

## ОРГАНИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

С.С.Грачев, И.Н.Мороз, В.П.Заневский

Белорусский государственный медицинский университет,  
пр. Дзержинского, 83, 220116, г. Минск, Республика Беларусь

*Стационарзамещающие технологии являются приоритетным направлением развития здравоохранения Республики Беларусь. Особый интерес представляет развитие анестезиологической помощи в амбулаторных условиях. В статье представлен анализ литературных источников и нормативных правовых актов по организации анестезиологической помощи в амбулаторных условиях. Авторы обращают внимание на вопросы безопасности пациента при анестезии в амбулаторных условиях. Отмечается экономическая целесообразность проведения диагностических манипуляций и малых вмешательств под общей анестезией в амбулаторных условиях.*

*Ключевые слова: анестезиологическая помощь; амбулаторные условия; малые оперативные вмешательства; организация здравоохранения; нормативные акты; безопасность пациента.*

**Введение.** В последнее время в организации медицинской помощи Республики Беларусь большое внимание уделяется использованию стационарзамещающих технологий. Это связано как с внедрением новых методов оказания помощи пациенту, так и со снижением стоимости лечения и диагностики. По мнению П.Ф.Уайта с соавт. (2002–2003), «амбулаторная хирургия создает преимущества для пациентов, организаторов здравоохранения и даже стационаров» [18, 19]. 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 [18]. Операционные, диагностические кабинеты и палаты пробуждения используются с большей эффективностью, что снижает затраты пациентов на лечение [18, 19]. Организация анестезиологической помощи в амбулаторных условиях должна предусматривать не только обеспечение анестезиологического пособия при оперативных вмешательствах и манипуляциях, но и возможность оказания при необходимости реанимационной помощи всем пациентам, находящимся в данном учреждении здравоохранения.

В системе здравоохранения определилось важное направление деятельности – безопасность медицинской помощи (М.Б.Бершадская, 2009; И.С.Мыльникова, 2009; L.T.Kohn et al., 1999). Данная проблема чрезвычайно значима для анестезиолого-реанимационной службы, которая связана с наиболее тяжелым контингентом пациентов с воз-

можным развитием осложнений, приводящих к серьезным последствиям для здоровья и жизни (Н.Г.Петрова и соавт., 2007; Г.Г.Мхоян, А.Н.Мангоян, 2008; Ю.Е.Выренков и соавт., 2009; Е.И.Скобелев и соавт., 2009; R.Epstein, F.Dexter, 2002). Дефекты при оказании анестезиологического пособия и проведении реанимационных мероприятий наблюдались у 32,5% умерших (У.В.Гусева, О.С.Филиппов, 2009), в связи с чем представляет большой интерес изучение потребности населения в анестезиологической помощи в амбулаторных условиях, необходимой для планирования и организации анестезиологической службы.

Анализ работы медицинских организаций негосударственной формы собственности показал целесообразность «хирургии одного дня» и введения в их штатном расписании должности врача анестезиолога-реаниматолога. Таким образом, организация амбулаторной анестезиологической помощи в стране и обоснование введения должностей врача-анестезиолога-реаниматолога в амбулаторно-поликлинических и амбулаторно-диагностических учреждениях являются актуальной задачей.

Нами осуществлен анализ литературных данных и нормативных правовых актов Республики Беларусь по вопросам организации анестезиологической помощи населению в амбулаторных условиях.

Анализ мировой медицинской практики указывает на то, что концепция ускоренного восстановления после операции (enhanced recovery after surgery) или быстрого ведения хирургического пациента (fast track surgery) была введена в клиническую практи-

ку более 10 лет назад и привела к укорочению сроков госпитализации после оперативного вмешательства во многих областях хирургии (Г.В.Собетова с соавт., 2014). Доказано, что такой подход имеет ряд преимуществ, включая снижение частоты осложнений и летальных исходов, уменьшение длительности пребывания в стационаре [1].

Следует отметить, что для адекватного и безопасного оказания анестезиологической помощи в амбулаторных условиях требуется определенный подбор пациентов по многим критериям, а также соблюдение ряда условий, обеспечивающих безопасность пациента во время анестезии.

