

Актуальные вопросы анестезиологического обеспечения в амбулаторных условиях

С. С. Грачев, В. В. Римащевский

Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Беларусь

Представлен обновленный анализ литературных и нормативно-правовых источников по организации анестезиологической помощи в амбулаторных условиях. Авторы обращают внимание на повышение безопасности пациента при анестезиологическом обеспечении эндоскопических исследований в амбулаторных условиях, а также подчеркивают экономическую целесообразность проведения диагностических манипуляций и малых вмешательств под общей анестезией в амбулаторных условиях.

Заключение. Требуется изменение подхода в объеме диагностических исследований и отборе пациентов перед процедурной седацией перед эндоскопическими исследованиями.

Ключевые слова: анестезиологическая помощь, амбулаторные условия, малые оперативные и эндоскопические вмешательства, организация здравоохранения, нормативные акты, безопасность пациента.

In the presenting article literature data and juridical aspects are discussed. The authors are putting attention to the patient's safety during anesthesia in outpatient care. In the same time economy expediency of diagnostic manipulations and small surgical interventions under general anesthesia in outpatient care are emphasized.

Conclusion. Changes in approach are required in the scope of diagnostic examinations and patient selection before procedural sedation for endoscopic procedures.

Key words: ambulatory anesthesia, outpatient care, small surgical interventions, healthcare institution, regulations, patient's safety.

HEALTHCARE. 2025; 2: 24—36

CURRENT ISSUES OF ANESTHESIOLOGICAL CARE IN OUTPATIENT CONDITIONS

S. Gratchev, V. Rymasheuski

В постпандемический период в связи со стабилизацией эпидемиологической ситуации по-прежнему в организации медицинской помощи Республики Беларусь пристальное внимание уделяется использованию стационарзамещающих технологий. Это связано как с внедрением новых методов оказания помощи пациенту, так и со снижением стоимости лечения и диагностики. По сравнению с предыдущей публикацией авторы отмечают определенные изменения в лечебно-диагностических подходах к ведению данных пациентов, а также в нормативной базе по анестезиологическому обеспечению. По мнению П. Ф. Уайта и соавт., «амбулаторная хирургия создает преимущества для пациентов, организаторов здравоохранения и даже стационаров» [1—3]. 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 [1; 2]. Операционные, диагностические кабинеты и палаты пробуждения используются с большей эффективностью, что снижает затраты пациентов на лечение [1; 3]. 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.

За рубежом официальный статус амбулаторной анестезии в качестве отдельной медицинской «субспециальности» был закреплен созданием Американского общества амбулаторной анестезиологии (Society for Ambulatory Anesthesia, SAMBA) в 1984 г. и последующей разработкой соответствующих клинических рекомендаций и программ последиplomной подготовки под эгидой Американского общества анестезиологов (American Society of Anesthesiologists, ASA) [1; 4—6]. Также были разработаны контрольные карты, включающие проверку учреждения на готовность оказания подобной помощи (требования к помещениям, наличие палат посленаркозного пробуждения, резервных источников энергоснабжения и т. д.), наличие и доступность соответствующего оборудования, возможность обязательного мониторингирования витальных функций у пациентов, разработку алгоритмов действий в возникших неотложных состояниях, а также на общую подготовку медицинского персонала и лицензирование их деятельности. Во многих странах Европы и Северной Америки на протяжении последних десятилетий отмечается значительный рост количества амбулаторных хирургических центров и плановых оперативных вмешательств, выполняемых под анестезией в амбулаторных условиях. Так, в странах Северной Америки, подавляющее большинство анестезий (около 80 %) амбулаторные, и их число продолжает расти [4].

