

Собетова Г.В.¹, Давыдова Н.С.¹, Давыдова Ю.А.^{1,2}, Еремин В.С.³

Амбулаторная анестезиология – состояние вопроса

1 – ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, 2 – страховая медицинская компания «Астремед-МС» (ОАО), г. Екатеринбург, 3 – муниципальное бюджетное учреждение «Городская клиническая больница № 1 Октябрьского района», г. Екатеринбург

Sobetova G.V., Davidova N.S., Davidova Yu. A., Eremin V.S.

Outpatient anesthesiology – a condition of a question

Резюме

Амбулаторное общее обезболивание - самостоятельное направление современной анестезиологии. По сравнению с рядом зарубежных стран, в которых число оперативных вмешательств, выполняемых в амбулаторных условиях достигает 70%, уровень амбулаторной хирургической помощи в России не велик. В нашей стране нет единых протоколов проведения анестезии в амбулаторной хирургии. Вопрос выбора оптимального метода обезболивания, имеющий решающее значение для амбулаторной хирургии, остается открытым, как и вопросы, касающиеся отбора, объема предоперационного обследования пациентов, образования и аккредитации персонала.

Ключевые слова: амбулаторная анестезиология, ускоренное восстановление после операции, быстрое ведение хирургического больного

Summary

Outpatient general anesthesia - the independent direction of modern anesthesiology. The level of the out-patient surgical help in Russia isn't great, not like in foreign countries, where this level is about 70%. There are no uniform protocols of carrying out anesthesia in out-patient surgery in our country. The question of a choice of an optimum method of anesthesia having crucial importance for out-patient surgery remains open, as well as the questions concerning selection, the volume of preoperative inspection of patients, education and accreditation of the personnel.

Key words: outpatient anesthesiology, enhanced recovery after surgery, fast track surgery

Введение

Амбулаторное общее обезболивание - самостоятельное направление современной анестезиологии, требующее деликатного подхода к подбору препаратов для общей анестезии, седации или гипноанальгезии. По сравнению с рядом зарубежных стран, в которых число оперативных вмешательств, выполняемых в амбулаторных условиях достигает 40-60 (70%), уровень амбулаторной хирургической помощи в России не велик [1]. Увеличивающееся число центров амбулаторной хирургии во всем мире отражает эту тенденцию [2], однако этот рост невозможен без совершенствования анестезиологической и хирургической помощи [3].

Современные исследования демонстрируют, что в амбулаторных условиях могут быть выполнены сложные операции безопасно, не жертвуя качеством и минимизируя использование ресурсов больницы [4, 5].

Одно из самых масштабных мультицентровых исследований последних лет было проведено в Дании. Перспективно изучены данные 57709 процедур в амбулаторной хирургии, проведенных в восьми центрах. Повторная госпитализация потребовалась в 1,21% (послеоперационные гематомы, боль, тошнота и рвота), ни одного случая смерти не зафиксировано [6].

Этот прогресс также связан с внедрением концепции ускоренного восстановления пациента после хирургических вмешательств. Концепция ускоренного восстановления после операции (enhanced recovery after surgery) или быстрого ведения хирургического больного (fast track surgery) была введена в клиническую практику более 10 лет назад и привела к укорочению сроков госпитализации после оперативного вмешательства во многих областях хирургии. Доказано, что такой подход имеет ряд преимуществ, включая снижение частоты осложнений и летальных исходов, уменьшение длительности пребывания в стационаре, и может с успехом применяться как в амбулаторных условиях, при лапароскопической холецистэктомии и мастэктомии, так и при обширных вмешательствах, таких как резекция аневризмы брюшного отдела аорты. Доказано, что предлагаемый подход подразумевает внедрение доказательных методов ведения пациента, включая слегка модифицированные традиционные направления послеоперационной терапии. Единая цель этого мультимодального подхода — значительно снизить частоту развития послеоперационных осложнений (например, внутригоспитальных инфекций и тромбозов легочной артерии), сроки

госпитализации и восстановления нормального образа жизни. Некоторые элементы такого периоперационного ведения значительно отличаются от традиционных подходов. Многие из этих методов могут быть адаптированы к условиям значимо различающихся учреждений здравоохранения с целью оптимизации периоперационной терапии. Программа ускоренного восстановления - это мультидисциплинарный, основанный на принципах доказательной медицины подход к периоперационному ведению пациентов, который впервые был использован в Дании профессором Henrik Kehlet, абдоминальным хирургом из Копенгагена. Впервые программу применили в колоректальной хирургии, но позднее она проникла в гинекологию, урологию и ортопедию. Целью ее является оптимальная физическая и психологическая подготовка пациента к операции и периоперационное ведение пациента, что помогает уменьшить операционный стресс, улучшить и ускорить его восстановление[7].