Предоперационное обследование пациентов разнится, по мнению ряда зарубежных авторов, однако основные параметры сходны (И.Смит, 2004, П.Капур, 2003). Оно включает субъективное и объективное клиническое обследование пациента, функциональные и лабораторные исследования (общий анализ крови и мочи, глюкоза крови, рентгенография органов грудной клетки и ЭКГ в возрасте старше 40 лет, коагулограмма, группа крови и резус-фактор в зависимости от объема и травматичности предстоящего оперативного вмешательства) [16].

Предварительная оценка предоставляет необходимую информацию о состоянии пациента, что, в свою очередь, способствует увеличению общего качества медицинского обслуживания пациентов. Отбор пациентов для амбулаторного вмешательства или диагностического исследования осуществляется на основе следующих социальных и медицинских критериев [16]:

*социальные критерии:*

сопровождение взрослого и наблюдение в течение суток;

пациент правильно выполняет указания врача; наличие телефонной связи;

доступность врача общей практики и/или участковой медицинской сестры;

возможность достаточно быстрого возвращения в медицинское учреждение;

отсутствие необходимости ухода за детьми или выполнения потенциально опасной работы;

*медицинские критерии:*

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.

Большинство российских авторов (Э.В.Недашковский с соавт., 2005; др.) согласны с тем, что описанный выше скрининг обследований пред-

полагает дифференцированное выполнение лабораторных тестов и их оценку в совокупности с результатами анамнеза и физикального осмотра, что позволяет выявить все существующие проблемы пациента и назначить необходимое ему дополнительное обследование. Очевидно, что подобный подход обоснован и экономически [9].

Немаловажным для амбулаторного пациента является уточнение времени воздержания от пищи. Общества амбулаторных анестезиологов США призывают сегодня к более либеральному отношению к проблеме предоперационного голодания, рекомендуя разрешать прием чистых жидкостей за 2 часа, легкий завтрак за 6 часов, а прием более тяжелой пищи за 8 часов до анестезии в «хирургии одного дня». Длительное голодание, по мнению авторов, не гарантирует опорожнения желудка и плохо переносится пациентом [2, 3]. Кроме того, длительное воздержание от пищи увеличивает потребность в инфузионной терапии и, тем самым, повышает риск осложнений и затраты [15].

Важным аспектом проведения анестезии в амбулаторных условиях является наличие показаний. Традиционно считается, что в амбулаторных условиях могут быть оперированы пациенты с 1–2-й степенью анестезиологического риска (физикального состояния) по классификации Американской ассоциации анестезиологов (ASA) [4]. В то же время, другие авторы (Морган, 2012) отмечают, что у пациентов III и IV классов по ASA возможно оперативное вмешательство в амбулаторных условиях, однако в каждом конкретном случае решение принимается индивидуально после тщательного обследования (дополнительные лабораторные и инструментальные методы) [6, 8, 17].

По мнению большинства авторов (J.T.Crenshaw с соавт., 2002; Э.В.Недашковский, 2005; др.), при организации медицинской помощи нельзя не учитывать противопоказания к проведению анестезии в амбулаторных условиях, связанные с заболеваниями пациента (миастения, значительный избыток массы тела, ишемическая болезнь сердца, недостаточность кровообращения, респираторные нарушения (бронхиальная астма, ХОБЛ) с клиническими проявлениями, ювенильный сахарный диабет, судорожный синдром, алкогольная, медикаментозная и наркотическая зависимость) и условиями ее предоставления.

Относительными противопоказаниями к проведению анестезии в амбулаторных условиях являются плохие социально-бытовые условия (отсутствие телефона) при значительной удаленности и недоступности учреждений здравоохранения от места нахождения пациента в это время [21].

Как абсолютные противопоказания следует также принять следующие:

- существенные трудности в анестезиологическом обеспечении предыдущих операций или осложнения (трудная интубация, анафилаксия);
- случаи злокачественной гипертермии в семье;
- нестабильное состояние при хронических заболеваниях, врожденных пороках сердца, болезнях обмена веществ (декомпенсация) [21].

