

АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ



<https://doi.org/10.17238/2072-3180-2022-3-43-49>

УДК 616-089

© Буриков М.А., Куликов А.Г., 2022

Оригинальная статья/Original article

ХИРУРГИЯ ОДНОГО ДНЯ. ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПОЛИКЛИНИКИ

М.А. БУРИКОВ, А.Г. КУЛИКОВ*

Ростовская клиническая больница ФГБУЗ Южный Окружной Медицинский центр ФМБА России, 344023, Ростов-на-Дону, Россия

Резюме

Введение. В современных условиях требуется снизить нагрузку на хирургические отделения стационаров за счет уменьшения количества менее сложных операций и расширить возможности амбулаторной хирургии, для сокращения нахождения пациента в медицинском учреждении всего до нескольких часов.

Цель исследования. Обосновать эффективность хирургического лечения грыж передней брюшной стенки в условиях Дневного стационара поликлиники, выполненных в течение 3-х лет, для подтверждения возможности такого метода лечения и обоснования его экономической эффективности в сочетании с программой ускоренного выздоровления пациентов.

Методы. С 2019 г. в Ростовской клинической больнице ФМБА России внедрена программа «Хирургия одного дня» в сочетании с программой ускоренного выздоровления пациентов в Дневном стационаре поликлиники. В Дневном стационаре развернуто 10 коек, операционная с наркозной аппаратурой и врачом-анестезиологом. Для лечения пациентов применяется Мультиимпульсная программа ускоренного выздоровления (ПУВ) пациентов. За 3 года в условиях Дневного стационара по программе было выполнено 154 герниопластики. После операции пациенты размещались в палатах дневного стационара. Через несколько часов, после полной активизации, отпускались домой без сопровождения медицинского работника. С целью уточнения удовлетворенности программой проведено анкетирование пациентов по 5 бальной шкале.

Результаты. При равных затратах по медикаментам и обследованию, за счет коэффициента затратоемкости (КЗ) лечение пациентов по КСГ «Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)» экономически целесообразнее проводить данные операции в Дневном стационаре поликлиники ($ds32.005 - 3,24$), чем в хирургическом отделении больницы ($st32.015 - 1,78$). Удовлетворенность программой «Хирургия одного дня» находится на высоком уровне (4,76), что подтверждает эффективность этого направления медицины.

Заключение. Программа «Хирургия одного дня» в сочетании с программой ускоренного выздоровления пациентов позволила расширить использование Дневного стационара для хирургического лечения грыж передней брюшной стенки, которое ничем не уступает традиционному лечению в стационаре.

Ключевые слова: хирургия одного дня; дневной хирургический стационар; программа ускоренного выздоровления пациентов; лечение грыж брюшной стенки

Конфликт интересов: отсутствует.

Для цитирования: М.А. Буриков, А.Г. Куликов. Хирургия одного дня. Лечение грыж передней брюшной стенки в условиях дневного стационара поликлиники. *Московский хирургический журнал*, 2022. № 3. С. 43–49 <https://doi.org/10.17238/2072-3180-2022-3-43-49>

Вклад авторов: Буриков М.А. – концепция и дизайн исследования, Куликов А.Г. – сбор и обработка материала, подготовка к публикации.

ONE-DAY SURGERY. TREATMENT FOR ANTERIOR ABDOMINAL WALL HERNIAS IN DAY PATIENT DEPARTMENT OF A CLINIC

MAKSIM A. BURIKOV, ALEKSANDR G. KULIKOV*

Rostov Clinical Hospital of the Southern District Medical Center of the Federal Medical and Biological Agency of Russia, 344023 Rostov-on-Don, Russia

Abstract

Background. Today it is necessary to reduce the burden on surgical departments of hospitals by limiting the number of minor surgeries and expanding the possibilities of outpatient surgery which can reduce the stay in a medical institution to just a few hours.

Objective. To substantiate the effectiveness of surgical treatment of hernias of the anterior abdominal wall in the day patient department of a clinic during 3 years in order to confirm its clinical and economical effectiveness in combination with the accelerated recovery program.

Methods. The one-day surgery program has been implemented at the Rostov Clinical Hospital since 2019, together with the accelerated recovery program at the day patient department of the clinic. The day patient department has 10 beds, an operating room with anesthesia equipment and an anesthesiologist. Patients receive treatment in accordance with the multimodal accelerated recovery program (ARP). 154 hernioplasty surgeries were performed in the day patient department by the program during 3 years. After surgery, patients were placed in the day patient department wards. A few hours later, after full activation, they were allowed to go home without being accompanied by a medical worker. The patients were surveyed to clarify their satisfaction with the program on a 5-point scale.