Немаловажным аспектом развития и организации анестезиологической службы в амбулаторных условиях являются правовые вопросы. На сегодняшний основной регламентирующий документ - это приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 919н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология». Отдельно процитируем четвертый пункт этого документа: «Медицинская помощь по профилю «анестезиология и реаниматология» может оказываться в следующих условиях: амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение); в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения)»[8]. В целях выполнения этого федерального приказа в Свердловской области издан региональный приказ N 1200[9].

С целью улучшения качества оказания хирургической помощи и повышения эффективности использования современного дорогостоящего оборудования в Свердловской области издан приказ 10.10.2002 N 542-п "Об утверждении "временного стандарта организации хирургического стационара кратковременного пребывания"[10]. В 2013 он реализован организацией хирургического стационара кратковременного пребывания структуре консультативно-диагностической поликлиники ГУЗ «СОКБ № 1»[11].

Тщательный предоперационный отбор в амбулаторной хирургии необходим в первую очередь для обеспечения безопасности пациента, а также для снижения числа отмененных в последний момент операций и связанных с ними изменений операционных планов. Предварительная оценка предоставляет необходимую информацию о состоянии больного, что в свою очередь способствует увеличению общего качества медицинского обслуживания пациентов. Отбор осуществляется на основе хирургических, социальных и медицинских критериев. С расширением показаний для амбулаторных вмешательств неизбежно меняются и критерии отбора. Данные изме-

нения определяются на основании практического опыта. Критерии отбора, безопасность и успех амбулаторных хирургических вмешательств зависят от правильного подбора пациентов, поскольку позволяет свести к минимуму послеоперационные осложнения. По мере расширения показаний к операциям, проводимым в амбулаторных условиях, неизбежно растет число пациентов с различной сопутствующей патологией. Из этого следует необходимость разработки соответствующей инструкции по отбору пациентов, пригодной для практического использования и основанной на хирургических, общемедицинских и социальных критериях. Хирургические критерии легче распознаются и поддаются классификации, однако в настоящее время существуют значительные отличия между отдельными странами (а также внутри их) относительно процентных соотношений количества операций, проводимых на амбулаторной основе, таких как холецистэктомия и тонзиллэктомия.

Хирургические

- операции средней продолжительности, связанные с минимальными кровопотерей и изменениями гидробаланса;
- не требуется специальная аппаратура (сегодня придают меньшее значение, например, при использовании лапароскопов);
- не требуется специализированный послеоперационный уход;
- низкий предполагаемый риск послеоперационных осложнений;
- обезболивание возможно в домашних условиях (пероральные анальгетики).

Социальные

- сопровождение взрослого и наблюдение в течение суток;
- пациент правильно выполняет указания врача;
- наличие телефонной связи;
- доступность врача общей практики и/или участковой медсестры;
- возможность достаточно быстрого возвращения в мед. учреждение;
- отсутствие необходимости ухода за детьми или выполнения потенциально опасной работы.

Медицинские

- хорошее состояние здоровья или сопутствующие заболевания вне обострения, под контролем;
- симптомы основного заболевания стабильные;
- пациент правильно оценивает свое состояние (разумно мыслит);
- операция не может вызвать обострения сопутствующего заболевания[12];
- Объем предоперационного обследования пациента, выполняемый в клиниках нашей страны по рекомендациям Министерства Здравоохранения, безусловно, имеет ряд преимуществ. Но проведение большого количества лабораторных и инструментальных исследова-

Таблица 1. Рекомендации лабораторного обследования для здоровых пациентов на плановые операции под общей анестезией (без планируемой кровопотери)

