



## ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие к изданию на русском языке .....	7
Предисловие авторов .....	9
Предисловие к изданию на английском языке .....	10
Авторы .....	16
Список сокращений и условных обозначений .....	20
<b>Глава 1. Развитие амбулаторной хирургии и возможные вызовы в будущем .....</b>	<b>21</b>
Список литературы .....	34
<b>Глава 2. Международная терминология в амбулаторной хирургии и ее применение в мире .....</b>	<b>39</b>
Список литературы .....	67
Приложение 1 .....	68
<b>Глава 3. Планирование и проектирование подразделения дневной хирургии .....</b>	<b>71</b>
Список литературы .....	91
Приложение 1 .....	93
Приложение 2 .....	94
Приложение 3 .....	96
Приложение 4 .....	99
Список литературы .....	101
<b>Глава 4. Операции в дневной хирургии .....</b>	<b>102</b>
Список литературы .....	139
<b>Глава 5. Предоперационный скрининг и отбор взрослых пациентов для дневной хирургии .....</b>	<b>146</b>
Список литературы .....	160
<b>Глава 6. Особенности дневной хирургии в педиатрии .....</b>	<b>163</b>
Список литературы .....	180
<b>Глава 7. Информирование, оценка и подготовка пациента к операции в дневной хирургии. Практические рекомендации ...</b>	<b>184</b>
Список литературы .....	215

<b>Глава 8. Методы анестезии в дневной хирургии</b> .....	217
Список литературы .....	241
<b>Глава 9. Методы послеоперационного обезболивания</b> .....	248
Список литературы .....	267
<b>Глава 10. Профилактика и лечение послеоперационной тошноты и рвоты в амбулаторной хирургии</b> .....	271
Список литературы .....	282
<b>Глава 11. Критерии готовности пациента к выписке в амбулаторной хирургии</b> .....	285
Список литературы .....	299
<b>Глава 12. Результаты лечения пациентов и клинические показатели дневной хирургии</b> .....	303
Список литературы .....	327
<b>Глава 13. Автономные (отдельно расположенные) учреждения амбулаторной хирургии</b> .....	333
Список литературы .....	353
<b>Глава 14. Офисная хирургия (хирургия врачебных кабинетов)</b> ..	355
Список литературы .....	365
Приложение 1 .....	367
Приложение 2 .....	368
Приложение 3 .....	370
Приложение 4 .....	373
<b>Глава 15. Проблемы качества в дневной хирургии</b> .....	378
Список литературы .....	407
Благодарности .....	410
Информационные ресурсы .....	410
Предметный указатель .....	411

## ПРЕДИСЛОВИЕ К ИЗДАНИЮ НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ



Международная ассоциация амбулаторной хирургии (IAAS) была основана в 1995 г. с целью развития и распространения дневной хирургии высокого качества во всем мире.

В 2005 г. Исполнительный комитет IAAS опубликовал данное международное практическое руководство в помощь медицинским специалистам для того, чтобы они могли успешно развивать направление дневной хирургии в своих клиниках.

Единичные публикации, посвященные дневной хирургии, встречаются с начала XX века, но только в последние два десятилетия мы наблюдаем стабильное развитие данного направления во многих странах мира.

Современное здравоохранение, сталкиваясь с увеличением стоимости медицинских услуг и повышением запросов населения, в конечном счете достигает своих пределов, после чего начинает испытывать острую потребность в медицинском реформировании, и чаще всего это можно заметить там, где система здравоохранения испытывает недостаточное финансирование. В этом случае для дневной хирургии предоставляется отличная возможность стать ключевой моделью современного хирургического лечения и сыграть решающую роль в поддержании стабильности системы оказания медицинских услуг.

Успех дневной хирургии зависит от множества усилий хорошо организованной команды, включающей хирургов, анестезиологов, медицинских сестер, администраторов и других медицинских специалистов.

Все преимущества дневной хирургии для пациентов, их родственников, медицинских учреждений и системы здравоохранения в целом могут быть реализованы только тогда, когда работа мультидисциплинарной команды основана на следующих принципах:

- внимательный отбор пациентов с учетом сопутствующей патологии и социальных ограничений;
- рациональный выбор оперативного вмешательства, не угрожающего развитием серьезных осложнений;
- пациент-ориентированный лечебный процесс с четким разграничением потока пациентов и пациентов круглосуточного стационара;
- стандартизированное минимально инвазивное, бережное отношение к тканям организма во время выполнения оперативного вмешательства;
- применение современных обезболивающих методик, обеспечивающих профилактику послеоперационной тошноты и быстрое восстановление когнитивных функций у пациента;
- правильное информирование и обучение пациента и его родственников, распространение ответственности на них за участие в общем лечебном процессе;
- наличие эффективного и хорошо организованного подразделения дневной хирургии, обладающего программой непрерывного улучшения качества и регулярно отчитывающегося о результатах своей работы.