Современные средства для анестезии полностью способны обеспечить безопасность пациента в амбулаторных условиях при возможности использования методик как местной, так и общей анестезии, в том числе, и с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ). В последнем случае целесообразно обеспечить круглосуточное наблюдение за пациентом в послеоперационном периоде даже в стационаре одного дня (что с успехом применяется в ряде медицинских организаций негосударственной формы собственности г. Минска).

В целом, основные принципы периоперационного ведения пациента в амбулаторных условиях следующие (сходны с задачами при стационарном лечении):

- анксиолизис, седация, амнезия;
- аналгезия;
- устранение вагусных эффектов;
- предупреждение послеоперационной тошноты и рвоты (ПОТР) [22].

Подробное описание методик анестезиологического обеспечения зависит от объема и зоны оперативного вмешательства, возраста пациента, сопутствующей патологии и не является предметом обсуждения настоящей статьи. В то же время, в амбулаторной анестезиологической практике уместно и допустимо применение следующих анальгетиков: фентанил, морфин, трамадол, промедол, гипнотиков (неингаляционных анестетиков) – тиопентал натрия, пропофол, этиomidат. Необходимо наличие атарактиков (диазепам, мидазолам). Показано применение местных анестетиков для интратекального или эпидурального введения: лидокаин, бупивакаин (в том числе, гипербарический раствор), ропивакаин. При проведении общей анестезии с ИВЛ показано использование мышечных релаксантов (сукцинилхонин, атракурий, рокуроний) и ингаляционных анестетиков. В последнем случае, а также при использовании регионарных методов анестезии показано безусловное наблюдение пациента в режиме круглосуточного поста врача и медицинской сестры для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи, что уже успешно применяется в ряде медицинских учреждений г. Минска. Также, безусловно, улучшит качество оказания помощи применение разнообразного арсенала нестероидных противовоспа-

лительных препаратов с учетом показаний и противопоказаний.

При проведении анестезии необходимо обеспечить соблюдение следующих условий [16]:

- 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.

При наличии всех перечисленных условий пациент получает инструкцию для амбулаторного пациента и подписывает информированное согласие на проведение операции и анестезии [16, 20]. Таким образом, заключение о возможности реализации принципов периоперационного ведения пациента в амбулаторных условиях должно приниматься на основании решения организационных и правовых вопросов, связанных с ресурсным обеспечением (кадры, набор и оснащение помещений, лекарственные средства и др.).

По мнению большинства авторов (Морган с соавт., 2012, А.А.Бунятян, 1994; др.), интраоперационный мониторинг в амбулаторной анестезиологии не должен отличаться от Гарвардского стандарта и включает: нахождение анестезиолога-реаниматолога и медицинской сестры-анестезиста рядом с пациентом, электрокардиографию (ЭКГ: II, V5 отведения), пульсоксиметрию, неинвазивные измерения артериального давления (АД) в автоматическом режиме каждые 5 минут. В операционной или манипуляционной рабочей комнате анестезиолога обязательно оснащается наркозно-дыхательным аппаратом, подводкой кислорода, кардиомонитором, пульсоксиметром, дефибриллятором, хирургическим отсосом, стойкой для проведения внутривенных инфузий, ларингоскопом с набором клинков, набором эндотрахеальных трубок с проводниками для них, набором орофарингеальных воздуховодов Гведела, роторасширителем, тонометром, фонендоскопом, манипуляционным столиком [8].

Как указано выше, важную роль играют вопросы организации рабочего места врача-анестезиоло-

га-реаниматолога. Очевидно, что основные требования к анестезиологическому обеспечению операций в стационаре распространяются и на работу врача-анестезиолога-реаниматолога в амбулаторно-поликлинических условиях. В непосредственной близости к операционной (диагностическому кабинету в случае анестезии при диагностических исследованиях) выделяется отдельное помещение на 2–3 койки (послеоперационный блок, палата пробуждения), оно обеспечивается оборудованием для интенсивного наблюдения, проведения ИВЛ, оксигенотерапии, инфузионной терапии, которая может потребоваться при развитии осложнений.

Одно из важных показателей для амбулаторной хирургии – время восстановления после анестезии. Как правило, критериями для выписки пациента после анестезии из учреждения здравоохранения при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях являются:

правильная ориентация в собственной личности, месте, времени;

стабильность артериального давления, частоты сердечных сокращений и дыхания в течение 30–60 минут;

способность к питью и самообслуживанию; отсутствие сильной боли и кровотечения [15, 17].