В Республике Беларусь анализ работы медицинских организаций негосударственной формы собственности показал целесообразность «хирургии одного дня» и введения в штатное расписание должности врача — анестезиолога-реаниматолога. Таким образом, в связи с увеличением количества вмешательств, болезненных манипуляций и методов исследования (прежде всего эндоскопических), производимых амбулаторно, методы амбулаторной анестезии и периоперационного ведения данных пациентов требуют не только дальнейшего развития и широкого внедрения, но и комплексного концептуального подхода в республике для повышения их безопасности и эффективности.

Цель исследования — проанализировать литературные данные, а также введенные изменения до 2024 г. в нормативные правовые документы Республики Беларусь по вопросам организации анестезиологической помощи населению в амбулаторных условиях в аспекте качества анестезиологической помощи пациентам.

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 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 [7].

Рассмотрим преимущества амбулаторной анестезии [5; 8; 9].

1. *Безопасность.* Данный тезис обеспечивается наличием современной наркозной и мониторной аппаратуры, доступностью ее для врача-анестезиолога и возможностью выбора препаратов с коротким периодом полувыведения (современных ингаляционных и неингаляционных анестетиков), а также наличием квалифицированного персонала. В то же время, несмотря на высокие стандарты оказания квалифицированной анестезиолого-реанимационной помощи, остается большая вероятность наличия редких и серьезных осложнений, которые могут возникать как в стационарных, так и в амбулаторных условиях и которых нельзя избежать полностью.

2. *Высокое качество амбулаторной помощи.* Прежде всего обеспечивается за счет низкого риска развития госпитальной инфекции ввиду небольшой по длительности госпитализации. Меньшая длительность пребывания в медицинском учреждении снижает частоту развития обратимых когнитивных нарушений (как у детей, так и у лиц пожилого возраста). У пациента уменьшается объем транспортировки и контактов с персоналом, пациенты меньше пребывают на постельном режиме и раньше попадают домой в привычную для них обстановку.

3. *Экономичность амбулаторной помощи.* Заключается в уменьшении расходов, связанных с пребыванием в стационаре, сестринским уходом, необходимостью выполнения рутинных анализов, привлечением большего количества медицинского персонала. Кроме того, снижение затрат связано с широким использованием минимальной инвазивной техники (особенно при проведении эндоскопических скрининговых исследований под общей анестезией), большим оборотом пациентов, сокращением листа ожиданий, уменьшением до минимума необходимых лекарственных средств в послеоперационном периоде, а также с более ранней послеоперационной активностью.

Амбулаторная помощь комфортна для пациентов и персонала. Как правило, проведение амбулаторных операций, манипуляций и обследований целесообразно планировать в удобное для пациента и персонала время вне зависимости от доступности госпитальных коек с соблюдением принципа ротации персонала между разными отделениями.

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 многих авторов, однако основные параметры сходны [10; 11]. Оно включает субъективное и объективное клиническое обследование пациента, функциональные и лабораторные исследования (общие анализы крови и мочи, глюкоза в крови, биохимические показатели, 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) [12]. В 2023 г. стандарты оказания помощи и обследований пациента перед амбулаторной анестезией были зафиксированы в протоколах анестезиологического обеспечения пациента [13]. В то же время остается не до конца

решенным вопрос обследования пациента перед эндоскопическими исследованиями под общей анестезией.

При работе в учреждениях государственной формы собственности в Республике Беларусь целесообразны, на наш взгляд, два варианта организации амбулаторной хирургической, а значит, и анестезиологической помощи [4; 7]:

1) отделения амбулаторной помощи при многопрофильном стационаре (day case surgery), с отдельным входом, персоналом и потоком пациентов, которые не пересекаются в ходе лечебного процесса с другими госпитализированными пациентами;

2) анестезиологические подразделения в самостоятельных амбулаторных учреждениях и медицинских центрах (диагностические центры, дневные стационары поликлиник).

Предварительная оценка пациента дает необходимую информацию о его состоянии, что, в свою очередь, способствует увеличению общего качества медицинского обслуживания пациентов. Отбор пациентов для амбулаторного вмешательства или диагностического исследования осуществляется на основе различных критериев [4; 9; 14].