Цель книги, написанной экспертами в области дневной хирургии из разных стран — помочь читателям усовершенствовать свои знания для достижения высоких стандартов качества медицинской помощи в формате хирургии одного дня.

Я надеюсь, что эта книга будет способствовать дальнейшему развитию высококачественной дневной хирургии в России.

*Пауло Лемос, доктор медицины,  
президент IAAS (2009–2011)*

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'P. Lemos', with a long, sweeping flourish extending downwards and to the right.

# Глава 1

## Развитие амбулаторной хирургии и возможные вызовы в будущем

*Paul E.M. Jarrett, MA, FRCS and Andrzej Staniszewski, MD, PhD*

### ВВЕДЕНИЕ

Кто понимает события прошлого, тот угадывает будущее. В этой главе описывается история развития современной дневной хирургии, а на примере ее роста и представленных преимуществ строятся перспективы развития в будущем. На этом пути существуют препятствия, которые хорошо известны авторам книги и представлены в этой главе. Многие из поднятых здесь тем более подробно рассматриваются в последующих главах.

С самого начала стоит уточнить, что термины *day surgery* (дневная хирургия) и *ambulatory surgery* (амбулаторная хирургия) являются синонимами. В одних странах термин *outpatient surgery* (амбулаторная хирургия/не-стационарная хирургия) приравнивается к вышеуказанным двум терминам, в других, например в США, он используется в совершенно ином контексте. Полностью терминология представлена в главе 2.

### ИСТОРИЯ

На рубеже XIX и XX столетий основы современной дневной хирургии были заложены Джеймсом Николлом (James Henderson Nicoll, 1864–1921) [1], что было связано с его работой в больнице и диспансере для больных детей в Глазго, в Шотландии. Николл прооперировал огромное число детей с различными заболеваниями в режиме хирургии одного дня. В 1909 г. в *British Medical Journal* он сообщил об успешном лечении 8988 детей [2]. Однако после него никакого существенного прогресса в британской дневной хирургии не наблюдалось из-за скептического отношения медицинской общественности к этой методике. Так, например, в колонке редактора *British Medical Journal* в 1948 г. [3] утверждалось, что «любой хирург, который решит выписать пациента из больницы ранее 14 дней с момента полостной операции (включая грыжесечения), окажется в сложном положении перед лицом грядущих осложнений».

Прорыв произошел в 1955 г. Фаркарсон (Farquharson), работая в Эдинбурге, внедрил ранний перевод пациентов на амбулаторный режим. Его сообщение о результатах грыжесечений у взрослых пациентов в формате дневной хирургии было опубликовано в журнале *Lancet* [4].

В 50-е годы и начале 60-х годов XX века отдельные хирурги по всему миру начинают выполнять операции в рамках хирургии одного дня. Но концепция отделения дневной хирургии на базе стационара, провозглашенная Николлом (Nicoll), становится востребованной только в 1962 г., когда в клинике Калифорнийского университета (Лос-Анджелес, США) создается такое отделение [5]. Чуть позже открываются отделения дневной хирургии в клинике Университета Дж. Вашингтона в 1966 г. [6] и в 1968 г. в Провиденсе, Род-Айленд (США).

Отдельно расположенное (Freestanding) отделение дневной хирургии, по существу соответствующее концепции Николла (Nicoll), было впервые организовано двумя врачами — Ридом (Reed) и Фордом (Ford), которые открыли свой Surgicenter™ (Амбулаторный хирургический центр. — *Прим. редактора*) в Фениксе, штат Аризона, в 1969 г. [7].

В 70-х и 80-х было отмечено постепенное увеличение количества подразделений дневной хирургии, особенно в США, Канаде, Великобритании и Австралии.

