

УДК 616-089-039.57-089.5

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПРОВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОСОБИЙ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

© 2005 г. Э. В. Недашковский, *Э. А. Левичев

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск
*МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 2»,
г. Северодвинск

Амбулаторная хирургия создает преимущества для пациентов, организаторов здравоохранения, налогоплательщиков и даже стационаров [19, 20]. Пациенты получают возможность раньше вернуться домой, в семейное окружение, снизить риск госпитальной инфекции и послеоперационных осложнений. Кроме того, в настоящее время выполнение многих диагностических и лечебных процедур не требует госпитализации в стационар [19]. Амбулаторное лечение не зависит от наличия в стационаре свободных мест, что позволяет больному выбирать время операции. Операционные и палаты пробуждения используются с большей эффективностью, что по сравнению с подобными условиями в стационаре снижает затраты пациентов на лечение [19, 20]. Организация анестезиологической службы в поликлинике должна предусматривать не только обеспечение анестезиологического пособия при оперативных вмешательствах, но и возможность оказания при необходимости реанимационной помощи всем больным, посещающим поликлинику. Практика периодического привлечения свободных от работы в стационаре анестезиологов для проведения анестезии в поликлинике порочна. При такой организации работы риск неадекватного обезболивания значительно возрастает [1]. Инициативы последних пяти лет свидетельствуют об усилении внимания к безопасности больного [2, 6, 7, 18, 21].

Амбулаторное анестезиологическое пособие: особенности современной организации, показания, противопоказания, предоперационная подготовка, препараты, методы, технологии, опасности, ошибки, осложнения, план эвакуации в стационар, медицинская документация

Анестезию часто сравнивают с полетом самолета: наибольшее количество аварий случается во время взлета и посадки, поэтому особое внимание необходимо во время индукции и пробуждения больного [5]. Оптимальная анестезия в амбулаторной хирургической практике должна обеспечивать отличные условия проведения операции, быстрый выход из анестезии, отсутствие послеоперационных побочных эффектов выбранного вида обезболивания и высокую степень удовлетворенности пациента [19]. Амбулаторные операции обычно характеризуются небольшой продолжительностью, высоким оборотом числа пациентов и низкой частотой развития послеоперационных осложнений [9].

Особенности организации

Основные требования к анестезиологическому обеспечению операций в стационаре распространяются и на работу анестезиолога в амбулаторно-поликлинических условиях. Вместе с тем специфика работы в поликлинике выдвигает ряд дополнительных требований [14].

Так, к работе в поликлинике допускается анестезиолог со стажем работы по специальности не менее 5 лет, прошедший дополнительную

Представлен обзор современных тенденций развития анестезиологического обеспечения при проведении амбулаторных оперативных вмешательств в России и за рубежом. Амбулаторная хирургия создает преимущества для пациентов, организаторов здравоохранения, налогоплательщиков и даже стационаров. Большая часть введенных за последнее время в клиническую практику медикаментозных средств, в том числе для анестезии, по своим качествам идеально соответствует требованиям амбулаторной практики. Вместе с тем особые условия работы анестезиолога в поликлинике предполагают ряд дополнительных требований. **Ключевые слова:** дневной хирургический стационар, амбулаторная хирургия, амбулаторное анестезиологическое пособие, документация.

подготовку по анестезиологическому обеспечению операций в амбулаторно-поликлинических условиях [14].

В непосредственной близости к операционной выделяется отдельное помещение на 2—3 койки (послеоперационный блок, палата пробуждения), оно обеспечивается оборудованием для интенсивного наблюдения, проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ), оксигенотерапии, инфузионной и другой терапии, которая может потребоваться при внезапном развитии осложнений или для наблюдения за пациентом при замедленном выходе из анестезии. Проведение оксигенотерапии необходимо в раннем послеоперационном периоде для более благоприятного выхода больного из наркоза и профилактики респираторных нарушений [14].

В операционной рабочее место анестезиолога оснащается наркозно-дыхательным аппаратом, подводкой кислорода и закиси азота, кардиоскопом, пульсоксиметром, дефибриллятором, хирургическим отсосом, стойкой для проведения внутривенных вливаний, ларингоскопом универсальным, набором эндотрахеальных трубок с проводниками для них, роторасширителем, тонометром, фонендоскопом, манипуляционным столиком [14].