Results. With equal costs for medicines and examination, due to the cost-intensity ratio, the treatment of patients according to the CSG "Hernia surgery, adults (level 3)" was more cost-effective in the day patient department of the clinic (ds32.005 – 3.24) than in the in-patient department (st32.015 – 1.78). The satisfaction with the one-day surgery program was high (4.76), confirming its effectiveness.

Conclusion. The one-day surgery program in combination with the accelerated recovery program expanded the use of the day patient department for the surgical treatment for anterior abdominal wall hernias, being as effective as standard treatment in the hospital.

Key words: one-day surgery; in-patient surgical department; accelerated recovery program; abdominal hernia treatment.

Conflict of interest: none.

For citation: M.A. Burikov, A.G. Kulikov. One-day surgery. Treatment for anterior abdominal wall hernias in day patient department of a clinic. *Moscow Surgical Journal*, 2022, № 3, pp.43-49 <https://doi.org/10.17238/2072-3180-2022-3-43-49>

Contribution of the authors: Burikov M.A. – study concept and design, Kulikov A.G. – collection and processing of material, preparation for publication.

Введение

Актуальность

Хирургия одного дня – направление в медицине, которое расширяет возможности использования медицинских технологий в амбулаторной хирургии и сокращает нахождение пациента в медицинском учреждении, после операции, всего до нескольких часов [1, 2].

Еще в 1987 году в СССР было принято решение об организации стационаров дневного пребывания в больницах, дневных стационаров в поликлиниках и стационара на дому (приказ № 1278 МЗ СССР от 16.12.87 г.)¹.

Рекомендуемый перечень хирургических вмешательств в дневном стационаре хирургического профиля был закреплен в приложении № 2 к решению коллегии Минздрава СССР от 13 февраля 1991 года «О путях совершенствования организации хирургической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях»²:

1. Общая хирургия: в том числе: грыжесечение по поводу наружных неущемленных грыж различной локализации,

¹ О путях совершенствования организации хирургической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях: приложение № 3-1 к решению коллегии Минздрава СССР от 13 февраля 1991 года. URL: <https://docs.cntd.ru/document/901863725> (дата обращения 11.06.2022)

² О путях совершенствования организации хирургической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях: приложение № 3-1 к решению коллегии Минздрава СССР от 13 февраля 1991 года. URL: <https://docs.cntd.ru/document/901863725> (дата обращения 11.06.2022)

11. Анестезиологическое обеспечение: в том числе внутривенный и эндотрахеальный наркоз.

В поисках решения проблемы снижения количества послеоперационных осложнений и ускорения реабилитации больных в послеоперационном периоде в конце 90-х годов XX века датским хирургом профессором Н. Kehlet была предложена мультимодальная программа «Fast Track Surgery» (быстрый путь в хирургии), основной целью которой было снижение стрессовой реакции организма на оперативное вмешательство у больных после плановых операций [3, 4, 5].

В Клинических рекомендациях, принятых на XIX Съезде Общества эндоскопических хирургов России в 2016 г. предложено в русскоязычной литературе обозначать новую концепцию FTS, как программу ускоренного выздоровления (ПУВ) пациентов [6].

Мультимодальная методика, основанная на принципах доказательной медицины, уменьшает количество осложнений и ускоряет послеоперационное восстановление больных [7, 8].

Это пакет медицинских услуг, подразумевающий современный подход на дооперационном, интраоперационном и послеоперационном этапах ведения пациентов, совокупный результат которого заключается в уменьшении осложнений, послеоперационной боли, стрессовых реакций и дисфункций органов, а также в ранней реабилитации [9].

В современных условиях требуется снизить нагрузку на хирургические отделения стационаров за счет уменьшения количества менее сложных операций и расширить возможности амбулаторной хирургии с использованием технологий, позволяющих сократить нахождение в медицинском учреждении всего до нескольких часов без госпитализации.

Цель исследования

Обосновать эффективность хирургического лечения грыж передней брюшной стенки в условиях Дневного стационара поликлиники, выполненных в течение 3-х лет, для подтверждения возможности такого метода лечения и обоснования его экономической эффективности в сочетании с программой ускоренного выздоровления пациентов.

