

Таблица 3. Различия длительности лечения в ОИТ по дням госпитализации относительно общей длительности лечения в зависимости от оперативного статуса и источника госпитализации

Прогностические факторы	% различий (95% ДИ)
Оперативный статус	
Оперированы	0,03 (от -0,02 до 0,08)
Не оперированы	-0,02 (от -0,11 до 0,06)
Источник госпитализации	
Реанимационный зал	0,02 (от -0,07 до 0,11)
Операционная	0,04 (от -0,02 до 0,09)
Отделение	-0,14 (от -0,28 до 0,01)
Другое ОИТ	-0,26 (от -0,52 до -0,004)*

Примечание. Сравнивали натуральные логарифмы длительности лечения. * $p=0,046$.

увеличением длительности лечения в ОИТ. Однако среди госпитализированных в выходные дни пациентов субъекты с респираторной дисфункцией находились в повышенном риске смерти, статистически значимо более высоком в сравнении с другими группами пациентов. Более того, анализ смертей в течение двух дней после госпитализации продемонстрировал даже еще большие отличия в летальности между госпитализациями в будние и выходные дни, что не могло быть из-за простого увеличения тяжести дыхательной недостаточности среди пациентов, госпитализированных в выходные дни.

Выводы

1. Отсутствует статистически значимая взаимосвязь между госпитализацией в отделение интенсивной терапии в выходные дни с повышением летальности и увеличением длительности лечения в ОИТ.

2. Статистически достоверное влияние на выживаемость пациентов, госпитализированных в ОИТ в выходные дни, оказывает формирование у пациента респираторной дисфункции.

Литература

1. Birkmeyer J. D., Warshaw A. L., Finlayson S. R. G., Grove M. R., Tosteson A. N. A. Relationship between hospital volume and late survival after pancreatoduodenectomy. *Surgery*. 1999. 126: 1: 178-183.
2. Carmel S., Rowan K. Variation in intensive care unit outcomes: a search for the evidence on organizational factors. *Curr. Opin. Crit. Care*. 2001. 7: 4: 284-296.
3. Combes A., Luyt C. E., Trouillet J. L., Chastre J., Gibert C. Adverse effect on a referral intensive care unit's performance of accepting patients transferred from another intensive care unit. *Crit. Care Med*. 2005. 33: 4: 705-710.
4. Sanchez P. L., Harrell L. C., Salas R. E., Palacios I. F. Learning curve of the Inoue technique of percutaneous mitral balloon valvuloplasty. *Am. J. Cardiol*. 2001. 88: 5: 662-667.
5. Tassios P. S., Ladas S. D., Grammenos I., Demertzis K., Raptis S.A. Acquisition of competence in colonoscopy: the learning curve of trainees. *Endoscopy*. 1999: 31: 6: 702-706.
6. Barnett M. J., Kaboli P. J., Sirio C. A., Rosenthal G. E. Day of the week of intensive care admission and patient outcomes: a multisite regional evaluation. *Med. Care*. 2002: 40: 6: 530-539.
7. Bell C. M., Redelmeier D. A. Mortality among patients admitted to hospitals on weekends as compared with weekdays. *N. Engl. J. Med*. 2001. 345: 9: 663-668.

Полный список литературы см. на сайте umj.ru

К вопросу об экономической эффективности палаты пробуждения хирургического стационара краткосрочного пребывания

Г. В. Соболева, Н. С. Давыдова

Уральская государственная медицинская академия,
Центральная городская клиническая больница № 1

Резюме

Основными чертами амбулаторной анестезии являются большой объем манипуляций, высокий оборот, экономическая выгода в сравнении со стационарным лечением. Экономическая целесообразность вытекает из постоянной оптимизации использования места, оснащения, персонала, расходных материалов и рабочего времени.

Г. В. Соболева — ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии Уральской государственной медицинской академии.

Н. С. Давыдова — д. м. н., профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии Уральской государственной медицинской академии.

В хирургическом стационаре на 30 коек со сроком пребывания больного 9-10 дней планируется расширение объемов деятельности отделения за счет внедрения новых медицинских технологий амбулаторной хирургии и сокращения длительности лечения до 1-2 дней при сохранении на уровне прошлых лет объемных показателей использования коечного фонда хирургического отделения в рамках программы государственных гарантий.