Субъективное и объективное клиническое обследование больного, функциональные и лабораторные исследования (ОАК, ОАМ, сахар крови, флюорография легких, ЭКГ в возрасте старше 40 лет, группа крови и резус-фактор) и беседа с ним анестезиолога проводятся накануне дня операции в отдельном кабинете, вне зоны операционно-анестезиологического блока [14, 17].

В день проведения оперативного вмешательства больной приходит в поликлинику вместе с сопровождающим его лицом [14, 17].

Показания к проведению анестезии в амбулаторной практике

В амбулаторных условиях могут быть оперированы больные с 1—2-й степенью анестезиологического риска и даже со стабильной 3-й по классификации Американской ассоциации анестезиологов [1].

Условия проведения анестезии:

- операция не может вызвать обострения сопутствующего заболевания;
- операция связана с минимальной кровопотерей;
- не требуется специализированного послеоперационного ухода;
- низкий предполагаемый риск послеоперационных осложнений;
- послеоперационное обезболивание возможно в домашних условиях (пероральные анальгетики);
- наличие сопровождения и возможность наблюдения в течение суток;
- пациент правильно выполняет указания врача;
- наличие телефонной связи;
- доступность врача;
- возможность достаточно быстрого возвращения в медицинское учреждение;

— отсутствие необходимости ухода за детьми или выполнения потенциально опасной работы [17].

При наличии всех перечисленных условий пациент получает инструкцию для амбулаторного больного и подписывает информированное согласие на проведение операции и анестезиологического пособия [8, 17, 22].

Противопоказания к проведению анестезии в амбулаторных условиях

Наличие у больных миастении, значительного избытка массы тела, ишемической болезни сердца, недостаточности кровообращения и респираторных нарушений (бронхиальная астма, хронические неспецифические заболевания легких и т. д.) с клиническими проявлениями, ювенильного сахарного диабета, судорожного синдрома, алкогольной, медикаментозной и наркотической зависимости, состояний, превышающих 2-ю степень операционно-анестезиологического риска. Относительными противопоказаниями к проведению анестезии в амбулаторных условиях являются плохие социально-бытовые условия (отсутствие телефона, исправного лифта в подъезде) [14].

Особенности предоперационной подготовки

Предоперационный отбор пациентов осуществляется хирургом совместно с анестезиологом [17]. Вплоть до двух часов до операции больным разрешается принимать самые разные чистые жидкости. Пероральный прием жидкости может разбавлять секрет желудка, способствовать его опорожнению, уменьшая, таким образом, количество содержимого. Активная гидратация пациента позволяет избежать сонливости, головокружения и жажды перед операцией, а после амбулаторного вмешательства снижает частоту развития общей слабости и тошноты [19]. Назначение пациентам группы повышенного риска легочной аспирации (например, с патологическим ожирением, сахарным диабетом) перед операцией *H₂-антагонистов* и *метоклопрамида* может снизить объем остаточного желудочного содержимого и его кислотность [19]. Профилактическое назначение *неопиоидных анальгетиков* (*местные анестетики, нестероидные противовоспалительные препараты*) и противорвотных средств (*дроперидол, метоклопрамид, дексаметазон*) снижает частоту нежелательных послеоперационных эффектов и способствует гладкому течению раннего и позднего восстановительных периодов [19]. В большинстве поликлиник в плановом порядке практически всем пациентам назначают *парацетамол* перорально до и после операции и ректально или внутривенно (*пропарацетамол*) во время операции [9]. Премедикация наркотическими анальгетиками в амбулаторных условиях не выполняется, так как они удлиняют период наркотической депрессии и сонливости, могут вызвать общую слабость, головокружение, тошноту и рвоту [16, 22]. Для премедикации используют *атропин, антигистаминные препараты* с маловыраженным нейроплегическим эффектом (например, *супрастин*). Перед наркозом больной

должен опорожнить мочевой пузырь, удалить, если имеются, съемные зубные протезы, расстегнуть ремень и пуговицы стягивающей тело одежды [22].

Виды анестезиологических пособий

В настоящее время в Европе и США [20] наиболее широко в дневных хирургических стационарах используют четыре вида обезболивания: чистую местную или чистую проводниковую анестезию; местную или проводниковую анестезию в сочетании с седатацией; общую и спинальную анестезию.