Необходимые тесты		
Возраст, лет	мужчины	женщины
До 40	Ни один	тест на беременность*
40-49	ЭКГ	Гематокрит, тест на беременность*
50-64	ЭКГ	Гемоглобин или гематокрит ЭКГ
65-74	Гемоглобин или гематокрит ЭКГ азот мочевины сыворотки глюкоза	Гемоглобин или гематокрит ЭКГ азот мочевины сыворотки глюкоза
Старше 75	Гемоглобин или гематокрит ЭКГ, азот мочевины сыворотки, глюкоза рентгенограмма грудной клетки**	Гемоглобин или гематокрит ЭКГ, азот мочевины сыворотки, глюкоза рентгенограмма грудной клетки**

*примечания - *если пациент не может достоверно исключить беременность*

*- ** польза проведения рентгенограммы грудной клетки лицам, старше 50 лет не подтверждена*

ний, а срок действия некоторых составляет 3-4 месяца, не всегда способствует выявлению скрытой патологии, существенно не влияет на периоперационное ведение и, кроме того, экономически не целесообразно. Порой ложноположительные лабораторные результаты приводят к неоправданному назначению новых тестов, выявленные отклонения могут повысить инвазивность лечения и, тем самым, навредить больному [48; 13]. В Свердловской области Управлением здравоохранения администрации г. Екатеринбурга принято Распоряжение № 570 от 08.09.2009 «Об утверждении единого стандарта предоперационного обследования перед плановым оперативным вмешательством», который включает классификации травматичности оперативных вмешательств и стандарт предоперационного обследования на амбулаторном этапе в зависимости от величины операционно-анестезиологического риска по ASA, характера и травматичности оперативного вмешательства [15]. Существует и вариант сокращённого предоперационного обследования, основанный на рекомендациях Американской ассоциации анестезиологов [16]. Предлагаемый скрининг предполагает дифференцированное выполнение лабораторных тестов и их оценку в совокупности с результатами анамнеза и физического осмотра, что позволяет выявить все существующие проблемы пациента и назначить необходимое ему дополнительное обследование. Подобный модус обоснован и экономически. В таблице 1, приведенной ниже представлены рекомендации по дооперационному обследованию, опубликованные в «Анестезии» Рональда Миллера, одном из самых авторитетных изданий для анестезиологов-реаниматологов [17].

Сокращенные объемы предоперационного исследования рекомендуются и в отечественных работах [18].

Использование дооперационного анкетного опроса показало свою эффективность в большинстве случаев. В нашей стране нет подобного регламентированного документа. Ниже мы приводим, как пример, перевод подобного опросного листа, рекомендованного ассоциацией анестезиологов Великобритании и Ирландии и Британской ассоциацией амбулаторной хирургии [19].

Интраоперационный мониторинг в амбулаторной анестезиологии не должен отличаться от Гарвардского стандарта и должен включать: нахождение анестезиолога-реаниматолога и медицинской сестры-анестезиста рядом с больным, ЭКГ (II, V5), пульсовой оксиметр, неинвазивное измерение АД в автоматическом режиме каждые 5 минут. При проведении общей анестезии обязательно наличие капнографа, контроль герметичности дыхательного контура при ИВЛ, мониторинг температуры тела так же становится стандартом [20, 21, 22].

Периодически этот стандарт является объектом для пересмотра, что обусловлено развитием технологии и практики.

Отдельно остановимся на первом пункте этого стандарта: наличие хорошо обученного и опытного члена анестезиологической или реанимационной бригады, в нашей стране это лица, прошедшие специализацию (квалифицированные) специалисты в области анестезиологии-реанимации.

Аккредитация специалистов в области амбулаторной анестезиологии является обязательной в странах Европы и США. Так, например, в Королевском колледже анестезиологов в Великобритании (Royal College of Anaesthetists, RCoA) амбулаторная хирургия и обезболивание являются основным модулем обучения. Компетенции, которые приобретаются в процессе обучения:

- Отбор пациентов и предоперационная подготовка:
 - Медицинские, социальные и хирургические факторы
 - Протоколы отбора
 - Роль дооперационной подготовки в однодневной хирургии
 - Инструкции для подготовки пациентов для однодневной хирургии
 - подготовка пациентов со сложными заболеваниями
- Выбор метода анестезии для однодневной хирургии:
 - Общие обезболивающие методы
 - Противорвотная терапия
 - Обезболивание, включая блокады нерва
 - Инфузионная терапия

Предоперационный опросный лист пациента.