В соответствии с анализируемыми затратами хирургического отделения, точка безубыточности по предполагаемому новым медицинским технологиям и методам лечения составляет около 1100 человек, что практически соответствует уровню количества больных, пролеченных традиционным способом в настоящее время (количество пролеченных больных в 2004-2005 гг. в среднем составляет 1071 человек). Расчет себестоимости на медицинские услуги базируется на фактических затратах хирургического отделения при реализации медицинских услуг традиционными методами лечения, с учетом предполагаемых дополнительных расходов в связи с внедрением технологий «операция одного дня». В расчет средней стоимости пролеченного больного заложена рентабельность в размере 20%. Средняя расчетная цена одного пролеченного больного по хирургическому отделению составляет на первом году внедрения проекта 6590,14 руб.

Ключевые слова: экономическая эффективность, палата пробуждения, хирургический стационар краткосрочного пребывания.

За последние годы существенно расширились возможности и объем амбулаторной хирургической помощи населению в условиях поликлиник, стационаров одного дня, консультативно-диагностических центров и т.д. Это, в свою очередь, потребовало качественного изменения уровня анестезиологического обеспечения с привлечением высокоэффективных методов регионарной, внутривенной, а в ряде случаев и сбалансированной анестезии на основе ингаляционных и неингаляционных анестетиков, широко применяемых в хирургических стационарах общего назначения [11, 22]. Последние два десятилетия в развитии анестезиологии связаны со стремительным смещением акцентов в сторону хирургии одного дня или амбулаторной хирургии, когда пациент приходит на операцию и выписывается домой через короткое время после ее окончания. В США проводится примерно 25 млн. анестезиологических пособий в год. Более 80% из них — амбулаторные, и это число продолжает увеличиваться [4, 8]. Сфера амбулаторной хирургии продолжает расширяться за счет быстрого прогресса хирургических технологий. Появление нового инструментария и оборудования, наряду с усовершенствованием и появлением новых хирургических подходов, все более и более малоинвазивных, существенно облегчает основную функцию анестезиолога по обеспечению безопасного и безболезненного для пациента периоперационного периода, включая первые 24-48 ч после выписки домой [11, 15, 24, 31]. На сегодняшний день пластическая и косметическая хирургия лица и шеи; хирургия плечевого сустава, верхних и нижних конечностей, грудной железы, передней брюшной стенки и малого таза, эндоскопическая хирургия (холецистэктомия, интервальная ап-

пендэктомия, аднексэктомия и т.д.), плановые офтальмологические операции (катаракта и ретина) и операции на ЛОР-органах производятся в амбулаторных условиях [4, 9, 29, 30, 32]. Предпосылками такого амбулаторного бума послужили несколько основных факторов:

1. Финансово-экономический.
2. Высокая безопасность анестезии.
3. Прогресс хирургических технологий в сторону менее травматичных, малоинвазивных хирургических вмешательств [4, 24].

Вместе с тем вопросы, связанные с организацией и методологией амбулаторной анестезиологии (АА) в нашей стране нельзя считать окончательно решенными. Большинство из них обусловлены организационно-правовыми аспектами обезболивания в центрах амбулаторной хирургии (ЦАХ), кадровым обеспечением, материально-техническим оснащением средствами обезболивания, мониторинга жизненно важных органов и систем, средствами экстренной и неотложной помощи, в том числе искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и требуют скорейшего решения. При организации амбулаторной анестезиологической службы в условиях ЦАХ должны быть неукоснительно соблюдены все нормативные акты, касающиеся: помещений для операционных с возможностью проведения общего обезболивания и ИВЛ; палаты пробуждения должны быть оснащены современными средствами неинвазивного мониторинга сердечно-сосудистой и дыхательной систем; строго соблюдены требования по ведению документации предоперационного осмотра пациентов, непосредственно наркозной карты, протоколов обезболивания и наблюдения за больными в течение ближайшего времени после операции; важнейший аспект имеют учет и хранение сильнодействующих препаратов

(анестетиков, анальгетиков, бензодиазепинов и др.). В случае интра — и послеоперационных осложнений должна быть предусмотрена возможность экстренной госпитализации больного в стационар. Следует отметить, что по многим из вышеуказанных аспектов развития и организации анестезиологической службы в амбулаторных условиях нет единого мнения, как нет единых стандартов ведения больных в ЦАХ, адаптированных непосредственно для нашего здравоохранения. Не решены вопросы правовой защищенности врачей, не определены допустимые риски в работе анестезиолога и хирурга в амбулаторных условиях, что в совокупности и определяет безопасность анестезиологического обеспечения. По сравнению с рядом зарубежных стран, где выполняемое в амбулаторных условиях количество оперативных вмешательств достигает 40–60 (70%), уровень амбулаторной хирургической помощи в России не велик [2, 11, 13, 17, 20, 23].