У нас в стране не рекомендовано для широкого применения использование 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. В качестве альтернативы модифицированной шкале Aldrete предложена FAST-TRACK-шкала. Пациенты, набравшие 12 и более баллов по данной шкале, могут быть переведены из операционной без необходимости наблюдения в палате пробуждения [23].

Крайне важным аспектом, на наш взгляд, является наличие плана перевода пациента, получившего анестезиологическую помощь в амбулаторных условиях, 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 переводиться для последующей госпитализации в стационар [7]. Транспортировка пациента осуществляется на машине скорой медицинской помощи в сопровождении врача-анестезиолога-реаниматолога и медицинской сестры-анестезиста совместно с бригадой интенсивной терапии. При транспортировке пациента возможны значительные изменения АД и частоты сердечных со-

кращений (ЧСС) [5]. Во время транспортировки продолжают интенсивная терапия, неинвазивный мониторинг, ИВЛ (при необходимости) [5]. Таким образом, каждое учреждение, в котором оказывается медицинская помощь в амбулаторных условиях, включая проведение вмешательств, диагностических исследований под общей или местной анестезией, должно предусмотреть при возникновении осложнений у пациента (или при ухудшении его состояния) организационные мероприятия, обеспечивающие возможность его перевода в стационар, в том числе, и наличие договора о переводе. В настоящее время такая практика применяется в ряде организаций здравоохранения негосударственной формы собственности.

Немаловажным аспектом развития и организации анестезиологической службы в амбулаторных условиях являются вопросы правового регулирования. В Республике Беларусь разработана правовая база по оказанию анестезиологической помощи как в стационарных, так и в амбулаторных условиях (организация деятельности, штатные нормативы, оформление медицинской документации, оценка готовности рабочего места врача-анестезиолога-реаниматолога), включающая следующие нормативные правовые и локальные акты:

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 03.12.2012 №186 «Об утверждении примерных штатных нормативов медицинских и других работников областных, центральных, центральных городских, центральных районных, городских, районных и участковых больниц» (далее – постановление №186) [13];

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 02.05.2012 №483 «Об утверждении инструкции о порядке организации деятельности анестезиолого-реанимационной службы» (далее – приказ №483) [11];

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08.05.2013 №40 «Об утверждении Инструкции о порядке организации оказания медицинской помощи пациентам с некоторыми хирургическими заболеваниями» (далее – постановление №40) [12];

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17.03.2014 №254 «Об утверждении протоколов по службе анестезиологии и реаниматологии» (далее – приказ №254) [14];

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.07.2013 №60 «Об установлении формы журнала оценки готовности рабочего места врача-анестезиолога-реаниматолога» (далее – постановление №60) [10].

Основным регламентирующим документом организации деятельности анестезиолого-реани-



мационной службы в Республике Беларусь является приказ №483, в соответствии с которым «отделение анестезиологии и реанимации создается в организациях здравоохранения (включая, поликлиники, имеющие дневные стационары, травматологические пункты, в том числе стоматологические поликлиники, оказывающие хирургическую помощь, женские консультации) при наличии в штатном расписании 3 и более должностей врачей-анестезиологов-реаниматологов» (глава 2, п.7.2) [11]. Данный локальный акт также регулирует вопросы организации анестезиологической помощи в амбулаторных условиях в организациях здравоохранения.

Вопросы введения должностей врачей-анестезиологов-реаниматологов регламентируются постановлением №186, согласно которому количество штатных должностей врачей-анестезиологов-реаниматологов зависит от объема хирургической помощи (количества хирургических вмешательств) в стационаре [13].

Постановлением №40 определен перечень оперативных вмешательств, выполняемых в стационарных и амбулаторных условиях, а также «Перечень медицинской техники и изделий медицинского назначения, необходимых для оказания медицинской помощи пациентам с хирургическими заболеваниями для выполнения хирургических вмешательств и манипуляций в условиях общей анестезии» (приложение 3 к данному постановлению) [12]. Этим документом предусмотрена организация и определена оснащенность рабочего места врача-анестезиолога-реаниматолога – необходимый и очень важный момент обеспечения безопасности пациента при оперативных вмешательствах, диагностических процедурах и манипуляциях.