1. Местная или проводниковая анестезия в чистом виде без потенцирования какими-либо внутривенными адъювантами (так называемая бесконтрольная местная анестезия) применяется в ситуациях, когда она способна обеспечить отличную анальгезию. Но при этом хирург должен превосходно владеть методикой местной анестезии, так как неадекватное интраоперационное обезболивание приведет к неудовлетворительной оценке пациентом его профессиональной хирургической квалификации [20].

2. Местная и/или проводниковая анестезия в сочетании с седатацией (так называемая, «анестезия под наблюдением», мониторная контролируемая анестезия, внутривенная седатация). Потенцирование местной анестезии седативным компонентом пользуется наибольшей популярностью среди хирургов дневных стационаров и их пациентов [19, 20]. Использование комбинации *мидазолама* (2 мг внутривенно) и *пропофола* (25—75 мкг/кг/мин) вызывает улучшение качества седатации, амнезии и анксиолиза во время вмешательств, выполняемых в условиях этого вида анестезии, а кроме того, не приводит к увеличению времени восстановления после операции. Ценным дополнением к мониторной контролируемой анестезии *мидазоламом* и *пропофолом* является *ремифентанил* — быстро и короткодействующий, метаболизируемый при участии эстераз опиоидный анальгетик [19]. При условии обеспечения путем введения дополнительных препаратов адекватной седатации, амнезии и анксиолиза многие из амбулаторных хирургических пациентов находят местное обезболивание весьма приемлемой альтернативой как общей, так и региональной анестезии [19, 20].

3. Общая анестезия. У взрослых и детей старшего возраста для индукции в анестезию используются внутривенные гипнотики [19, 20]. При многих вмешательствах как медицинский персонал, так и пациент выбирают общую анестезию. Препаратом выбора амбулаторной анестезии является *пропофол* [19]. Препарат обеспечивает быстрое пробуждение вследствие быстрого перераспределения и кратковременного полувыведения и минимальную частоту развития послеоперационных побочных эффектов [20]. Комбинированное использование *пропофола* и низких доз *кетамина* становится все более популярным методом анестезии в амбулаторной пластической хирургии. *Пропофол* нередко используют в комбинации с *ремифентанилом* [19]. В поликлиниках скоро появится

новый стероидный препарат *элтанолон* [9]. Его достоинства — низкая токсичность, отсутствие боли при введении, более быстрая индукция в сравнении с *пропофолом* [9]. В амбулаторной практике для проведения анестезии также часто применяют препараты: *тиопентал натрия*, *седуксен*, *дроперидол*, *рогипнол*, *дормикум* [8], *фентанил*, *трамал* и их сочетания [4]. Надежный антагонист *дормикума* — *анексат (флумазенил)* [8].

В хирургии «одного дня» при наличии соответствующего технического оснащения популярным методом остаются эндотрахеальный наркоз и интубация трахеи [18]. В этом случае используют короткодействующие недеполяризующие релаксанты — *рапакурониум*, *мивакуриум*, релаксанты средней продолжительности действия — *векурониум*, *атракуриум*, короткодействующий деполяризующий релаксант — *суксаметоний* [9, 19]. Широко применяются вышеуказанные современные гипнотики, центральные анальгетики, ингаляционные анестетики (*севофлюран*, *десфлюран*) [8, 19, 20].

4. Спинальная анестезия. В целом спинальная анестезия в связи с простотой метода, более низкой стоимостью и меньшей потребностью в использовании дополнительных препаратов предпочтительнее эпидуральной. У молодых пациентов может развиваться постпункционная головная боль, связанная с проколом твердой мозговой оболочки, но использование игл «карандашной» заточки (*pencil-point*) снижает риск развития осложнений. Как известно, основными факторами задержки выписки пациента после операции под спинальной анестезией являются остаточный моторный блок и задержка мочеиспускания [11—13, 19]. В нескольких недавних исследованиях отмечено, что сочетание меньшей расчетной дозы *лидокаина* (25—30 мг) с *фентанилом* (10—25 мкг) способствует сокращению времени восстановления моторной и мочеиспускательной функций, которое требуется после анестезии с расчетной дозой местных анестетиков в отдельности. Более ранняя выписка домой после спинальной анестезии с мини-дозами доказала также и экономическую эффективность амбулаторной хирургии [19, 20]. В то же время следует иметь в виду, что из местных анестетиков *бупивакаин* является самым кардиотоксичным, поэтому вводить его следует осторожно, чтобы избежать передозировки и попадания анестетика в системный кровоток [9]. Представляет интерес внедрение в практику нового местного анестетика *ропивакаина*, который обладает сходными с *бупивакаином* клиническими характеристиками и продолжительностью действия, но значительно меньшей токсичностью [9].