Социальные критерии:

- сопровождение пациента и наблюдение в течение суток;
- правильное выполнение пациентом указания врача;
- наличие телефонной связи;
- доступность врача общей практики и/или участковой медсестры;
- возможность достаточно быстрого возвращения в медицинское учреждение.

Медицинские критерии:

- 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 [11].

Большинство российских авторов согласны с тем, что скрининговое обследование предполагает 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 экономически обоснован [15].

Немаловажным для амбулаторного пациента является уточнение времени воздержания от пищи. Длительное воздержание от пищи увеличивает потребность в инфузионной терапии и тем самым повышает риск осложнений и затраты [12; 16]. Общества амбулаторных анестезиологов США призывают к более либеральному отношению к проблеме предоперационного голодания, рекомендуют разрешать прием чистых жидкостей за 2 ч, легкий завтрак за 6 ч, а прием более тяжелой пищи за 8 ч до анестезии в «хирургии одного дня». Сходные рекомендации приведены в тексте постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 57 (далее — постановление № 57) (глава 3, п. 32): прием твердой пищи прекращается за 6 ч, прозрачных жидкостей — за 2 ч, лекарственных препаратов — за 2 ч до вмешательства с 50 мл воды [13].

Важным аспектом проведения анестезии в амбулаторных условиях является наличие показаний. Готовность пациента к операции, выполняемой под тем или

иным видом анестезии в амбулаторных условиях, оценивается на основе общего состояния здоровья с учетом соотношения возможных рисков и преимуществ ранней выписки домой. Оценка предоперационного состояния в Республике Беларусь и за рубежом проводится с помощью шкалы Американского общества анестезиологов, что также отражено в постановлении № 57 (глава 1) [13]. Как правило, амбулаторным вмешательствам и, соответственно, анестезии подвергаются лица I и II классов по шкале ASA. В отношении пациентов III класса ведутся дискуссии, каждый раз вопрос должен решаться индивидуально [16; 17]. Пациенты III и IV классов должны получить дополнительную оценку с учетом других показателей на предмет пригодности для амбулаторной помощи, поскольку стабильный пациент III класса и даже иногда пациент IV класса могут лечиться в амбулаторных условиях. Очевидно, что в каждом конкретном случае решение индивидуально после тщательного обследования [17—19].

Таким образом, возникает необходимость разработки и модификации опросников (анкет) для предварительного сбора информации о состоянии пациента, в том числе в электронной форме или в форме мобильных приложений (например, на основе приложения 1 к постановлению № 57) [13]. Кроме того, на отбор пациентов в значительной степени влияют отдаленность от стационара и доступность других специалистов, поскольку при нахождении амбулаторного подразделения внутри стационара делает решение данных вопросов более доступным, чем в отдаленных от стационара амбулаторных подразделениях. Данная проблема при проведении эндоскопических исследований под общей анестезией успешно решается при организации районных эндоскопических центров в многопрофильных стационарах (в г. Минске это, например, центры на базе УЗ «6-я ГКБ» и «11-я ГКБ»). Пациенты III и IV классов по шкале ASA могут быть успешно госпитализированы на 1 сут. для комплексной оценки их состояния, принятия концептуального решения о методе анестезии и успешного эндоскопического исследования с выпиской на домашний режим.

По мнению большинства отечественных и зарубежных авторов, при организации медицинской помощи нельзя не учитывать противопоказания к проведению анестезии в амбулаторных условиях. К общим противопоказаниям относятся [4; 10]:

- потенциально угрожающие жизни хронические заболевания (декомпенсированный сахарный диабет, нестабильная стенокардия, персистирующая форма бронхиальной астмы);
- тяжелое ожирение в сочетании с симптоматической сердечно-сосудистой или респираторной патологией;
- пациенты, получающие постоянную терапию препаратами активными в отношении центральной нервной системы, а также наркозависимые;
- отсутствие ответственных лиц, способных обеспечить надлежащий уход и наблюдение за пациентами в домашних условиях в 1-е сут. после анестезии и оперативного лечения.