Результаты работы новых хирургических отделений отразились в серии публикаций в медицинских журналах, посвященных преимуществам дневной хирургии, перечню оперативных вмешательств, которые могли бы быть выполнены в этом формате, и методикам выполнения таких операций. Впоследствии на основе этих работ появились многочисленные национальные исследования, посвященные дневной хирургии. По-разному в них оценивали качество, экономическую эффективность и безопасность однодневной хирургии. Не было единого взгляда на медицинские стандарты, организацию и распространение дневной хирургии. Первые публикации принадлежали корпорации *Orkand* в США [8], Королевскому колледжу хирургов Англии [9], Ревизионной комиссии в Великобритании [10, 11] и Королевскому австралийскому колледжу хирургов в Австралии [12]. Такие публикации продолжают и сегодня. Так, в Великобритании самые последние из них сосредоточены на положительном опыте дневной хирургии и увеличении количества операций в данном формате [13–16].

Дневная хирургия развивалась, группы энтузиастов объединялись в ассоциации. Декларировались цели ассоциаций — определения стандартов качества, распространение дневной хирургии, образовательная и научно-исследовательская работа в данной области. Первым возникло Общество развития отдельно расположенных центров амбулаторной хирургии (*Society for the Advancement of Freestanding Ambulatory Surgery Centers — FASC*), ныне известное как Федеральная ассоциация амбулаторной хирургии (*Federated Ambulatory Surgery Association — FASA*). Общество развития отдельно рас-

положенных центров амбулаторной хирургии основано в США в 1974 г. В 1995 г. двенадцать национальных ассоциаций договорились объединиться и стать членами International Association for Ambulatory Surgery — IAAS (Международной ассоциации амбулаторной хирургии). В настоящее время более 24 стран являются участниками данной Ассоциации<sup>1</sup> [(Австралия, США и Финляндия — по 2 ассоциации в стране), 1 — ассоциированный член — Итальянское общество амбулаторной хирургии и дневной хирургии, при этом Итальянская федерация дневной хирургии — полноправный член IAAS, 2 ассоциации — члены-корреспонденты (Румыния и Перу)] (табл. 1.1.).

IAAS — это мультидисциплинарная ассоциация, объединяющая хирургов, анестезиологов, медицинских сестер и медицинский менеджмент. Мультидисциплинарность поддерживается большинством членом ассоциации. Основная мысль состоит в том, что для достижения наибольшего успеха в дневной хирургии необходима слаженная работа всего коллектива.

## РАЗВИТИЕ ДНЕВНОЙ ХИРУРГИИ

С середины 80-х годов XX в. отмечен неуклонный рост числа операций, выполненных амбулаторно. Показатели дневной хирургии во многих странах существенно увеличились. За период с 1985 по 1994 г. число выполненных плановых операций в формате дневной хирургии в США увеличилось с 34 до 61%, а в Великобритании с 1989 по 2003 г. этот показатель вырос с 15 до 70%. В Андалусии (Испания) за период 1993–2003 гг. число операций в формате хирургии одного дня увеличилось в 6,5 раза.

В Дании, по данным IAAS, за период с 1994 по 2005 г. количество однодневных хирургических операций выросло с 41 до 79%.

Тем не менее нельзя чисто арифметически формировать сумму случаев, относящихся к дневной хирургии в разных странах. Сравнение может быть некорректным из-за разницы в статистике, поскольку некоторые из стран включают в общее число 23-часовое пребывание пациента в круглосуточном стационаре (например, США), а другие — некоторые мелкие амбулаторные операции (например, Великобритания).

Лучше обратить внимание на изменения таких показателей дневной хирургии, как отдельные виды вмешательств или их группы.

Другим объективным показателем развития хирургии одного дня является увеличение числа отделений дневной хирургии (включая как отделения дневной хирургии на базе стационаров, так и отдельно расположенные центры дневной хирургии. — *Прим. ред.*). Так, например, количество отдельно расположенных центров амбулаторной хирургии в США увеличилось с 67 в 1976 г. до более 4000 в 2004 г., в Австралии — с 83 в 1993 г. до 234 в 2002 г. (см. гл. 13).

<sup>1</sup> На момент издания книги в 2006 г.