Общепринятые схемы анестезиологической защиты «стационарной» анестезиологии не могут полностью удовлетворять жестким требованиям амбулаторной анестезиологии потому, что понятие оптимальности общей анестезии в амбулаторной хирургии существенно отличается от представлений классической анестезиологии. Кроме необходимости обеспечения адекватной анестезиологической защиты организма пациента от операционного стресса существуют такие важнейшие задачи как сохранение адекватного самостоятельного дыхания, стабильной гемодинамики с отсутствием ортостатических реакций, профилактика возможной обтурационной асфиксии и создание оптимальных условий для работы хирурга. Безусловно, основной задачей амбулаторного анестезиолога всегда остается быстрая посленаркозная реабилитация пациентов, и безопасная эвакуация их домой после иногда довольно продолжительной операции под общим обезболиванием. Поэтому анестезиологическое обеспечение амбулаторных вмешательств предъявляет жесткие требования к подбору препаратов с учетом максимальной эффективности, безопасности, управляемости и адекватности [5, 6, 7, 12, 15, 18]. Амбулаторное обезбоживание — это самостоятельное направление современной анестезиологии, требующее очень деликатного подхода в выборе препаратов для общей анестезии, седации или гипноанальгезии [1, 18, 21]. Задача амбулаторного анестезиолога — дифференцированно подходить к выбору конкретной методики сбалансированной анестезии в зависимости от клинической целесообразности, максимально снизить анестезиологический риск, обеспечить безопасность пациента на всех этапах анестезии и в посленаркозном периоде.

Другая существенная проблема амбулаторной анестезиологии — это критерии отбора пациентов. В недалеком прошлом большинство отбираемых больных для амбулаторных операций были относительно здоровы (ASA 1, ASA 2). Клинический опыт последних лет позволяет снять ограничения и показывает, что больные ASA 3 при хорошей компенсации перед операцией имеют уровень осложнений не больше, чем больные ASA 1 и ASA 2 [3, 14, 26, 35].

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. 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 [4, 28, 33, 34, 37]. Максимально возможное применение регионарных методов является существенной составной частью амбулаторной анестезиологии. Максимальная дистализация и селективность регионарных блокад позволяет избежать ненужных побочных эффектов более проксимальных (нейраксиальных) подходов [4, 5, 30, 36]. Успех амбулаторной хирургии в определенной мере зависит от своевременности и целесообразности выписки больных, которым проводилась анестезия или вводились седативные препараты. Преждевременная выписка пациентов чревата развитием различных осложнений, требующих непредвиденной госпитализации и неотложной помощи. Основные критерии безопасной выписки:

1. стабильность витальных функций;
2. больной должен быть ориентирован в личности, месте и времени; способен: опорожнить мочевой пузырь, одеться, способен идти без помощи;
3. больной не должен иметь: выраженной тошноты и рвоты, сильной боли, кровотечения [15, 17].

Основными чертами амбулаторной анестезии являются большой объем манипуляций, высокий оборот, экономическая выгода в сравнении со стационарным лечением. Экономическая целесообразность вытекает из постоянной оптимизации использования места, оснащения,

персонала, расходных материалов и рабочего времени. Обычно подобная оптимизация трактуется как кратчайшее время, минимальный расход материалов, наименьшее количество персонала на каждом этапе при неизменном условии сохранения безопасности и качества послеоперационного ухода. Все эти вопросы амбулаторного обслуживания напрямую применимы к лечению в отделениях посленаркозного наблюдения и выливаются в настойчивые требования высокой эффективности последних с большим оборотом. При этом признается, что хотя стоимость препаратов для анестезии может быть на 10% ниже расходов в операционной, общие расходы в отделениях посленаркозного наблюдения могут быть на 35% выше [13]. Таким образом, расходы на приобретение оборудования и медикаментов должны сопоставляться с выгодой увеличения потока пациентов, проходящих через палаты восстановления. Рациональный выбор анестетика и применяемых методов анестезии может увеличивать эффективность использования операционных, а также сократить потребность в штатах отделений посленаркозного наблюдения и послеоперационные расходы на медикаменты, используемые в связи с развитием анестезиологических осложнений [13, 19, 20].