Материал и методы

С 2019 г. в Ростовской клинической больнице ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России внедрена программа «Хирургия одного дня» в сочетании с программой ускоренного выздоровления пациентов в хирургическом Дневном стационаре Клинико-диагностической поликлиники.

Клинико-диагностическая поликлиника территориально расположена в другой части города от Ростовской клинической больницы и является отдельно стоящим зданием. В поликлинике, имеющей на оснащении хорошую операционную и дневной хирургический стационар, по штату 10 коек (развернуто 6, 2 палаты по 3 койки), было проведено дооснащение операционной наркозной аппаратурой и медицинскими препаратами. В штат введена анестезиологическая группа в составе врача-анестезиолога и медицинской сестры-анестезиста.

Основные принципы отбора пациентов для лечения:

- Готовность пациента к лечению по программе «Хирургия одного дня».
- Проживание пациента в пределах города (социальная адаптация пациента).
- Отсутствие необходимости длительного послеоперационного наблюдения (более 6 часов).
- Отсутствие сопутствующей патологии, требующей дополнительного стационарного лечения.
- Пациенты I и II степени операционно-анестезиологического риска (ASA).

За 3 года в условиях Дневного хирургического стационара поликлиники по программе «Хирургия одного дня» было выполнено:

Герниопластика с применением сетчатого импланта – 154. Из них: ненатяжная герниопластика по Лихтенштейну – 59, пупочная герниопластика – 90, пластика послеоперационных вентральных грыж – 5, пластика пахового канала по поводу кисты Нукка (киста круглой связи матки) – 3.

Паховые грыжи оперировались с применением только одной методики – ненатяжная герниопластика по Лихтенштейну под спинномозговой анестезией.

При пупочной грыже выполняется кожный продольный разрез по средней линии внутри пупка, не выходя за его границы. Пластика апоневроза выполняется по методике Мейо с установлением сетчатого импланта «underlay» под внутривенной или эндотрахеальной анестезией.

Под местной анестезией операции по поводу грыж не выполнялись.

Послеоперационные дренажи или резиновые выпускники не устанавливаются.

При операциях под спинномозговой анестезией мочевого катетер удаляется сразу же после восстановления функции нижних конечностей.

После операции пациенты размещались в палатах дневного стационара. Через несколько часов, после полной активизации, отпускались домой без сопровождения медицинского работника. «За рулем» уезжать – запрещаем.

Обязательный контрольный осмотр в поликлинике с перевязкой на следующий день после операции и через неделю, для снятия швов.

Учитывая, что самый сложный (болевого фактор) для пациента – это первый день после операции, последние 2 года просим приходить на осмотр и перевязку на второй день. Никакого отличия от обязательной перевязки на следующий день не заметили.

Дома, в послеоперационном периоде, рекомендуем пациентам обычное поведение – «не залеживаться», с ограничением тяжелой физической нагрузки. Никаких диет не рекомендуем – привычный режим питания, ежедневно выполнять смену наклейки не требуется. Только если повязку намочили или она отвалилась, заменить ее на новую асептическую.

Мультимодальная программа ускоренного выздоровления (ПУВ) пациентов включает в себя:

1. Дооперационное информирование пациента.

В беседе с больным рассказываем все о заболевании, о методике хирургического лечения и анестезии, подробно разбираем поведение в послеоперационном периоде.

Полное предоперационное обследование проводится в условиях поликлиники накануне операции и занимает 30–40 минут.

2. Отказ от механической подготовки кишечника перед операцией.

Вопреки традиционным представлениям, клизмы приводят к продленному послеоперационному парезу желудочно-кишечного тракта. В связи с этим мы не рекомендуем применять неприятные процедуры накануне операции.

3. Отказ от предоперационного голодания и раннее энтеральное питание.

Больной не меняет привычный жизненный уклад при подготовке к операции с вечера. А за 2 часа до операции рекомендуем выпить стакан сладкого чая, что способствует уменьшению чувства голода, жажды, дискомфорта.

4. Отказ от премедикации.

Традиционная схема обезболивания, включающая введение наркотического анальгетика, может быть причиной избыточной седации в послеоперационном периоде.

5. Профилактика тромбоэмболических осложнений.