Как абсолютные противопоказания с позиции анестезиолога стоит принять следующие [1; 4; 14; 20; 21]:

- трудные дыхательные пути, заболевания дыхательных путей, легких, синдром обструктивного апноэ сна;

— заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, аритмии, сердечная недостаточность, вмешательства на коронарных артериях давностью до 6 мес.);

— избыточная масса тела (ожирение) — индекс массы тела ≥ 30 кг/м²;

— пожилой возраст — риск смерти в течение 7 сут. после операции у пациентов старше 65 лет составляет 41 на 100 000 случаев, повторной госпитализации — 2,53 %;

— сахарный диабет в стадии клинико-метаболической декомпенсации (однако при условии хорошего контроля уровня глюкозы и уровня натощак менее 10 ммоль/л пациенты могут проходить эндоскопические обследования под общей анестезией в амбулаторных условиях) [14].

Современные средства для анестезии полностью способны обеспечить безопасность пациента в амбулаторных условиях, возможно использование 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;
- анальгезия;
- устранение вагусных эффектов;
- предупреждение послеоперационной тошноты и рвоты [14].

Подробное описание методик анестезиологического обеспечения зависит от объема и зоны оперативного вмешательства, возраста пациента, сопутствующей патологии и требует обсуждения в отдельной публикации. В то же время в амбулаторной анестезиологической практике уместно и допустимо применение таких анальгетиков, как фентанил, ремифентанил, промедол, и гипнотиков (неингаляционных анестетиков), как тиопентал натрия, пропофол, этомидат. Необходимо наличие атарактиков с коротким периодом полувыведения (мидазолам, а также недавно активно введенный в клиническую практику анестезиолога дексмедетомедин). С академической точки зрения возможно обсуждение применения местных анестетиков для интратекального или эпидурального введения (лидокаин, левобупивокаин), однако данные методы анестезии и препараты не рекомендуются в амбулаторных условиях в Республике Беларусь (постановление № 57, глава 4) [13]. При проведении общей анестезии с ИВЛ показано использование мышечных релаксантов (атракурий, рокуроний) и ингаляционных анестетиков [21]. 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 успешно применяется в ряде медицинских учреждений г. Минска). Также, безусловно, улучшит качество оказания помощи применение разнообразного арсенала нестероидных противовоспалительных препаратов с учетом показаний и противопоказаний, например декскетопрофена. Как известно, отдельная глава постановления посвящена профилактике послеоперационных тошноты и рвоты (например, применение препаратов группы ондансетрона) [13].

При проведении анестезии необходимо обеспечить соблюдение следующих условий:

- 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);
- возможность сопровождения пациента и наблюдения в течение 1 сут.;
- правильное выполнение пациентом указаний врача;
- доступность врача;
- возможность достаточно быстрого возвращения в медицинское учреждение при необходимости [1; 11].

Таким образом, возможность реализации принципов периоперационного ведения пациента в амбулаторных условиях должна осуществляться на основании решения организационных и правовых вопросов, связанных с ресурсным обеспечением (кадры, набор и оснащение помещений, лекарственные средства и др.).