Цель: обосновать экономическую целесообразность организации палаты пробуждения хирургического стационара краткосрочного пребывания и сокращение сроков госпитализации больного за счет интенсификации деятельности отделения.

Работа выполнена на базе МУ ЦГКБ №1 — многопрофильного лечебного учреждения, оказывающего полный комплекс профилактической, лечебной, диагностической и реабилитационной медицинской помощи населению г. Екатеринбург.

В хирургическом стационаре на 30 коек со сроком пребывания больного 9-10 дней планируется расширение объемов деятельности отделения за счет внедрения новых медицинских технологий амбулаторной хирургии и сокращения длительности лечения до 1-2 дней при сохранении на уровне прошлых лет объемных показателей использования коечного фонда хирургического отделения в рамках програм-

мы государственных гарантий [27]. В соответствии с анализируемыми затратами хирургического отделения, точка безубыточности по предполагаемым новым медицинским технологиям и методам лечения составляет около 1100 человек, что практически соответствует уровню количества больных, пролеченных традиционным способом в настоящее время (количество пролеченных больных в 2004-2005 гг. в среднем составляет 1071 человек). Вместе с тем с внедрением новых медицинских технологий планируется сокращение средних сроков лечения с 9-10 дней (уровень 2004-2005 гг.) до одного дня, что позволит предоставлять большие объемы медицинской помощи как в рамках программы государственных гарантий, так и по предпринимательской деятельности. Таким образом, планируется 50% всех объемов, предоставляемых отделением медицинской помощи, осуществлять традиционными методами лечения; оставшиеся 50% перевести на новые методы лечения с ежегодным сокращением традиционных методов лечения в среднем на 10% и их переводом на высокие технологии. Перспективный план свидетельствует о прямо пропорциональной зависимости средних сроков лечения и количеством пролеченных больных (табл. 1).

Так, на первом году реализации проекта планируется оказать медицинскую помощь в дополнительном режиме 884 человекам, и далее увеличение составит около 14-15% от уровня предыдущего года.

Анализ состояния активной части основных производственных фондов отделения свидетельствует о том, что до 40-50% технологического оборудования отделения имеет 100% износ и подлежит списанию. Первоочередная потребность палаты пробуждения хирургического отделения в приобретении технологического оборудования (аппарат для ИВЛ, гемодинамические мониторы, функциональные кровати) и внедрения медицинских технологий требует финансовых средств в размере 602120 руб. Оценка суммарной эффективности перспективного плана развития медицинских учреждений, прежде всего, обосновывает его экономическую и медицинскую целесообразность. Экономическую эффективность деятель-

Таблица 1. Перспективный производственный план

Показатель	1-й год	2-й год	3-й год	4-й год	5-й год
Количество коек	30	30	30	30	30
Средние сроки лечения	5,3	4,8	4,3	3,8	3,3
Количество пролеченных больных	1955	2094	2422	2746	3169
Дополнительное количество пролеченных больных (к уровню 2005 г.)	884	1023	1351	1675	2098

Таблица 2. Расчет окупаемости медицинских технологий

Показатели	1-й год	2-год	3-й год	4-й год	5-й год
Задолженность по единовременным выплатам	602120	97864	-	-	-
Балансовая прибыль (руб.)	631994	837033	1109522	1506445	2092250
Налоги (руб.)	151679	200888	266285	361546	502140
Прибыль за вычетом налогов (руб.)	462315	636145	843237	1144898	1590110
Амортизация (руб.)	102361	102361	102361	102361	102361
Кэш-фло	564676	738506	945598	1247259	1692471
Коэффициент дисконтирования	0,893	0,8	0,714	0,636	0,568
Дисконтированный Кэш-фло (руб.)	-	492941,0	675157	793256	961323

ности как медицинского учреждения в целом, так и его структурного подразделения в частности, можно оценить с помощью количественных критериев и показателей [10]. Основными показателями эффективности могут служить: объем реализации медицинских услуг, прибыль, выручка, показатели ликвидности и т.д. Очень часто понятие эффективность в инвестиционных бизнес-планах связывают с расчетом срока окупаемости внедряемого проекта [10]. Так, срок окупаемости рассматриваемого проекта определяется следующим образом: $C = 602120 : 47056 = 1$ год 3 месяца.