Медицинская документация врача-анестезиолога-реаниматолога (в частности, протокол осмотра врача-анестезиолога-реаниматолога с информированным согласием пациента на анестезию, протокол анестезии с картой анестезии) регламентируется приказом №254 [14].

Важным документом, обеспечивающим безопасность пациента во время любой анестезии, является постановление №60 [10]. В инструкции о порядке заполнения журнала оценки готовности рабочего места врача анестезиолога-реаниматолога определено наличие данного документа в каждой организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь пациентам с применением анестезии (п.1); описана процедура оформления журнала при медицинских манипуляциях, при выявлении неисправностей медицинской техники, при отсутствии изделий медицинского назначения и лекарственных средств; информирование ответ-

ственных лиц с их подписью о результатах оценки.

В то же время, остаются нерешенными ряд вопросов кадровой обеспеченности врачами-анестезиологами-реаниматологами, введения штатной должности врача-анестезиолога-реаниматолога в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, поскольку постановлением №186 определено лишь количество должностей врачей-анестезиологов-реаниматологов в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, однако при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением травмпунктов) подобная регламентация отсутствует.

**Заключение.** С учетом развития стационар-замещающих технологий в Республике Беларусь требуется активное развитие анестезиологической помощи в амбулаторных условиях, что может быть успешно реализовано только при решении организационных и правовых вопросов в данной области. В частности, требуется разработка нормативных правовых актов, касающихся вопросов формирования штатных должностей врачей-анестезиологов-реаниматологов в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, утверждения формы медицинской документации при осуществляемых в амбулаторных условиях вмешательствах (хирургических и диагностических) под общей анестезией с сохраненным спонтанным дыханием длительностью до 30 минут и др.

#### Литература

1. Амбулаторная анестезиология – состояние вопроса / Г.В.Собетова [и др.] // Уральский медицинский журнал. – 2014. – №6 (120). – С.46–52.
2. Анестезия в стационаре одного дня / И.Ф.Острейков [и др.] // Российский журнал анестезиологии и интенсивной терапии. – 2000. – №1. – С.55–63.
3. Бабаев, Б.Д. Ингаляционная анестезия галогеносодержащими анестетиками у детей / Б.Д.Бабаев, С.А.Пивоваров, М.В.Шишков // Анестезиология и реаниматология. – 2002. – №1. – С.4–6.
4. Бунятян, А.А. Руководство по анестезиологии / А.А.Бунятян [и др.]; под ред. А.А.Бунятяна. – М.: Медицина, 1994. – 656 с.
5. Гагарин, А.В. Авиационная транспортировка больных в критическом состоянии / А.В.Гагарин, В.М.Будянский // Второй съезд межрегиональной ассоциации общественных объединений анестезиологов и реаниматологов Северо-Запада: сб. докл. и тез., Архангельск, 25–27 июня 2003 г. – Архангельск, 2003. – С.236–237.
6. Исаков, А.В. Анестезиологическое обеспечение в амбулаторной хирургии у детей раннего возраста: дис. ... канд. мед. наук.: 14.01.20 / А.В.Исаков. – М., 2013. – 114 с.