Внутрисуставная инъекция местного анестетика при артроскопии коленного сустава, изначально предложенная в качестве метода регионарной анальгезии, постепенно переросла в независимый метод анестезии. Предоперационная инъекция 20 мл 2 % *лидокаина* в области точек введения инструментария и в

полость коленного сустава делает этот метод быстрым и надежным для большинства пациентов [23].

Независимо от вида проводимого анестезиологического пособия анестезиолог должен в любой момент быть готов перейти к общей анестезии [16].

Показатель удовлетворенности пациента выше, если с анестезией связано меньше таких побочных эффектов в послеоперационном периоде, как послеоперационная боль, головокружение, головная боль, послеоперационные тошнота и рвота [20].

Местная анестезия в сочетании с седатацией, спинальная анестезия и общее обезболивание — все эти виды анестезии используются в амбулаторной хирургической практике. Важно не обобщать понятия лучшей анестезии, а независимо оценивать необходимость выбираемого вида обезболивания в конкретном случае [20].

Ранний послеоперационный период

Выписка больного домой возможна только при стабильности у него витальных функций в течение часа, полном восстановлении исходного уровня сознания, мышления, двигательной активности, отсутствии тошноты, рвоты, сильной боли и кровотечения. При использовании мышечных релаксантов продолжительность наблюдения после завершения анестезии должна быть не менее 5 часов [14].

Независимо от самочувствия больного его следует отпускать домой только с сопровождающим, предупредив о запрещении в течение 12 часов управлять автотранспортом, принимать алкоголь, снотворные или седативные средства [14]. Больному сообщается номер телефона врача, к которому можно обратиться при необходимости [16]. Его информируют, что после операции хирург или медсестра позвонят ему по телефону, чтобы справиться о его состоянии [10, 16, 22]. Пищу рекомендуется принимать (при отсутствии тошноты и рвоты) не раньше чем через 4—5 часов после наркоза [22].

Для эффективного устранения послеоперационного болевого синдрома, тошноты, рвоты наиболее экономически выгодно использовать комбинацию низкой дозы *дроперидола* (0,625 мг) и *дексаметазона* (4 мг) [19] или комбинацию *дроперидола* и *ондасетрона* (4 мг) [10]. Необходимо еще до выписки пациента купировать боль, применяя пероральные анальгетики (например, *ибупрофен*, *ацетамифен* с *кодеином*, *диклофенак*, *кеторолак*, *напроксен*) [19]. В случае, если выполненное оперативное вмешательство сопряжено с высоким риском кровотечения (тонзиллэктомия, пластическая хирургия), определенные преимущества получают недавно предложенные селективные антагонисты циклооксигеназы-2 (например, *парекоксиб*). Премедикация наркотическими анальгетиками учащает рвоту [1], использование *барбитуратов* [1] и внутривенно одномоментно в конце операции *пропорофол* (до 0,5 мг/кг) [10] — урежает ее. *Парацетамол* является эффективным, дешевым и безопасным анальгетиком [16]. Нагрузочная доза *парацетамола*

для детей — 40 мг/кг (или более) с последующим приемом препарата из расчета 90 мг/кг/день [16].

Опасности, ошибки, осложнения амбулаторной анестезии

Нам кажутся очень уместными применительно к обсуждаемой теме слова нобелевского лауреата по физике Нильса Бора (1885—1962): «Специалист — это тот, кто знает привычные ошибки в своей области и умеет их избегать» [8].

Опасность — это особенности состояния больного или применяемого метода, чреватые возможностью осложнения или ухудшения состояния именно у этого больного в данных условиях кадрового и материального обеспечения.

Ошибка — неправильная оценка состояния больного, неправильный выбор метода и его процедуры, которые могли вызвать или вызвали осложнение или ухудшение состояния, то есть ошибка — это неучтенные или незамеченные опасности.

Осложнение — потеря управления функцией как следствие ошибки или несовершенства медицины.

Остаточное следствие — стойкий неблагоприятный результат осложнения или самой патологии.