Согласно утвержденным клиническим рекомендациям «Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и

профилактике венозных тромбоэмболических осложнений» от 2009 г., степень риска ВТЭО у пациентов, которым выполняются малые операции длительностью не более 60 мин и не старше 60 лет без дополнительных факторов риска, относится к низкой.

Учитывая, что для госпитализации в Дневной стационар проводится строгий отбор пациентов с низкой степенью риска ВТЭО, применяем эластическую компрессию нижних конечностей во время операции и раннюю активизацию больного через 2–5 часов после.

6. Антибиотикопрофилактика.

Во многих исследованиях подтверждается, что однократное профилактическое введение антибиотика до операции также эффективно, как курсовое лечение после. Применяем внутримышечное введение Цефтриаксона 1,0 за 30 минут до операции. В послеоперационном периоде антибиотикотерапию не проводим вообще.

7. Минимальный оперативный доступ и малоинвазивная хирургия.

8. Адекватный объем инфузии во время операции.

9. Эффективное обезболивание в послеоперационном периоде.

Непосредственно перед уходом из дневного стационара используем внутримышечное введение анальгетиков и рекомендуем принимать дома таблетированные обезболивающие.

В наше время поиск новых подходов к повышению качества оказания медицинских услуг, не обходится без учета мнения пациентов и служит одним из критериев в комплексной оценке деятельности медицинского учреждения, а повышение удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи является одной из главных задач.

С целью уточнения удовлетворенности программой мы проводили анкетирование пациентов, давших добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Сбор статистического материала выполнялся сплошным способом в день снятия швов или на контрольном осмотре через неделю, если швы снимать было не нужно.

Оценка удовлетворенности проводилась на основе 5-балльной шкалы:

- 5 – Удовлетворен
- 4 – Больше удовлетворен, чем не удовлетворен,
- 3 – Больше не удовлетворен, чем удовлетворен,
- 2 – Не удовлетворен,
- 1 – Разочарован.

Изучались и оценивались следующие вопросы, имеющие отношение к программе «Хирургия одного дня» в сочетании с программой ускоренного выздоровления пациентов:

- доступность объяснений врача по поводу лечения;
- время, потраченное на обследование;
- сроки ожидания госпитализации;
- доступность информационных материалов;
- условия (бытовые) пребывания в дневном стационаре;
- забота и внимание со стороны медицинского персонала;
- сроки госпитализации;

- разъяснения рекомендаций при выписке;
- достижение ожидаемого результата от лечения;
- удовлетворенность программой «Хирургия одного дня».

Заключительным вопросом было предложение отразить свое мнение, высказать замечания, или указать дополнительные вопросы, которые не отражены в анкете.

С целью уточнения отдаленных результатов хирургического лечения грыж пациенты активно вызывались на осмотр или проводился телефонный опрос через 1, 6, 12 месяцев. Задаваемые вопросы: наличие каких-либо жалоб, связанных с хирургическим лечением, наличие рецидива грыжи.

Полученные результаты

Возраст пациентов с паховыми грыжами от 24 до 61 года.

Мужчины – 55. Женщины – 4.

Возраст пациентов с пупочными грыжами от 20 до 60 лет.

Мужчины – 54. Женщины – 36.

Возраст пациентов с вентральными грыжами от 19 до 60 года.

Мужчины – 3. Женщины – 2.

Распределение пациентов по возрасту представлено на рисунке 1.



Рис. 1. Распределение пациентов по возрасту

Fig. 1. Age distribution of patients

Распределение пациентов с грыжами по полу представлено на рисунке 2.

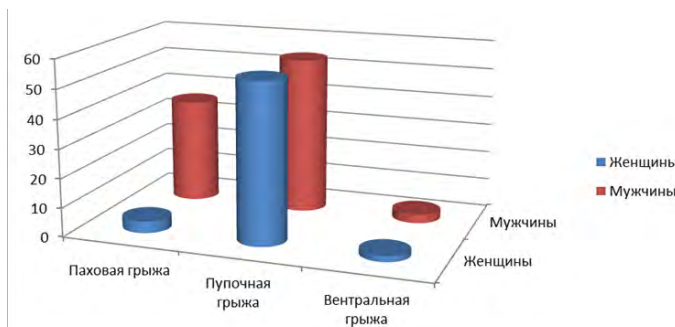


Рис. 2. Распределение пациентов по полу

Fig. 2. Sex distribution of patients

Средняя длительность операций составила 48,18 минуты. После операции пациенты находились в палате Дневного стационара:

- спинномозговая анестезия от 4 до 5 часов;
- внутривенная или ЭТН от 2 до 4 часов.

