 2023;15(4):110–6. doi: 10.22625/2072-6732-2023-15-4-110-116 (in Russian).
2. Kalininskaya A. A., Konovalov O. E., Merekin M. D., Shlafer S. I., Sulkina F. A. The hospital-substituting technologies: condition and strategic tasks of their development. *Problems of Social Hygiene, Health Care and the History of Medicine*. 2020; 28(3):438–43. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-3-438-443 (in Russian).
3. Lebedev M. V., Kerimova K. I. Day hospital — a possible alternative to round-the-clock hospital in providing medical care to patients in the profile of “maxillofacial surgery”. *Urals Medical Journal*. 2020;9(192):128–32. doi: 10.25694/URMJ.2020.09.26 (in Russian).
4. Podzolkova N. M., Bedin V. V., Vardanian V. A., et al. Initial results of use and prospects of hospital-substituting technologies in gynecology. *Gynecology*. 2022;24(6):506–11. doi: 10.26442/20795696.2022.6.201973 (in Russian).
5. Faizullina R. N., Gilmanov A. A., Iskandarov I. R. Healthcare and pharmaceutical activity: organization, economy, people. *Remedium*. 2022;26(1):30–4. doi: 10.32687/1561-5936-2022-26-1-30-34 (in Russian).
6. Zigangareeva G. G., Koroleva O. I., Khusainova D. K. Development of in-patient-substituting technologies in ophthalmology as a vector of increasing the availability of medical care. *Public Health and Healthcare*. 2023;4(79):10–5. doi: 10.56685/18120555_2023_79_4_10 (in Russian).

7. Korochkin M. V., Kravchuk S. V., Poddubny G. S. Surgical Short Stay Unit at a Metropolitan Children's Hospital. *Problems of Social Hygiene, Health Care and the History of Medicine*. 2019;27:587–93. doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-si1-587-593 (in Russian).
8. Petryaikina E. E., Korochkin M. V., Poddubny G. S., et al. Technologies for substituting the hospital care in pediatric surgery. *Det-skaya khirurgiya*. 2019;3(5):258–63. doi: 10.18821/1560-9510-2019-23-5-258-263.10 (in Russian).
9. Order of the Department of Health of Moscow No. 373/134 “On the Implementation of a Pilot Project for the Organization of Short-Term Stay Hospitals” with amendments from December 30, 2022. Available at: <https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/document/default/view/2086.html> (in Russian).
10. Pekkari C., Weiner C. K., Marcusson A., Davidson T., Naimi-Akbar A., Lund B. Patient safety with orthognathic surgery in an out-patient setting. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2023;52:806–12. doi: 10.1016/j.ijom.2022.12
11. Tan F. Y., Selvaraju K., Audimulam H., et al. Length of hospital stay among oral and maxillofacial patients: a retrospective study. *J. Korean Assoc. Oral. Maxillofac. Surg.* 2021;47(1):25–33. doi: 10.5125/jkaoms.2021.47.1.25
12. Jones J. P., Ellis E. 3rd. Are Office-Based Oral and Maxillofacial Surgical Procedures Profitable? A Benefit-Cost Analysis. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 2019;77(11):2205–14. doi: 10.1016/j.joms.2019.05.015