Триада «опасность — ошибка — осложнение» — это система, которая заставляет подумать об осложнении заранее, пока оно не развилось. Следовательно, когда оно все-таки возникнет, несмотря на принятые меры предосторожности, справиться с ним будет легче [8].

Осложнения анестезии в поликлинике ничем не отличаются от таковых в стационаре. Однако частота таких осложнений, как грубые органические поражения нервной системы, и летальных исходов чрезвычайно мала, поскольку большинство больных, подвергающихся хирургическим вмешательствам в поликлинических условиях, практически здоровы. Частота послеоперационной тошноты и рвоты варьирует от 0,2 до 25 %, причем у детей они наблюдаются в 4 раза чаще, чем у взрослых [1]. Головная боль отмечается в 10—20 % случаев [1, 11, 12, 13]. Корреляция между возникновением и силой головной боли и продолжительностью операции не прослеживается [1]. За рубежом смертельные исходы в амбулаторной хирургии сравнительно редки: 2 смерти на 300 000 анестезий [24].

Предупреждение смертельных исходов в операционной

Существуют три важнейших принципа профилактики смерти в операционной.

1. Взаимоуважение анестезиологов и смежников. Нормальный психологический климат в больнице — важнейший фактор не только предупреждения операционных смертей, но и многих других рабочих неприятностей и несчастий.

2. Соблюдение стандартов.

3. Соблюдение схемы действий при осложнении [8].

Комитет по безопасности больных, входящий в правление Американской ассоциации анестезиологов,

разработал следующую схему действий анестезиолога при анестезиологическом несчастье [8].

Предварительный этап: знакомство с больным, обсуждение плана с хирургом и анестезистом, подготовка необходимого оборудования.

Возникновение проблем: расчет вариантов возможной причины, вопрос хирургу о дальнейшем плане, команда анестезисту усилить контроль действий, подготовка дополнительного оборудования.

Осложнение: все то же самое плюс приглашение более опытного анестезиолога.

Смерть: беседа с родственниками больного, информация этического комитета, информация страховой компании врача.

План эвакуации больного в стационар при необходимости

Пациенты, состояние которых характеризуется отсутствием стабильности, требующие наблюдения за функцией сердца, состоянием дыхательных путей, такими легочными проблемами, как обострение обструктивных заболеваний бронхов, должны госпитализироваться в стационар [10]. В условиях центра амбулаторной хирургии оценивается исходное состояние больного и проводятся стабилизационные мероприятия [3]. По показаниям проводится искусственная вентиляция легких [3]. Решение о транспортировке больного в отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии принимается после консультации с заведующим реанимационным отделением или старшим дежурным врачом принимающей больницы [3]. Транспортировка осуществляется на машине скорой помощи в сопровождении анестезиолога и медицинской сестры-анестезистки совместно с бригадой интенсивной терапии. При транспортировке больного возможны значительные изменения АД и ЧСС [3]. Во время транспортировки продолжается интенсивная терапия, неинвазивный мониторинг, ИВЛ (при необходимости) [3].

Медицинская документация

Используются следующие формы медицинской документации:

1. Решение Коллегии департамента здравоохранения администрации Архангельской области «О мерах по совершенствованию амбулаторной хирургии». Архангельск, 3 апреля 2003 года, протокол № 4/3.

2. Инструкции и методические указания по организации анестезиологической и реаниматологической помощи в Вооруженных силах Российской Федерации [14].

3. Инструкции и методические указания по организации анестезиологической и реаниматологической помощи [15].

4. План-схема центра амбулаторной хирургии и пояснение к плану.

5. Должностные инструкции врача-анестезиолога и медсестры-анестезистки.

6. Инструкции по работе с наркозно-дыхательной аппаратурой.

7. Журналы учета сильнодействующих, ядовитых и наркотических средств.

8. Книга учета анестезий.

9. Годовой отчет по установленной форме.

10. Инструкция для амбулаторного больного.

11. Информированное согласие на проведение операции и анестезиологического пособия.

12. Результаты обследования и анализы.

13. История болезни.

14. Лист предоперационного осмотра анестезиологом.

15. Протокол проведения анестезии.

16. Дневники течения послеоперационного периода в центре амбулаторной хирургии.

17. Лист критериев ускоренного перевода после амбулаторных операций.

18. Карта интенсивной терапии (заводится при необходимости).