Средняя длительность пребывания больного в Дневном стационаре, у всех прооперированных пациентов с грыжами, составила – 5,87 дней, что в календарном исчислении соответствует 7 дням. Нуждающиеся в листке нетрудоспособности продолжали лечение амбулаторно до 15 или 21 дня с момента операции.

Оборот койки в Дневном хирургическом стационаре в 2021 г. с учетом всех пролеченных нозологий (1099 пациентов), составил – 183,16.

Ранние послеоперационные осложнения отмечены в 6 случаях.

1. У 5 пациентов на контрольном осмотре отмечено образование небольшой подкожной гематомы в области хирургиче-

ского вмешательства. Пуговчатым зондом выполнена эвакуация содержимого от 5,0 до 15,0 мл темной жидкой крови. Исход: выздоровление пациентов.

2. У одного пациента отмечено кровоизлияние в подкожно-жировую клетчатку живота и мошонки после операции паховой грыжепластики на фоне приема таблетированных антикоагулянтов (скрыл прием). Дополнительного лечения не потребовалось. Исход: выздоровление пациента.

Нагноения послеоперационных ран не отмечено.

Для уточнения отдаленных послеоперационных осложнений опрошены пациенты:

- через 1 месяц – 146 человек;
- через 6 месяцев – 116 человека;
- через 12 месяцев – 82 человека.

Отдаленных послеоперационных осложнений не отмечено.

Экономический эффект (табл. 1)

Таблица 1

Анализ случая лечения пациента по КСГ «Операции по поводу грыж, взрослые (уровень3)» в Дневном и Круглосуточном стационарах по ТФОМС

Table 1

Analysis of cases of treatment according to the CSG “Hernia surgery, adults (level 3)” in day and in-patient departments by TFOMI

Профиль медицинской помощи Medical care profile	КСГ CSG	КЗ CIR	Тариф, руб. Tariff, rub	Расход медикам, руб. Medication expenses, rub	Расход параclin, руб. Paraclinical expenses, rub	Питание, руб. Meal expenses, rub	Разница между полученными и затраченными средствами, руб. Difference between the funds received and spent, rub.
Операции по поводу грыж, взрослые (уровень3) ДС Hernia surgery, adults (level 3), day department	ds32.005	3,24	45 132	1 000	1 100	0	43 032
Операции по поводу грыж, взрослые (уровень3) СТ Hernia surgery, adults (level 3), in-patient department	st32.015	1,78	34 982	1 000	1 100	700	32 182

При равных затратах по медикаментам и обследованию, за счет коэффициента затратоемкости (КЗ) экономически целесообразнее лечение пациентов в Дневном стационаре поликлиники.

Все пациенты, прооперированные в поликлинике, соответственно, в стационар Ростовской клинической больницы ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России не направлялись, что способствовало снижению нагрузки на персонал хирургического отделения больницы.

По программе «Хирургия одного дня» в ходе анализа результатов исследования установлено, что практически все пациенты удовлетворены самой программой – 4,97; доступностью ин-

формационных материалов – 4,19; временем, потраченным на обследование – 4,84; сроками ожидания госпитализации – 4,80; разъяснениями врача по поводу операции и рекомендациями в послеоперационном периоде – 4,80, заботой и вниманием со стороны медицинского персонала – 4,97; условиями пребывания в дневном стационаре – 4,61; достижением ожидаемого результата от лечения – 4,97.

Высказывались замечания и снижались оценки только в отношении доступности информационных материалов и условий пребывания в дневном стационаре (пожелание организации одноместной палаты, WiFi и телевизор). Оценок ниже 4 баллов не было вообще.

Общий уровень удовлетворенности программой «Хирургия одного дня» находится на очень высоком уровне (4,79), что и подтверждает эффективность этого направления медицины.

Результаты исследования представлены в таблице (7 сутки после операции) (табл. 2).