**Таблица 1.1.** Ассоциации дневной (амбулаторной) хирургии на 2005 г.

<b>Страны</b>	<b>Названия</b>	<b>Год Образования</b>	<b>Веб-сайт</b>
США	Федеральная ассоциация амбулаторной хирургии (FASA)	1974	ascassociation.org
США	Общество амбулаторной анестезиологии	1984	https://sambahq.org
Великобритания	Британская ассоциация дневной хирургии	1990	https://daysurgeryuk.net
Германия	Федеральная ассоциация амбулаторной хирургии	1992	https://www.operieren.de
Франция	Французская ассоциация амбулаторной хирургии	1994	https://www.chirurgie-ambulatoire.org
Испания	Испанская ассоциация большой амбулаторной хирургии (ASECMA)	1994	https://www.asecma.org
Нидерланды	Голландская ассоциация дневного и краткосрочного лечения	1994	https://www.nvdk.nl
Австралия	Австралийская ассоциация медсестер дневной хирургии	1995	https://nswdsna.com.au
Международная	Международная ассоциация амбулаторной хирургии (IAAS)	1995	https://www.iaas-med.com
Австралия	Консульство австралийской дневной хирургии (Комитет)	1996	www.surgeons.org/wedo
Бельгия	Бельгийская ассоциация амбулаторной хирургии	1996	www.baas.be
Дания	Датское общество дневной хирургии	1996	https://dsdk.dk
Италия	Итальянская федерация дневной хирургии	1996	
Португалия	Португальская ассоциация амбулаторной хирургии	1998	http://www.apca.com.pt
Польша	Польское общество медицины и амбулаторной хирургии	1999	
Швеция	Шведская ассоциация дневной хирургии	1999	http://dagkir.nu
Гонконг	Гонконгская ассоциация дневной хирургии	1999	

Рост дневной хирургии был напрямую связан с возрастающим осознанием преимуществ этой формы лечения медицинскими специалистами, политиками, финансистами здравоохранения и пациентами. Этот процесс был обусловлен техническим прогрессом в хирургии (например, снижение травматичности оперативных вмешательств), анестезиологии (например, ларингеальная маска, пропофол, новые галогенизированные газы) и обезболивании, например, нестероидные противовоспалительные средства (широкое применение эффективных НПВС вместо наркотических препаратов. — *Примеч. ред.*). Развитие дневной хирургии было неравномерным. Существуют значительные отличия в оперативной активности как между странами (см. гл. 2), так и между клиниками в отдельно взятой стране. В подтверждение последнего, за период 2003–2004 гг. доля паховых герниопластик, выполненных в условиях дневной хирургии в Англии и Уэльсе, была 42%, а в отдельно взятых клиниках варьировалась от 5 до 90% и более.

## **ПРЕИМУЩЕСТВА ОДНОДНЕВНОЙ ХИРУРГИИ**

Однодневная хирургия имеет ряд преимуществ как для пациентов и их семей, так и для клиник, а также и для всей системы здравоохранения в целом [17–21].

## **ПРЕИМУЩЕСТВА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ**

Однодневная хирургия наилучшим образом подходит для обеспечения пациентоцентричного лечения [22]. В обособленном отделении дневной хирургии стационара пациент находится в центре внимания и получает более индивидуальное лечение по сравнению с пациентом круглосуточного стационара, находящегося среди лежащих рядом тяжелобольных [23]. Пациенты, оперируемые в хорошо управляемых отделениях дневной хирургии (см. гл. 7 и 11), получают более подходящее их потребностям лечение, позволяющее им возвращаться домой в день операции и восстанавливаться в знакомой домашней обстановке [22]. Они могут продолжать принимать свои лекарства в обычном режиме, как и до операции, избегая возникновения возможных проблем, связанных с длительной госпитализацией (например, пациентов с сахарным диабетом, поступающих на лечение в круглосуточный стационар, часто без особой нужды переводят с пероральных препаратов на инсулин, к тому же, доза препарата может быть пропущена медперсоналом, или принята с опозданием, или принята двойная доза) [24].

По сравнению с множеством осложнений, встречающихся после операций, выполненных в круглосуточном стационаре, дневная хирургия сопровождается гораздо меньшим их количеством.

Частота повторных госпитализаций [20, 25], а также частота внеплановых обращений к врачам первичной медицинской помощи и структурам общественного здравоохранения [26] не превышают показателей после аналогичных операций, выполненных в круглосуточном стационаре. Уменьшение болевого синдрома и снижение риска тромбоза связывают с ранней активизацией пациентов [12]. Госпитализация в круглосуточный стационар подвергает пациентов большему риску заражения внутрибольничными инфекциями и сопровождается более длительным нахождением пациента в постели, чем это необходимо. Напротив, дневная хирургия снижает риск перекрестной инфекции просто потому, что пациенты дневного стационара не контактируют с ослабленными больными, проводят минимум времени в клинике и восстанавливаются у себя дома [17, 27].