С ростом популярности малоинвазивных оперативных вмешательств амбулаторная хирургия занимает все более прочные позиции. Широкое распространение амбулаторной хирургической службы, как показывает опыт многих развитых стран Европы, зависит от политики местных органов здравоохранения, уровня развития вспомогательных служб медицинской помощи на дому и экономических соображений. Большая часть введенных за последнее время в клиническую практику медикаментозных средств, в т. ч. для анестезии, по своим качествам идеально соответствует требованиям амбулаторной практики. Более высокая стоимость новых методов лечения должна быть сопоставлена с экономическими преимуществами ранней выписки, уменьшением потребности в дополнительном назначении лекарственных препаратов, более комфортными условиями для пациентов и возможностью раннего восстановления трудоспособности. В то же время все практикующие специалисты должны обеспечивать проведение высококачественного анестезиологического пособия в условиях широкого спектра амбулаторной хирургической помощи [19]. Амбулаторная хирургия должна стать обычной формой плановой хирургической помощи, а противопоказаниями для нее можно считать только те случаи, когда направление в стационар для пред- и послеоперационного наблюдения в состоянии обеспечить пациенту более высокий уровень безопасности, комфорта и улучшить исход оперативного вмешательства [17]. Медицина во все времена была близка (по происхождению, а нередко и по сути) с религией, и поэтому тезис, что здоровье и медицинская услуга — это товар, нечасто конкретизировался в столь обнаженной форме. Как и другие продукты, здоровье имеет стоимость, пропорционально вложенному труду и материальным ценностям. Большой становится потребителем, клиентом, который за свои деньги — личные, общественные или государственные — должен получить товар, услугу, адекватные его затратам. Получение товара и услуг потребителями во всем мире очень давно и достаточно четко регламентируется и контролируется существующими законами и обычаями. Поскольку амбулаторная хирургия расширяется, то анестезиологи должны быть к этому готовы [8].

Список литературы

1. Бунятян А. А. Руководство по анестезиологии / А. А. Бунятян, Н. Е. Буров, В. А. Голгорский и др.; Под ред. А. А. Бунятяна. — М.: Медицина, 1994. — 656 с.
2. Винсент Ч. Принципы риска и безопасность / Ч. Винсент // Освежающий курс лекций / Под ред. проф. Э. В. Недашковского; Пер. с англ. и нем. — Архангельск; Тромсё, 2002. — С. 23—31.
3. Гагарин А. В. Авиационная транспортировка больных в критическом состоянии / А. В. Гагарин, В. М. Будянский и др. // Сборник докладов и тезисов / Второй съезд межрегиональной ассоциации общественных объединений анестезиологов и реаниматологов Северо-Запада, Архангельск, 25—27 июня 2003. — С. 236—237.
4. Горбаченко А. В. Внутривенная анестезия при хирургических вмешательствах в амбулаторной практике / А. В. Горбаченко, А. И. Левшанков // Анестезиология и реаниматология. — 1998. — № 2. — С. 60—62.
5. Добсон М. Б. Анестезия в районной больнице / Всемирная организация здравоохранения; М. Б. Добсон; Пер. с англ. — М.: Медицина, 1989. — 146 с.
6. Дубынина Е. И., Фуркалюк М. Ю., Старченко А. А., Прилукова Т. И. // Материалы 4-го Всероссийского съезда анестезиологов и реаниматологов. — М.: Медицина, 1998. — С. 246.
7. Дубынина Е. И., Фуркалюк М. Ю., Старченко А. А., Прилукова Т. И. // Там же. — М.: Медицина, 1998. — С. 247.
8. Зильбер А. П. Этика и закон в медицине критических состояний / А. П. Зильбер. — Петрозаводск, 1998. — 600 с.
9. Кадер Д. Новое в фармакологии амбулаторной анестезии / Д. Кадер // Освежающий курс лекций / Под ред. проф. Э. В. Недашковского; Пер. с англ. и нем. — Архангельск; Тромсё, 1997. — С. 107—112.
10. Капур П. Требования к отделениям посленаркозного наблюдения / П. Капур // Освежающий курс лекций № 8 / Под ред. проф. Э. В. Недашковского; Пер. с англ. — Архангельск, 2003. — С. 70—77.
11. Левичев Э. А. Опыт применения спинальной анестезии в многопрофильной больнице скорой медицинской помощи / Э. А. Левичев, А. М. Каверин // Экология человека. — 2003. — № 1. — С. 36—38.
12. Левичев Э. А. Осложнения и проблемы спинальных методов обезболивания в хирургии / Э. А. Левичев, С. В. Шептицкий // Сборник докладов и тезисов / Второй съезд межрегиональной ассоциации общественных объединений анестезиологов и реаниматологов Северо-Запада, Архангельск, 25—27 июня 2003. — С. 344—345.
13. Левичев Э. А. Спинальная анестезия в условиях больницы скорой помощи / Э. А. Левичев, С. В. Шептицкий // Там же. — С. 345—346.
14. Организация анестезиологической и реаниматологической помощи в Вооруженных силах Российской Федерации (методические указания). Утверждены начальником Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации / Министерство обороны Российской Федерации. Главное военно-медицинское управление; Ред. проф. Ю. С. Полушина, проф. А. И. Левшанкова, проф. Б. Н. Богомолова. — М.: Изд. Военно-медицинской академии ИД № 02909 от 29.09.2000 г., 2002. — 112 с.
15. Организация отделения анестезиологии-реаниматологии / Под ред. проф. Ф. В. Черняховского. — М.: Медицина. — 1992. — 192 с.