Вместе с тем расчетная формула не учитывает реальных изменений среды существования медицинского учреждения или его структурного подразделения во времени, инфляционных процессов в обществе, дисконтирование дохода. Коэффициенты дисконтирования позволяют учесть разность денег в расчетах в действительности по прошествии времени [16].

Как свидетельствуют данные табл. 2, на втором году работы (по формуле через 1 год и 3 мес) по высоким медицинским технологиям отделение в частности и медицинское учреждение в целом имеют возможность приобретения денежной наличности, остающейся в своем распоряжении. Таким образом, с позиций экономических аспектов внедряемые медицинские технологии являются эффективными и в

силу невысокого срока окупаемости инвестиционно привлекательными. Вместе с тем необходимо обратить внимание, что внедрение медицинских технологий производится на материально-технической базе хирургического отделения, т.е. на оборудовании уже имеющимся в наличии, что снижает затратность реализации данного проекта. Однако анализ использования технологического оборудования свидетельствует о 50-60% износе парка оборудования хирургического отделения, что снижает возможность дальнейшего развития и внедрения новых медицинских технологий и методов лечебно-диагностического процесса. Таким образом, внедряя новые методы лечебно-диагностического процесса, у медицинских учреждений появляется возможность обновления основных производственных средств, а также стимулирования медицинских работников в результате аккумулирования денежной наличности за счет оказания платных медицинских услуг.

Кроме того, осуществление внедряемого проекта сопряжено с дополнительными финансовыми вложениями, связанными с развертыванием палаты «пробуждения». Дополнительно необходимо организовать два сестринских поста, годовой бюджет рабочего времени которых составляет 5840 ч, исходя из 16-ти часового рабочего дня (табл. 3).

Таблица 3. Алгоритм расчета штатных должностей среднего медицинского персонала

Показатели	Наименование	Расчет
Годовой бюджет рабочего времени среднего медицинского персонала	Часы	1675,6
Годовой бюджет рабочего времени сестринского поста	Часы	5840
Нормативное количество должностей среднего медицинского персонала на 1 сестринский пост	Штатные должности	3,5
Нормативное количество должностей среднего медицинского персонала в расчете на 2 сестринских поста	Штатные должности	7
Годовой ФОТ* 1 должности среднего медицинского персонала	Рубли	28230,72
Годовой ФОТ* в расчете на 7 должностей среднего медицинского персонала	Рубли	142279,2

Примечание. ФОТ — фонд оплаты труда.

Расчет себестоимости на медицинские услуги базируется на фактических затратах хирургического отделения при реализации медицинских услуг традиционными методами лечения, с учетом предполагаемых дополнительных расходов в связи с внедрением технологий «операция одного дня». В расчет средней стоимости пролеченного больного заложена рентабельность в размере 20%. Средняя расчетная цена одного пролеченного больного по хирургическому отделению составляет на первом году внедрения проекта 6590,14 руб. Оценка суммарной эффективности перспективного плана развития медицинских учреждений, прежде всего, обосновывает его экономическую и медицинскую целесообразность. Срок окупаемости рассматриваемого проекта, по расчетным данным, составит 1 год 3 мес.