Таблица 2

Общий уровень удовлетворенности программой «Хирургия одного дня»

Table 2

General level of satisfaction with the one-day surgery program

№ п/п No	Критерии оценки Assessment criteria	Коэффициент удовлетворенности Satisfaction coefficient
1	Доступность объяснений врача по поводу лечения Intelligibility of doctor's explanations about treatment	4,80
2	Время, потраченное на обследование Time spent for examination	4,84
3	Сроки ожидания госпитализации Time to hospital admission	4,80
4	Доступность информационных материалов Availability of information materials	4,19
5	Условия (бытовые) пребывания в дневном стационаре Conditions (household) of stay in the day hospital	4,61
6	Забота и внимание со стороны медицинского персонала Care and attention from medical staff	4,97
7	Сроки госпитализации Hospitalization terms	4,97
8	Разъяснения рекомендаций при выписке Discharge instructions explained	4,80
9	Достижение ожидаемого результата от лечения Achievement of expected result from treatment	4,97
10	Удовлетворенность программой «Хирургия одного дня» Satisfaction with the one-day surgery program	4,97
	Общий уровень удовлетворенности General satisfaction	4,79

Выводы

Программа «Хирургия одного дня» в сочетании с программой ускоренного выздоровления пациентов в поликлинике позволила:

1. Расширить использование Дневного стационара поликлиники для хирургического лечения грыж передней брюшной стенки, которая ничем не уступает традиционному лечению в стационаре, и снизить нагрузку на хирургическое отделение стационара за счет уменьшения количества менее сложных операций.

2. Повысить уровень удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью, в том числе и за счет экономии потраченного времени на обследование и лечение.

3. Исключить риск инфицирования пациентов внутрибольничной инфекцией в послеоперационном периоде, без проведения антибиотикотерапии.

4. Получить экономический эффект за счет снижения затрат на каждого пациента (питание в стационаре, оплата дежурной смены ночью).

Список литературы:

1. Буриков М.А., Куликов А.Г., Кабанов А.В. 3-летний опыт хирургического лечения грыж передней брюшной стенки в условиях дневного стационара поликлиники. *Национальный хирургический конгресс – 2022. Тезисы*. Москва, 2022. URL: <https://congress.surgeons.ru/anons-nkhk-2022/priem-tezisev-posmotret-tezisy> (дата обращения: 15.06.2022).

2. Буриков М.А., Куликов А.Г., Лукашев О.В. Инновации в амбулаторной хирургии: «Fast Track» и Хирургия одного дня. *VI Съезд амбулаторных хирургов Российской Федерации. Тезисы*. Санкт-Петербург, 2019. С. 29–30.

3. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *Br. J. Anaesth.*, 1997, № 78(5), pp. 606–617. <https://doi.org/10.1093/bja/78.5.606>

4. Kehlet H., Wilmore D.W. Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Ann Surg.*, 2008, № 248(2), pp. 189–198. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31817f2c1a>

5. Wilmore D.W., Kehlet H. Management of patients in fast track surgery. *BMJ*, 2001, 322(7284), pp. 473–6. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7284.473>

6. Затевахин И.И., Пасечник И.Н., Ачкасов С.И., Губайдуллин Р.Р., Лядов К.В., Проценко Д.Н. Шельгин Ю.А., Цициашвили М.Ш. Клинические рекомендации по внедрению программы ускоренного выздоровления пациентов после плановых хирургических вмешательств на ободочной кишке. *XIX Съезд Общества эндоскопических хирургов России*. 2016. URL: <http://xn----9sdbbejx7bdduahu3a5d.xn--p1ai/stranica-pravlenija/unkr/abdominalnaja-hirurgija/klinicheskie-rekomendaci-po-vnedreniyu-programy-uskorenogo-vyzdorovleniya-pacientov-posle-planovyh-hirurgicheskikh-vmeshatelstv-na-obodochnoi-kishke.html> (дата обращения 19.06.2022).

7. Гольбрайх В.А., Маскин С.С., Арутюнян А.Г. Алгоритмы программы «фаст трак» в плановой и экстренной абдоминальной хирургии. *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета*, 2019, № 3 (71), С. 3–8. [https://doi.org/10.19163/1994-9480-2019-3\(71\)-3-8](https://doi.org/10.19163/1994-9480-2019-3(71)-3-8)

8. Затевахин И.И., Пасечник И.Н., Губайдуллин Р.Р. и др. Ускоренное восстановление после хирургических операций: мультидисциплинарная проблема. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*, 2015, № 9, С. 4–8. <https://doi.org/10.17116/hirurgia2015104-8>

9. Мазитова М.И., Мустафин Э.Р. Fast track хирургия мультимодальная стратегия ведения хирургических больных. *Казанский медицинский журнал*, 2012, № 93 (5), С. 799–802. <https://doi.org/10.17816/KMJ1714>

References:

1. Burikov M.A., Kulikov A.G., Kabanov A.V. 3 years of experience in surgical treatment of anterior abdominal wall hernias in the day hospital of a clinic. *National surgical congress - 2022. Abstracts*. Moscow, 2022. (In Russ.) URL: <https://congress.surgeons.ru/anons-nkhk-2022/priem-tezisov/posmotret-tezisy> (Accessed: 15.06.2022).