16. Раваль Н. Роль послеоперационной анальгезии при амбулаторных хирургических вмешательствах / Н. Раваль // Освежающий курс лекций № 7 / Под ред. проф. Э. В. Недашковского; Пер. с англ. — Архангельск, 2002. — С. 81—89.

17. Смит И. Отбор больных для амбулаторных вмешательств / И. Смит // Освежающий курс лекций № 9 / Под ред. проф. Э. В. Недашковского; Пер. с англ. — Архангельск, 2004.

18. Старченко А. А. Проблемы юридической ответственности анестезиологов-реаниматологов за профессиональные правонарушения / А. А. Старченко, М. Ю. Фуркалюк, С. А. Комарец, Т. И. Прилукова // Анестезиология и реаниматология. — 2003. — № 3. — С. 3—9.

19. Уайт П. Ф. Амбулаторная анестезия: новые препараты и методы / П. Ф. Уайт // Освежающий курс лекций № 7 / Под ред. проф. Э. В. Недашковского; Пер. с англ. — Архангельск, 2002. — С. 75—80.

20. Уайт П. Ф. Современное анестезиологическое обеспечение в амбулаторной хирургии / П. Ф. Уайт // Освежающий курс лекций № 8 / Под ред. проф. Э. В. Недашковского; Пер. с англ. — Архангельск, 2003. — С. 162—173.

21. Фуркалюк М. Ю., Дубынина Е. И., Старченко А. А., Прилукова Т. И. // Материалы 4-го Всероссийского съезда анестезиологов и реаниматологов. — М.: Медицина, 1998. — С. 819.

22. Чепкий Л. П. Справочник по анестезиологии / Л. П. Чепкий, Л. В. Новицкая-Усенко, В. П. Цертий и др.; Под ред. Л. П. Чепкого. — Киев: Здоров'я, 1987. — 384 с.

23. Энекинг К. Ф. Местные анестетики и адьюванты / К. Ф. Энекинг // Освежающий курс лекций № 8 / Под ред. проф. Э. В. Недашковского; Пер. с англ. — Архангельск, 2003. — С. 229—235.

24. Worthington L. M. Death in the dental chair: unavoidable catastrophe? / L. M. Worthington, P. J. Flynn, L. Strunin // Brit. J. Anaesth. — 1998. — Vol. 80, N 2. — P. 131—132.

PECULIARITIES OF ANESTHESIOLOGICAL CARE CONTEMPORARY ORGANIZATION AND USE OF ANESTHETICS IN CONDITIONS OF A DAY-CARE SURGICAL CLINIC

E. V. Nedashkovsky, *E. A. Levichev

Northern State Medical University, Arkhangelsk,
*Town Clinical Ambulance Hospital № 2, Severodvinsk

The review of modern tendencies of anesthesiological supply development by out-patient operative interventions in Russia and abroad is given. Out-patient surgery creates advantages for patients, healthcare organizers, taxpayers and even hospitals. The biggest part of medical supplies introduced into clinical practice during the last time including for anesthesia corresponds perfectly by its characteristics to requirements of outpatient practice. At the same time, specific conditions of anesthesiologist work in a polyclinic presuppose a number of additional requirements.

Key words: day-care surgical clinic, out-patient surgery, out-patient anesthetic, documentation.