По мнению большинства авторов, интраоперационный мониторинг в амбулаторной анестезиологии не должен отличаться от стандарта, принятого в Республике Беларусь и ряде зарубежных стран и должен включать: нахождение анестезиолога-реаниматолога и медицинской сестры-анестезиста рядом с пациентом; постоянное наличие работоспособного, протестированного и проверенного оборудования для мониторинга (неинвазивное артериальное давление (АД), электрокардиограмма, пульсоксиметрия, капнография, термометрия, концентрация кислорода и вдыхаемых газов), наркозно-дыхательной аппаратуры с модулями тревог, медицинских аспираторов, инфузионных насосов. Требуется наличие в доступе запасных систем (например, запасные источники кислорода, мешки для ручной вентиляции, дефибриллятор, дополнительные ларингоскоп и фиброоптическое устройство, ларингеальная маска). Рабочее место анестезиолога всегда должно содержать лекарственные средства для проведения анестезии, в том числе регионарных видов, профилактики и интенсивной терапии развившихся осложнений, проведения реанимации. Для своевременного оказания экстренной и неотложной помощи пациентам в амбулаторных условиях необходимо регулярно проводить обучение и тренинги для участников лечебного процесса, а также обеспечить наличие квалифицированного персонала рядом с пациентом [13; 15; 17].

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.

Одним из важных показателей для амбулаторной хирургии является время восстановления после анестезии. Как правило, критериями для выписки пациента из амбулаторного учреждения после анестезии являются [4; 13]:

- правильная ориентация в собственной личности, месте, времени;
- стабильность АД, частоты сердечных сокращений (ЧСС) и дыхания в течение 30—60 мин;
- способность пить и самообслуживаться;
- отсутствие сильной боли и кровотечения [1; 13; 19].

До начала 2020-х гг. в нашей республике не было рекомендовано широкое использование шкал восстановления после анестезии. Однако в 2023 г. данная задача была решена в составе протоколов анестезиологического обеспечения (постановление № 57, глава 4 и приложение 15). 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 [13]. Альтернативой модифицированной шкале Aldrete предложена FAST-TRACK-шкала. Пациенты, набравшие по данной шкале 12 баллов и более, могут быть переведены из операционной без необходимости наблюдения в палате пробуждения [6; 8; 9].

По-прежнему важным и актуальным, на наш взгляд, является наличие плана перевода пациента, получившего анестезиологическую помощь в амбулаторных условиях, в стационар при возникновении необходимости. Пациентов, состояние которых характеризуется как нестабильное, требующих наблюдения за функциями сердечно-сосудистой, дыхательной систем, с такими легочными проблемами, как обострение обструктивных заболеваний бронхов, следует переводить в стационар для последующей госпитализации [10]. 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 ЧСС [22; 23]. Таким образом, каждое учреждение, в котором оказывают медицинскую 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 договор с клиническим учреждением о переводе. На сегодняшний день такая тактика оказания помощи практикуется и успешно применяется в ряде медицинских организаций негосударственной формы собственности.

Немаловажным аспектом развития и организации анестезиологической службы в амбулаторных условиях являются правовые вопросы. В Республике Беларусь разработана и за последние 4 года модифицирована нормативно-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).

Актуально 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) [24].

Также основополагающим документом по организации службы является приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 02.05.2012 № 483 «Об утверждении инструкции о порядке организации деятельности анестезиолого-реанимационной службы» (далее — приказ № 483) [25].

Отредактировано и получило дополнения 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) в разделе медицинской техники и оборудования, необходимых для проведения анестезии в амбулаторных условиях [26].

В 2022 г. был утвержден приказ Министерства здравоохранения № 842 «Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 марта 2014 г. № 254 «Об утверждении протоколов по службе анестезиологии и реаниматологии» (далее — приказ № 842), который внес ясность в оформление медицинской документации в отделении анестезиологии и реанимации [23].

Актуальным является постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.07.2013 № 60 «Об установлении формы журнала оценки готовности рабочего места врача — анестезиолога-реаниматолога» (далее — постановление № 60) [27].

Одним из важнейших нормативно-правовых документов в анестезиологии и реаниматологии за период 2019—2024 гг. является, на наш взгляд, постановление № 57. Данный документ содержит базовые разделы по предоперационному обследованию пациента, осмотру анестезиологом, премедикации, основным методам проведения анестезии, анестезии в амбулаторных условиях (включая рекомендуемые лекарственные препараты), послеоперационному ведению пациентов [13].