(заполняется совместно с пациентом)

Данные пациента.

Дата поступления:

Отметьте правильный ответ.

Будет ли возможность:

доехать до дома на личном транспорте?	да	нет	Дата заполнения опросника ... г. Подпись пациента:
нахождения кого-либо дома с Вами?	да	нет	
позвонить из дома по телефону?	да	нет	
кому-нибудь ухаживать за Вами в течении суток?	да	нет	

Были ли у Вас когда-либо описанные ниже заболевания?

Инфаркт миокарда	да	нет	<p>----Если Да, то когда?</p> <p>----Если Да, ответьте на следующие вопросы: а. В каком состоянии проявляется одышка:</p> <table border="1"> <tr> <td>в покое</td> <td>да</td> <td>нет</td> </tr> <tr> <td>лежа</td> <td>да</td> <td>нет</td> </tr> <tr> <td>при физической нагрузке</td> <td>да</td> <td>нет</td> </tr> <tr> <td>при подъеме по лестнице</td> <td>да</td> <td>нет</td> </tr> </table> <p>б. Сколько Вы можете пройти без остановки до возникновения одышки?</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> <p>метров</p> <p>----Если Да, то лечение достигается:</p> <table border="1"> <tr> <td>диетой</td> <td></td> </tr> <tr> <td>приемом сахароснижающих препаратов</td> <td></td> </tr> <tr> <td>инсулинотерапией</td> <td></td> </tr> </table>	в покое	да	нет	лежа	да	нет	при физической нагрузке	да	нет	при подъеме по лестнице	да	нет	диетой		приемом сахароснижающих препаратов		инсулинотерапией	
в покое	да	нет																			
лежа	да	нет																			
при физической нагрузке	да	нет																			
при подъеме по лестнице	да	нет																			
диетой																					
приемом сахароснижающих препаратов																					
инсулинотерапией																					
Стенокардия(боль за грудиной при нагрузке, в покое или во сне)	да	нет																			
Одышка(затруднение дыхания)	да	нет																			
Бронхиальная астма	да	нет																			
Бронхиты	да	нет																			
Повышенное артериальное давление	да	нет																			
Сердечные шумы	да	нет																			
Ревматическая лихорадка	да	нет																			
Судороги или припадки	да	нет																			
Выраженные кровотечения или кровоподтеки	да	нет																			
Болезни почек или мочевыводящей системы	да	нет																			
Анемия или другие заболевания крови	да	нет																			
Гепатиты	да	нет																			
Выраженная диспепсия или изжога	да	нет																			
Сахарный диабет	да	нет																			
Артрит	да	нет																			
Заболевания мышечной ткани(миастения)	да	нет																			
Тромбоз глубоких вен или тромбоэмболия легочных сосудов	да	нет																			
Отеки лодыжек	да	нет																			
У Вас есть кардиостимулятор?	да	нет																			
Серповидноклеточная анемия или её носительство?	да	нет																			

Был ли пациент уведомлен о значимой опасности для здоровья общества болезни Крейцфельда – Якоба?

да/нет

Вес:

А/Д:

SpO₂:

(заполняется медсестрой)

Рост:

ЧСС:

(заполняется медсестрой)

Были ли у Вас другие тяжелые заболевания? Если Да, назовите их:

Аллергии или аллергические реакции на препараты, пластыри, латекс и т.д.

Беременность, прием противозачаточных препаратов, в т.ч. гормонозаместительная терапия?

(Уведомите своего хирурга о приеме противозачаточных препаратов не менее, чем за 4 недели)

Имеете ли следующее из нижеперечисленного?(нужное подчеркнуть)

Зубные протезы или коронки Контактные линзы Слуховой аппарат Электрокардиостимулятор

Употребляете ли Вы:

курение сигарет	да	нет
выпиваете более 1,5 пинт пива или более 3 рюмок крепкого алкоголя в день	да	нет
наркотические вещества	да	нет

Какие оперативные вмешательства были у Вас до этого?