7. Капур, П. Требования к отделениям посленаркозного наблюдения / П.Капур // Освежающий курс лекций №8: пер. с англ. / под ред. Э.В.Недашковского. – Архангельск, 2003. – С.70–77.
8. Морган, Д.Э. Клиническая анестезиология: пер с англ. / Д.Э.Морган, М.С.Михаил. – М.: Бином, 2003. – Кн.3. – 304 с.
9. Недашковский, Э.В. Особенности современной организации анестезиологической помощи и проведения анестезиологических пособий в условиях дневного хирургического стационара / Э.В.Недашковский, Э.А.Левичев // Экология человека. – 2005. – №8. – С.49–54.
10. Об установлении формы журнала оценки готовности рабочего места врача анестезиолога-реаниматолога [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 9 июля 2013 г., №60 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.
11. Об утверждении инструкции о порядке организации деятельности анестезиолого-реанимационной службы: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 2 мая 2012 г., №483.
12. Об утверждении инструкции о порядке организации оказания медицинской помощи пациентам с некоторыми хирургическими заболеваниями [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 8 мая 2013 г., №40 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.
13. Об утверждении примерных штатных нормативов медицинских и других работников областных, центральных, центральных городских, центральных районных, городских, районных и участковых больниц [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 3 дек. 2012 г., №186 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.
14. Об утверждении протоколов по службе анестезиологии и реаниматологии: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 17 марта 2014 г., №254.
15. Послеоперационная боль. Руководство. Пер. с англ. / под ред. Ф.М.Ферранте. – М.: Медицина, 1998. – 640 с.
16. Смит, И. Отбор больных для амбулаторных вмешательств / И.Смит // Освежающий курс лекций №9: пер. с англ. / под ред. Э.В.Недашковского. – Архангельск, 2004. – С.95–105.
17. Современные критерии отбора пациентов для успешной совместной работы хирургического и анестезиологического звена в условиях центра амбулаторной хирургии, травматологии-ортопедии / И.В.Крестьянин [и др.] // Детская хирургия. – 2015. – №3. – С.40–43.
18. Уайт, П.Ф. Амбулаторная анестезия: новые препараты и методы / П.Ф.Уайт // Освежающий курс лекций №7: пер. с англ. / под ред. Э.В.Недашковского. – Архангельск, 2002. – С.75–80.
19. Уайт, П.Ф. Современное анестезиологическое обеспечение в амбулаторной хирургии / П.Ф.Уайт // Освежающий курс лекций №8: пер. с англ. / под ред. проф. Э.В.Недашковского. – Архангельск, 2003. – С.162–173.
20. Чепкий, Л.П. Справочник по анестезиологии / Л.П.Чепкий, Л.В.Усенко, В.П.Цертий; под ред. Л.П.Чепкого. – Киев: Здоров'я, 1987. – 384 с.
21. Crenshaw, J.T. Preoperative fasting: old habits die hard: Research and published guidelines no longer support the routine use of NPO after midnight, but the practice persist / J.T.Crenshaw, E.H.Winslow // Am. J. Nurs. – 2002. – Vol.102, No.5. – P.36–44.
22. Regional anesthesia for children undergoing orthopedic ambulatory surgeries in the United States, 1996–2006 / C.Kuo [et al.] // HSS Journal. – 2012. – Vol.8, Issue 2. – P.133–136.
23. Worthington, L.M. Death in the dental chair: unavoidable catastrophe? / L.M.Worthington, P.J.Flynn // Brit. J. Anaesth. – 1998. – Vol.80, No.2. – P.131–132.

## ORGANIZATION OF OUTPATIENT ANESTHETIC CARE

S.S.Gratchev, I.N.Moroz, V.P.Zanevsky

Belarusian State Medical University, 83, Dzerzhinski Ave., 220116, Minsk, Republic of Belarus

Inpatient medical care replacing technologies are the priority area of healthcare system development in the Republic of Belarus. Development of anesthesia in outpatient setting is a sphere of special interest. Literature data and legal acts on anesthetic care organization on an outpatient basis have been analyzed in this article. Authors pay attention to issues of patient's safety when outpatient anesthetic care providing. Economic feasibility is found of diagnostic manipulations and minor surgery under general anesthesia in outpatient care.

Keywords: anesthetic care; outpatient care; minor surgery; healthcare organization; legal acts; patient's safety.

### Сведения об авторах:

**Грачев Сергей Сергеевич**, канд. мед. наук, доцент; УО «Белорусский государственный медицинский университет», зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии; тел.: (+37544) 5400569; e-mail: ssgratchev@tut.by.

**Мороз Ирина Николаевна**, д-р мед. наук, профессор; УО «Белорусский государственный медицинский университет», первый проректор, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения; e-mail: moroz\_iri@bk.ru.

**Заневский Вячеслав Петрович**, канд. мед. наук, доцент; УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра анестезиологии и реаниматологии; e-mail: y\_v\_z@mail.ru.

Поступила 25.11.2019 г.