Основным регламентирующим документом организации деятельности анестезиолого-реанимационной 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 трех и более должностей врачей — анестезиологов-реаниматологов» (глава 2, п. 7.2) [25]. Указанная норма также регулирует вопросы организации анестезиологической помощи в учреждениях здравоохранения, оказывающих амбулаторную помощь. Таким образом, диагностические центры и межрайонные диагностические (в том числе и эндоскопические) центры на базе стационаров попадают под данную норму правового регулирования. Вопросы планирования должностей врачей — анестезиологов-реаниматологов регламентируются постановлением № 186, в соответствии с которым количество штатных должностей врачей — анестезиологов-реаниматологов зависит от объема хирургической помощи (количества хирургических вмешательств) в стационаре [24]. В то же время если диагностические исследования проводятся в подразделении по оказанию амбулаторной помощи в течение всего рабочего дня (то есть более 4 ч в день), то расчет ставок врачей — анестезиологов-реаниматологов также должен регулироваться указанным нормативным актом. Однако вопросы штатных нормативов в амбулаторной анестезиологии остаются до конца неурегулированными.

Юридически не отменено постановление № 40, в разделах которого определен перечень оперативных вмешательств, выполняемых в стационарных и амбулаторных условиях [26]. В то же время раздел «Перечень медицинской техники и изделий меди-

цинского назначения, необходимых для оказания медицинской помощи пациентам с хирургическими заболеваниями для выполнения хирургических вмешательств и манипуляций в условиях общей анестезии» подробно изложен в постановлении № 57 (приложение 14) [13]. В данном документе предусмотрены организация и оснащенность рабочего места врача — анестезиолога-реаниматолога — необходимый и очень важный момент обеспечения безопасности пациента при оперативных вмешательствах, диагностических процедурах и манипуляциях. В настоящее время актуальная медицинская документация (в частности, протокол осмотра врачом — анестезиологом-реаниматологом с информированным согласием пациента на анестезию, протокол анестезии с картой анестезии) врача — анестезиолога-реаниматолога регламентируется приказом № 842 [23; 28]. Этот же приказ устранил существовавшую ранее неопределенность с проведением и документированием анестезии у пациентов, подвергающихся вмешательствам (хирургическим и диагностическим) под общей анестезией с сохраненным спонтанным дыханием длительностью до 60 мин, в том числе в амбулаторных условиях (приложение 2 — протокол внутривенной анестезии (седации, анальгезии) с сохранением спонтанного дыхания длительностью до 60 минут) [23].

По-прежнему за последние 10 лет важным документом, обеспечивающим безопасность пациента во время любой анестезии, является постановление № 60. 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, выявлении неисправностей медицинской техники, отсутствии изделий медицинского назначения и лекарственных средств, информирование ответственных (административных) лиц с их подписью о результатах оценки [27].

В то же время остается нерешенным ряд вопросов, касающихся кадровой обеспеченности врачами — анестезиологами-реаниматологами, введения штатной должности врача — анестезиолога-реаниматолога в учреждениях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. В постановлении № 186 содержится лишь информация о количестве должностей врачей — анестезиологов-реаниматологов в стационарах, однако не содержится таковая о должностях в амбулаторных условиях (за исключением травмапунктов) [24].

Авторы полагают, что в сложившейся ситуации требуется разработка нормативных правовых актов, касающихся вопросов формирования штатных должностей врачей — анестезиологов-реаниматологов в учреждениях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, корректировки утверждения формы медицинской документации и др.

Выводы

1. С учетом развития и постоянного совершенствования и внедрения стационарзамещающих технологий как в г. Минске, так и в Республике Беларусь в целом требуется повышение эффективности оказания анестезиологической помощи в амбулаторных условиях, основанной на решении организационных и правовых вопросов.

2. Требуется обсуждения и коррекции вопрос об объеме обследования пациента перед эндоскопическими исследованиями под общей анестезией, в том числе в амбулаторных условиях.