Вид операции	Вид анестезии
1.	Общая анестезия/ Спинальная анестезия/ Местная анестезия
2.	Общая анестезия/ Спинальная анестезия/ Местная анестезия
3.	Общая анестезия/ Спинальная анестезия/ Местная анестезия
4.	Общая анестезия/ Спинальная анестезия/ Местная анестезия
5.	Общая анестезия/ Спинальная анестезия/ Местная анестезия

Были ли у Вас какие-либо осложнения после проведенной операции или анестезии?

1. _____
2. _____

Проведение скрининг-исследования на носительство MRSA

Копия опросного листа выдана пациенту

Анализ крови выдан пациенту

Имеется какая-либо ещё информация, которую следует знать хирургу или анестезиологу?

Имеются ли у Вас какие-либо ещё вопросы по поводу предстоящей процедуры?

У кого-то из Вашей семьи были проблемы, связанные с проведенной анестезией? Если ДА, то у кого именно, когда и что произошло?

Время	Заметки/комментарии медсестры	Ф.И.О.

- обеспечение проходимости дыхательных путей.

Отличительным от нашей системы здравоохранения и образования является тот факт, что данные компетенции могут приобретать не только анестезиологи, но и другие специалисты (хирурги, стоматологи) [23].

Одним из важных показателей для амбулаторной хирургии является время восстановления после анестезии. В РФ не принято и не рекомендовано для широкого использования шкал восстановления после анестезии. Для объективной оценки этого критерия ASA рекомендует использовать модифицированную шкалу Aldrete. С помощью этой шкалы оцениваются в баллах основные витальные функции: сознание, дыхание, кровообращение и моторная функция. Альтернативой модифицированной шкале Aldrete предложена FAST-TRACK-шкала. Предлагаемые fast-track-критерии определяют возможность перевода амбулаторных пациентов из операционной непосредственно в хирургическое отделение после проведения общей анестезии. Пациенты, набравшие 12 и более баллов по данной шкале, могут быть переведены из операционной без необходимости наблюдения в палате пробуждения [24].

FAST-TRACK-шкала

Показатель/Баллы

1. Уровень сознания:

- пациент полностью проснулся и 2
- ориентирован в месте и времени
- пробуждается при минимальной стимуляции 1
- отвечает только на тактильную стимуляцию 0

2. Физическая активность:

- активно двигает по просьбе всеми конечностями 2
- умеренная слабость при движении конечностями 1
- не может самостоятельно двигать конечностями 0

3. Гемодинамическая стабильность:

- снижение СрАД не ниже 15% от базового уровня СрАД 2
- снижение СрАД от 15% до 30% от базового уровня СрАД 1
- снижение СрАД ниже 30% от базового уровня 0

4. Респираторная стабильность:

- способен к глубокому дыханию 2
- тахипноэ с активным кашлем 1
- диспноэ со слабым кашлем 0

5. Оксигенация:

- сатурация > 90% при дыхании атмосферным воздухом 2
- требуется поддержка увлажненным кислородом (через назальные канюли) Sat O₂ > 90% 1
- Sat O₂ < 90% с кислородной поддержкой 0

6. Оценка послеоперационной боли:

- отсутствие боли или умеренный дискомфорт 2
- боль от умеренной до выраженной, контролируется внутривенными анестетиками 1
- постоянная, выраженная боль 0

7. Послеоперационная тошнота и рвота:

- нет признаков или умеренная тошнота

без рвоты 2

- позывы или умеренная рвота 1

- выраженная тошнота, рвота 0

Общая сумма баллов 14

Показатели с баллом меньше единицы (в каком-либо критерии) не учитываются.

Другой важной задачей является выбор метода анестезии. Консервативные методы общей анестезии, основанные на комбинации кетамина, диазепама, дроперидола и фентанила, обладают различными недостатками, трудно управляемы, не отвечают современным требованиям безопасности пациента, требуют продолжительной посленаркозной реабилитации, не позволяют с достаточным постоянством достичь полноценного обезбоживания с одновременным сохранением адекватного самостоятельного дыхания [25, 26].