Частота послеоперационных осложнений, связанных с раневой инфекцией, у пациентов дневной хирургии очень низка. Метициллин-резистентная стафилококковая инфекция, являющаяся нарастающей проблемой круглосуточных хирургических стационаров, неактуальна для подразделений дневной хирургии. В хирургии одного дня если и возникают инфекционные осложнения, то, как правило, они немедленно отвечают на антибиотикотерапию [19]. Конечный результат дневной хирургии гораздо лучше, чем в круглосуточном хирургическом стационаре. Кроме того, по сравнению с госпитализацией в круглосуточный стационар, нахождение в отделении дневной хирургии создает меньшее психоэмоциональное напряжение для пациента.

Это особенно значимо при оказании помощи детям, разлука которых со своими родителями должна быть настолько короткой, насколько это возможно [28]. Европейская хартия прав детей гласит, что детей следует госпитализировать в круглосуточный стационар только в том случае, если им невозможно оказать равноценную медицинскую помощь амбулаторно или в условиях дневного стационара [29]. В этом случае меньшее беспокойство испытывают как пациенты, так и их родственники. Отметим, что удовлетворенность родителей детской однодневной хирургической службой особенно высока [11, 31, 32].

Пожилые люди, которые склонны к дезориентации при оставлении ими знакомой домашней обстановки, также могут извлечь выгоду от использования дневной хирургии [30].

Уровень удовлетворенности пациентов, оперированных в условиях дневной хирургии, высок [11, 33–38] — и большинство тех, кто перенес однотипную операцию как в условиях круглосуточного стационара, так и в условиях клиники одного дня, отмечают лучшим последний вариант [39]. Большинство людей предпочтут восстановление после операции в домашних условиях пребыванию в больнице. В связи с возрастающей централизацией специализированной стационарной помощи чаще всего дневные хирургические стационары располагаются гораздо ближе к жилью пациентов, что де-

лает их более удобными. Среди очевидных преимуществ для родственников пациентов можно выделить: сохранение времени, отсутствие разъездов, а иногда и отсутствие необходимости проживания в гостинице [12].

Планирование расписания операций проще, а регистрация пациентов не усложнена. Пациенты отделения дневной хирургии могут выбрать точное время и дату своей операции с уверенностью, что их операция не будет отменена в последнюю минуту по причине непредсказуемых экстренных поступлений, какие могут произойти в круглосуточном стационаре. Таким образом, однодневная хирургия не так серьезно нарушает ритм жизни пациента. Было отмечено, что реабилитация пациентов, перенесших операцию в условиях одного дня, проходит гораздо быстрее, чем после обычного стационара, позволяя скорее вернуться пациентам к их повседневной активности, семейной жизни и работе [40–42].

## **ПРЕИМУЩЕСТВА ДЛЯ СТАЦИОНАРОВ**

Поскольку в специализированных дневных хирургических клиниках риск отмены операции в последнюю минуту сведен к минимуму, они могут более эффективно управлять своей плановой оперативной деятельностью. Это позволяет осуществлять более точное планирование по сравнению с обычными стационарами и одновременно эффективно использовать персонал и ресурсы учреждения. В частности, в национализированных системах здравоохранения это облегчает внедрение систем резервирования очереди и предоставляет больший выбор для пациентов [43].

Во многих странах Западной Европы и Северной Америки ощущается нехватка квалифицированного среднего медперсонала. Более того, средний возраст сертифицированных медсестер продолжает увеличиваться: 45 лет в США в 2000 г. и 41 год в Великобритании в 2003 г. Отсутствие потребности работать ночными сменами, в выходные или праздники делает работу в отделении дневной хирургии привлекательной для медсестер с семьями и, что более важно, приводит к росту работоспособности самой сестры. Отделение дневной хирургии с его четким расписанием и определенными часами работы также является идеальным местом работы для сестер с частичной занятостью. Медсестры в дневной хирургии менее склонны к смене места работы, чем сестры круглосуточных стационаров.

Перемещение значительной части хирургической работы в отделение дневной хирургии позволяет освободить стационарные койки для новых, более серьезных хирургических вмешательств, или для другого медицинского использования, или эти койки могут быть совсем сокращены с целью экономии финансовых средств [43].