3. Необходимо разработать и модифицировать опросники (анкеты) для предварительного сбора информации о состоянии пациента, в том числе в электронной форме или в форме мобильных приложений. Требуется новый концептуальный подход по ведению пациентов III и IV классов по шкале ASA при проведении эндоскопических исследований под общей анестезией.

4. Необходима разработка нового дифференцированного подхода к ведению анестезии у пациентов при эндоскопических исследованиях, в том числе в амбулаторных условиях.

Литература

1. Грачев, С. С. Организация анестезиологической помощи в амбулаторных условиях / С. С. Грачев, И. Н. Мороз, В. П. Заневский // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2020. — № 1 (102). — С. 30—35.
2. Уайт, П. Ф. Амбулаторная анестезия: новые препараты и методы / П. Ф. Уайт // Освежающий курс лекций № 7 / под ред. Э. В. Недашковского. — Архангельск, 2002. — С. 75—80.
3. Уайт, П. Ф. Современное анестезиологическое обеспечение в амбулаторной хирургии / П. Ф. Уайт // Освежающий курс лекций № 8 / под ред. Э. В. Недашковского. — Архангельск, 2003. — С. 162—173.
4. Амбулаторная анестезия : учеб.- метод. пособие / Г. В. Илюкевич, В. Э. Олецкий, В. В. Румашевский, М. П. Майтак. — Минск : БелМАПО, 2021. — 53 с.
5. Smith, I. Ambulatory (Outpatient) Anesthesia / I. Smith, M. A. Skues, B. K. Philip // Miller's Anesthesia : in 2 vol. / ed-in-chief A. Michael [et al.]. — London, 2019. — Vol. 2. — P. 2251—2283.
6. Handbook of Ambulatory Anesthesia / eds.: R. S. Twersky, B. K. Philip. — 2nd ed. — Berlin : Springer Science + Business Media, LLC, 2008. — 484 p.
7. Амбулаторная анестезиология — состояние вопроса / Г. В. Собетова, Н. С. Давыдова, Ю. А. Давыдова, В. С. Еремин // Уральский медицинский журнал. — 2014. — № 6. — С. 46—52.
8. 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 // American Journal of Nursing. — 2002. — Vol. 102, № 5. — P. 36—44.
9. Raeder, J. Clinical ambulatory anesthesia / J. Raeder. — Cambridge : Cambridge Univ. Press, 2010. — 185 p.
10. Капур, П. Требования к отделениям посленаркозного наблюдения / П. Капур // Освежающий курс лекций № 8 / под ред. Э. В. Недашковского. — Архангельск, 2003. — С. 70—77.
11. Смит, И. Отбор больных для амбулаторных вмешательств / И. Смит // Освежающий курс лекций № 9 / под ред. Э. В. Недашковского. — Архангельск, 2004. — С. 95—105.
12. Послеоперационная боль : руководство / Б. Г. Ковино, Р. Н. Джеймисон, Т. Р. Вейдбонкор [и др.] ; под ред. Ф. М. Ферранте. — М. : Медицина, 1998. — 619 с.
13. Об утверждении клинического протокола : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 апреля 2023 г. № 57 // ЭТАЛОН online : информ.-поисковая система. — URL: https://etalonline.by/document/?regnum=w22340087p&q_id=1767586 (дата обращения: 09.01.2025).