2. Burikov M.A., Kulikov A.G., Lukashev O.V. Innovations in outpatient surgery: fast track and one-day surgery. *VI Congress of outpatient surgeons of the Russian Federation. Abstracts*. St. Petersburg, 2019, pp. 29–30. (In Russ.)

3. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *Br. J. Anaesth.*, 1997, № 78(5), pp. 606–617. <https://doi.org/10.1093/bja/78.5.606>

4. Kehlet H., Wilmore D.W. Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Ann Surg.*, 2008, № 248(2), pp. 189–198. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31817f2c1a>

5. Wilmore D.W., Kehlet H. Management of patients in fast track surgery. *BMJ.*, 2001, № 322(7284), pp. 473–6. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7284.473>

6. Zatevakhin I.I., Pasechnik I.N., Achkasov S.I., Gubaydullin R.R., Lyadov K.V., Protchenko D.N., Shelygin Yu.A., Tsitsiashvili M.Sh. Clinical recommendations on implementation of the accelerated recovery program after elective surgery on the colon. *XIX Congress of the Society of Endoscopic Surgeons of Russia*, 2016. (In Russ.) URL: <http://xn---9sdbex7bddua-hou3a5d.xn--p1ai/stranica-pravleniya/unkr/abdominalnaja-hirurgija/klinicheskie-rekomendaci-po-vnedreniyu-programy-uskorenogo-vyzdorovleniya-pacientov-posle-planovyh-hirurgicheskikh-vmeshatelstv-na-obodochnoi-kishke.html> (Accessed: 19.06.2022).

7. Golbraykh V.A., Maskin S.S., Arutyunyan A.G. Algorithms of the “fast track” program in plane and emergency abdominal surgery. *Bulletin of the Volgograd State Medical University*, 2019, № 3 (71), pp. 3–8. (In Russ.) [https://doi.org/10.19163/1994-9480-2019-3\(71\)-3-8](https://doi.org/10.19163/1994-9480-2019-3(71)-3-8)

8. Zatevakhin I.I., Pasechnik I.N., Gubaydullin R.R., Reshetnikov E.A., Berezenko M.N. Accelerated postoperative rehabilitation: multidisciplinary issue. *Surgery. Magazine named after N.I. Pirogov*, 2015, № 9, pp. 4–8. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/hirurgia2015104-8>

9. Mazitova M.I., Mustafin E.R. Fast track surgery – a multimodal strategy for managing surgical patients. *Kazan Medical Journal*, 2012, № 93 (5), pp. 799–802. (In Russ.) <https://doi.org/10.17816/KMJ1714>

Сведения об авторах:

Буриков Максим Алексеевич – доктор медицинских наук, заведующий хирургическим отделением. Ростовская клиническая больница ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России, 344023, Россия, Ростов-на-Дону, ул. Пешкова, 34, email burikovm@gmail.com, ORCID: 0000-0002-5769-8927

Куликов Александр Геннадьевич – заведующий хирургическим отделением клинико-диагностической поликлиники. Ростовская клиническая больница ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России, 344019, Россия, Ростов-на-Дону, ул. 1-я линия, 6, email doc1458@mail.ru, ORCID: 0000-0002-7179-3701

Information about the authors:

Burikov Maksim Alekseevich – Doctor of Medical Sciences, Head of Surgical Department. Rostov Clinical Hospital of the Southern District Medical Center of the Federal Medical and Biological Agency of Russia, 344023, Peshkova str., 34, Rostov-on-Don, Russia, email burikovm@gmail.com, ORCID: 0000-0002-5769-8927

Kulikov Aleksandr Gennadievich – Head of Surgical Department of Clinical and Diagnostic Polyclinic. Rostov Clinical Hospital of the Southern District Medical Center of the Federal Medical and Biological Agency of Russia, 344019, 1-st liniya str., 6, Rostov-on-Don, Russia, email doc1458@mail.ru, ORCID: 0000-0002-7179-3701