Литература

- Алексеев В. Н., Леоско В. А., Гриненко В. Н. Анестезиологическое обеспечение в амбулаторной анестезиологии. Режим доступа: <http://anesth.medi.ru/omsk/omsk8003.htm>
- Амбулаторный наркоз в малоинвазивной хирургии: за и против. Материалы расширенного Всероссийского совещания анестезиологов-реаниматологов и главных специалистов; 2007 г. 27-28 февраля; Москва, 2007. 16-19.
- Артур Д. Амбулаторная анестезия у детей. Освежающий курс лекций «Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии», пер. с англ. Архангельск-Тромсе, 1998. 5: 98-102.
- Булатов И. Особенности современной амбулаторной анестезиологии. Режим доступа: http://www.rusanesth.com/Genan/st_11_17.htm
- Буравцев В. Оптимизация компонентов современного анестезиологического пособия и их антагонистов в амбулаторно-поликлинической практике. Режим доступа: <http://buravcevtecv.h1.ru/index.html>
- Буравцев В. А. Современные методы комбинированной анестезиологической защиты в амбулаторной стоматологической практике. Режим доступа: <http://buravtsev.h1.ru/art18.html>
- Буравцев В. А. Методика проведения наркоза с ларингеальной маской. Режим доступа: <http://buravtsev.h1.ru/>
- Виноградов Р. А. Амбулаторная анестезиология (краткий обзор франкоязычной литературы). Режим доступа: http://www.medin.ru/netcat_files/360_140.pdf
- Гурьянов В. А., Силюянова Е. В., Толмачев Г. И., Арефьев А. А. Оптимизация анестезиологического обеспечения операции блефаропластики. Анестезиология и реаниматология. 2004; 5: 43-46.
- Дистергефт Л. В., Выварец А. Д., Мишина Е. Б. Подготовка бизнес-плана реконструкции предприятия: Учебное пособие. 2-е изд., перераб. Екатеринбург: ГОУ ВПО УГТУ-УПИ, 2003.
- Евдокимов Е. А., Свиридов С. В., Лошкарева Л. С., Федоров С. В. Режим доступа: <http://medinform.ru//index.php?>
- Кадер Д. Новое в фармакологии амбулаторной анестезии. Освежающий курс лекций «Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии», пер. с англ. и немец. Архангельск-Тромсе, 1997: 107-111.
- Капур П. Требование к отделениям посленаркозного наблюдения. Освежающий курс лекций «Особая папка». Архангельск, 1991-2006: 71-79.
- Клок А. Экономические аспекты амбулаторной анестезиологии. Освежающий курс лекций «Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии», пер. с англ. Архангельск-Тромсе, 1998. 5: 89-92.
- Корттила К. Препараты для амбулаторной анестезии. Освежающий курс лекций «Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии», пер. с англ. языка. Архангельск-Тромсе, 1998. 5: 93-97.
- Кузьменко М. М., Баранов В. В. Финансовый менеджмент в здравоохранении. В: Проблемы и пути решения управления финансовыми ресурсами Российского здравоохранения. М: Медицина; 1995.
- Лихванцев В. В. Анестезия в малоинвазивной хирургии. М.: «Милкош», 2005.
- Мишунин Ю. В. Адекватная аналгоседация — альтернатива общему обезболиванию в амбулаторных условиях. Анестезиология и реаниматология. 2001. 1: 43-45.
- Овечкин А. М., Гагарина Ю. В. Диприван-ЭДТА — выбор в пользу безопасности пациента. Анестезиология и реаниматология. 2003. 3: 52-56.
- Олман К. Блок посленаркозного наблюдения: принципы ведения больных. Режим доступа: http://www.ua.arh.ru/06/06_10.htm
- Осипова Н. А., Ветшева М. С., Петрова В. В. и соавт. Методические аспекты клинического применения дипривана (пропофола). Режим доступа: <http://medi.ru/doc/090101.htm>
- Острейков И. Ф., Васильев Я. И., Милени В. В., Пивоваров С. А., Бабаев Б. Д. Клиническая картина периода пробуждения после общей анестезии с использованием мидазолама, пропофола, кетамина и фторотана у детей в стационаре одного дня. Анестезиология и реаниматология. 2001; 1: 36-38.
- Примаков В. Ю. Оптимальный выбор наркозного аппарата для амбулаторной практики. Режим доступа: <http://unomed.kiev.ua/index.php?page=article&version=1&rubicID=21&itemID=110>
- Свиридов С. В., Федоров С. В., Ахмеджанов Ф. М. Новое направление в амбулаторной анестезиологии. Режим доступа: <http://anesth.medi.ru10. Орг. и методолог. аспекты амб. анестезиологии. Режим доступа: http://www.asvomed.ru/php/content.php?id=1241>
- Сидельников С. Г., Ареева М. В., Постнов В. Г. Опыт применения шкалы оценки психического статуса при обследовании пациентов, оперированных в условиях экстракорпорального кровообращения. Режим доступа: http://rosectorg.ru/congress/moskow2006/m2006_35.shtml

Полный список литературы см. на сайте urmj.ru