14. *Regional anesthesia for children undergoing orthopedic ambulatory surgeries in the United States, 1996—2006 / C. Kuo [et al.] // Journal of Hospital for Special Surgery. — 2012. — Vol. 8, Iss. 2. — P. 133—136.*

15. 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.*

16. *Основы анестезиологии и реаниматологии : учебник для мед. вузов / под ред. Ю. С. Полушина. — 3-е изд., доп. и испр. — СПб. : Эко-Вектор, 2023. — 649 с.*

17. Морган, Д. Э. *Клиническая анестезиология : пер с англ. / Д. Э. Морган, М. С. Михаил. — М. : Бином, 2003. — Кн. 3. — 304 с.*

18. Исаков, А. В. *Анестезиологическое обеспечение в амбулаторной хирургии у детей раннего возраста : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.20 / Исаков Александр Владимирович ; Рос. нац. исследоват. мед. ун-т им. Н. И. Пирогова. — М., 2013. — 114 л.*

19. *Современные критерии отбора пациентов для успешной совместной работы хирургического и анестезиологического звена в условиях центра амбулаторной хирургии, травматологии-ортопедии / И. В. Крестьяшин, Д. Ю. Выборнов, В. М. Крестьяшин [и др.] // Детская хирургия. — 2015. — № 3. — С. 40—43.*

20. *Анестезия в стационаре одного дня / И. Ф. Острейков, В. Л. Ершов, В. В. Миленин [и др.] // Российский журнал анестезиологии и интенсивной терапии. — 2000. — № 1. — С. 55—63.*

21. *Ингаляционная анестезия галогенсодержащими анестетиками у детей / И. Ф. Острейков, С. А. Пивоваров, Б. Д. Бабаев, М. В. Шишков // Анестезиология и реаниматология. — 2002. — № 1. — С. 4—6.*

22. Гагарин, А. В. *Авиационная транспортировка больных в критическом состоянии / А. В. Гагарин, В. М. Будянский // II 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.*

23. *Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 марта 2014 г. № 254 // ЭТАЛОН online : информ.-поисковая система. — URL: https://etalonline.by/document/?regnum=u622e1284&q_id= (дата обращения: 09.01.2025).*

24. *Об утверждении примерных штатных нормативов медицинских и других работников областных, центральных, центральных городских, центральных районных, городских, районных и участковых больниц : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 декабря 2012 г. № 186 // ЭТАЛОН online : информ.-поисковая система. — URL: http://etalonline.by/search/?search_str= (дата обращения: 09.01.2025).*

25. *Об утверждении инструкции о порядке организации деятельности анестезиолого-реанимационной службы : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 мая 2012 г. № 483 // ЭТАЛОН online : информ.-поисковая система. — URL: http://etalonline.by/search/?search_str= (дата обращения: 09.01.2025).*

26. *Об оказании медицинской помощи пациентам с заболеваниями, требующими хирургического вмешательства : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 мая 2013 г. № 40 // ЭТАЛОН online : информ.-поисковая система. — URL: http://etalonline.by/search/?search_str= (дата обращения: 09.01.2025).*

27. *Об установлении формы журнала оценки готовности рабочего места врача анестезиолога-реаниматолога и об утверждении Инструкции о порядке заполнения журнала оценки готовности рабочего места врача анестезиолога-реаниматолога : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июля 2013 г. № 60 // ЭТАЛОН online : информ.-поисковая система. — URL: http://etalonline.by/search/?search_str= (дата обращения: 09.01.2025).*

28. Об утверждении протоколов по службе анестезиологии и реаниматологии : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 марта 2014 г. № 254 // ЭТАЛОН online : информ.-поисковая система. — URL: http://etalonline.by/search/?search_str= (дата обращения: 09.01.2025).

Контактная информация:

Грачев Сергей Сергеевич — к. м. н., доцент, доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии с курсом повышения квалификации и переподготовки.

Белорусский государственный медицинский университет.

Пр. Дзержинского, 83, 220083, г. Минск.

Сл. тел. +375 17 287-00-83.

Участие авторов:

Концепция и дизайн исследования: С. С. Г., В. В. Р.

Сбор информации и обработка материала: С. С. Г.

Написание текста: С. С. Г.

Редактирование: С. С. Г., В. В. Р.

Конфликт интересов отсутствует.

Поступила 17.01.2025

Принята к печати 24.01.2025