Наличие полного набора ингаляционных анестетиков, включая севофлуран с десфлураном, препаратов для внутривенной анестезии (пропофол, ремифентанил), в том числе и тотальной внутривенной с работающими насосами, позволяет достигать высокой управляемости анестезиологического пособия и уменьшить частоту неприятных побочных эффектов, таких как послеоперационная тошнота и рвота. Максимально возможное применение регионарных методов является существенной составной частью амбулаторной анестезиологии. Максимальная дистализация и селективность регионарных блокад позволяет избежать ненужных побочных эффектов более проксимальных (нейроаксиальных) подходов [27].

Актуальность проблемы оптимизации методов анестезии подтверждается большим количеством работ российских анестезиологов [28].

Заключение

Несмотря на большое количество проведенных исследований по данной проблеме, в нашей стране нет единых протоколов проведения анестезии в амбулаторной хирургии. Вопрос выбора оптимального метода обезбоживания, имеющий решающее значение для амбулаторной хирургии, остается открытым, как и вопросы, касающиеся отбора, объема предоперационного обследования пациентов, образования и аккредитации персонала. ■

Собетова Г.В., к.м.н., доцент кафедры анестезиологии, реаниматологии и трансфузиологии ФПК и ПП, ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург; Давыдова Н.С., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой анестезиологии, реаниматологии и трансфузиологии ФПК и ПП, ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург; Давыдова Ю.А., к.м.н. заместитель Председателя Правления, директор по экспертизе, страховая медицинская компания «Астрамед-МС» (ОАО), г. Екатеринбург, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург; Еремич В.С., врач анестезиолог-реаниматолог, муниципальное бюджетное учреждение «Городская клиническая больница № 1 Октябрьского района», г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку - Собетова Г.В., 620028, г. Екатеринбург, ул. Ретина, д.3, тел (343) 254-67-39, e-mail: sobetova@mail.ru

Литература:

1. Большедворов Р.В. Анестезиологическая служба стационара одного дня: самостоятельная структура или подразделение госпиталя? / Р.В. Большедворов, В.В. Кичин // Анестезиология и реаниматология. - 2009.- иб.-С.71-73.
2. Stephenson P. In a day's work: The government is opening 10 more diagnosis and treatment centers to reduce length of hospital stay, largely through day surgery. Health Serv 2002; 112:9.
3. Liem MS, van der Graaf Y, van Steensel CJ, et al. Comparison of conventional anterior surgery and laparoscopic surgery for inguinal-hernia repair. N Engl J Med 1997; 336:1541.
4. Kitz DS, Slusarz-Ladden C, Lecky JH. Hospital resources used for inpatient and ambulatory surgery. Anesthesiology 1988; 69:383
5. Engbaek J, Bartholdy J, Hjortshu NC. Return hospital visits and morbidity within 60 days after day surgery: a retrospective study of 18,736 day surgical procedures. Acta Anaesthesiol Scand. 2006 Sep;50(8):911-9.
6. Majholm B, Engbjk J, Bartholdy J et al. Is day surgery safe? A Danish multicentre study of morbidity after 57,709 day surgery procedures. Acta Anaesthesiol Scand. 2012 Mar;56(3):323-31.
7. Н. Нираджан*, Т. Болтон, К. Бери. Ускоряя восстановление после операции: современные достижения. Русская версия журнала Update in Anaesthesia. 2012 Aug; 18:21-7.
8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. N 919н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "анестезиология и реаниматология". - Электрон. дан.- Режим доступа: <http://www.gosminzdrav.ru/documents/5472-prikaz-minzdrav-grossii-ot-15-noyabr-2012-g-n-919n>
9. Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 18.09.2014 N 1200 "Об организации оказания анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению на территории Свердловской области". - Электрон. дан.- Режим доступа: <http://minzdrav.midural.ru/uploads/document/1766/1200-p.pdf>
10. Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 10.10.2002 N 542-п "Об утверждении "временного стандарта организации хирургического стационара кратковременного пребывания" (вместе с "временным стандартом 66.91500.0003-2002 организации хирургического стационара кратковременного пребывания")". - Электрон. дан.- Режим доступа: http://sverdlovsk.news-city.info/docs/sistemsp/dok_perpjz.htm
11. Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 24.04.2013 N 538 "Об организации в структуре консультативно-диагностической поликлиники.
12. Смит И. Отбор пациентов для амбулаторных вмешательств / И.Смит // Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии: освежающий курс лекций: пер. с англ. яз. - Архангельск, 2004. - Вып.9. - С. 42- 47.
13. Уилкинсон Д. Предоперационная оценка в амбулаторной хирургии / Д.Уилкинсон // Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии: освежающий курс лекций: пер. с англ. яз. - Архангельск, 2007. - Вып.12. - С. 115 - 121.
14. Dewandre P. Y. Perioperative Management for Ambulatory Anaesthesia : Does the Choice of Drug matter ? / P. Y. Dewandre // Acta Anaesth. Belg. - Suppl. - 2004. - Vol. 55. - P. 1-2.
15. Об утверждении единого стандарта предоперационного обследования перед плановым оперативным вмешательством: распоряжение Управления здравоохранения администрации г. Екатеринбурга от 08.09.2009 и 570. - «Медицинские вести». - иб (68). - Екатеринбург, 2009. - с. 1.
16. Handbook of Ambulatory Anesthesia / Twersky Rebecca S, Philip Beverly K. (Eds). - Originally published by Mosby. - 2nd ed.- 2008. - Vol. XIV. - 484 p. - 200 illus.
17. Miller, Ronald D. Anesthesia 2000- (vol. 2) - P.2217.
18. Чеканова Е. Г. Оптимизация дооперационного обследования и послеоперационного ведения больных в амбулаторной хирургии: автореф. дис. канд. мед. наук :14.01.20 / Чеканова Елена Геннадьевна; ГКБГ ФСБ РФ.- Москва, 2009. - автореферата кандидат медицинских наук, 2009.-27с.
19. Verma R, Alladi R, Jackson I, et al. Day case and short stay surgery: 2, Anaesthesia 2011; 66: pages 417-434.
20. GUIDELINES FOR AMBULATORY ANESTHESIA AND SURGERY Committee of Origin: Ambulatory Surgical Care (Approved by the ASA House of Delegates on October 15, 2003, and last amended on October 22, 2008) [electronic resource] / Режим доступа: http://www.csaqh.org/pdf/news/DeepSedation_06_08_fin.al.pdf.
21. Rebecca S Recovery and Discharge of the Ambulatory Anesthesia Patient [electronic resource] / S.Rebecca, M.D Twersky. - Режим доступа: http://www.asahq.org/rcls/RCLS_SRC/275_Twersky.pdf
22. Rules and regulations for the licensure of physician ambulatory surgery centers and podiatry ambulatory surgery centers State of rhode Island and PROVIDENCE PLANTATIONS DEPARTMENT OF HEALTH [electronic resource]. - 2002.-December.- Режим доступа : <http://www.asahq.org/Washington/oba-ri.pdf>
23. Royal College of Anaesthetists. Raising the Standard: A Compendium of Audit Recipes. London: RCoA, 2006.
24. Paul F. White, Dajun Song. New Criteria for Fast-Tracking After Outpatient Anesthesia: A Comparison with the Modified Aldrete's Scoring System. Anesth Analg 1999;88:1069-72.
25. Басов В. Е. Хирургия одного дня: выбор метода анестезии для обеспечения малоинвазивных гинекологических вмешательств / В. Е. Басов, В. В. Лихванцев, Ю. В. Скрипкин // Вестник интенсивной терапии. - 2008. - иб. - С. 35-37.
26. Келлет Г. Концепция «хирургии одного дня»: роль анестезиолога и периоперационной аналгезии / Г. Келлет // Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии: освежающий курс лекций: пер. с англ. яз. - Архангельск, 2008. - Вып.13. - С. 55 - 59.
27. Редер Й. Тотальная внутривенная анестезия (ТВВА) в амбулаторной хирургии: риски, преимущества, стоимость / Й. Редер // Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии: освежающий курс лекций: пер. с англ. яз. - Архангельск, 19 выпуск, 2013. С. 68-75.
28. Латышев П.Э. Наше видение амбулаторной анестезиологии // П.Э. Латышев, А.Л. Левит, С.В. Ярмоленко, К.В. Титов // сборник тезисов 14 съезда ФАР.- Казань. 2014. - С. 187-188.