Дневная хирургия экономически выгоднее круглосуточного хирургического стационара, так как время госпитализации минимальное, работа в ночные смены и выходные дни не требуется, «гостиничные услуги» отсут-

ствуют, а персонал и капитальные средства работают более интенсивно и эффективно.

В зависимости от конкретной процедуры отмечено, что при замене круглосуточного стационарного хирургического лечения на дневное экономия средств в среднем достигала от 10 до 70% [9, 10, 36, 41, 44–47].

Стационары, имеющие в своей структуре отделения дневной хирургии, могут значительно улучшить свою пропускную способность [43], снизить сроки ожидания операций [48] и обеспечить высококачественное лечение экономически выгодным образом.

## **ПРЕИМУЩЕСТВА ДЛЯ ИСТОЧНИКОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Любой бюджет здравоохранения находится под давлением из-за растущих запросов пациентов, внедрения новых видов лечения и постоянно стареющего населения. Дневная хирургия позволяет выгодоприобретателям (правительствам, страховым компаниям, органам здравоохранения или отдельным пациентам, самостоятельно оплачивающим свое лечение) снижать затраты, получая при этом высококачественное, доступное и эффективное лечение.

## **БУДУЩЕЕ**

Преимущества дневной хирургии, изложенные в предыдущем разделе, являются весомыми аргументами для ее развития. Как достичь этой цели? Наиболее очевидным способом будет, если все страны и все клиники в этих странах приблизятся к показателям активности лидеров в этой области. Для достижения этого от тех, кто оплачивает хирургическую помощь, потребуются настойчивость либо в определении целевых показателей деятельности, либо в установлении соответствующих тарифов на оперативные вмешательства. В Великобритании Министерство здравоохранения поставило задачу, чтобы к 2008 г. в секторе общественного здравоохранения 75% всех плановых оперативных вмешательств осуществлялись в рамках хирургии одного дня [49]. При этом в Министерстве осознают, что в эту долю должны войти только «реальные» стационарзамещающие операции, а не мелкие амбулаторные вмешательства [43]. В 2005 г. Министерство здравоохранения ввело национальные тарифные ставки для оперативных вмешательств, которые, когда это возможно, занимают промежуточное положение между стоимостью круглосуточного и однодневного лечения [43]. В США, если лечение в круглосуточном стационаре не оправдано, страховщики будут предоставлять компенсацию только за определенные процедуры по дневным ставкам. Прогресс в технике и методах лечения позволит в будущем проводить все больше видов хирургических пособий в условиях дневной хирургии. Лазерная простатэк-

томия [50] и плазменная кинетическая вапоризация предстательной железы [51] являются примерами новых методов, используемых как рутинное пособие, облегчая лечение пациентов в условиях дневной хирургии.

Внедрение минимально инвазивных вмешательств обеспечило уменьшение травматизации тканей и снижение послеоперационной боли, что в свою очередь расширило возможности дневной хирургии. Прекрасным примером являются лапароскопические операции. Гинекологи сначала выполняли диагностическую лапароскопию в условиях хирургии одного дня [52], после чего постепенно внедрили целый ряд лапароскопических операций, таких как перевязка маточных труб, рассечение спаек, сальпингостомия, удаление кист яичника и лазерная абляция эндометрия. В общей хирургии лапароскопическая холецистэктомия стала рутинной операцией, выполняемой в условиях хирургии одного дня [53–55]. Также среди эндоскопических операций, выполняемых в общей хирургии, можно выделить герниопластику при диафрагмальной грыже [56], герниопластику при паховой грыже [57] и удаление селезенки [58]. Эндоскопические вмешательства и малоинвазивные не являются синонимами. Операции, выполненные через малые разрезы, также являются малоинвазивными, например холецистэктомия, выполненная из мини-доступа [59]. Не так давно, благодаря новой технике и малым разрезам, тотальная артропластика тазобедренного сустава стала операцией дневной хирургии [60], так же как и операции по поводу недержания мочи у женщин [61].

Некоторые совершенно новые подходы к хирургическим проблемам способствовали перемещению пациентов (из круглосуточного стационара. — *Прим. ред.*) в отделения дневной хирургии. Например, некоторые виды баллонной ангиопластики с установкой стента или без него в условиях дневной хирургии вытеснили многие открытые оперативные вмешательства. Вполне возможно, что в перспективе в условиях хирургии одного дня можно будет с успехом проводить плановое стентирование отдельных видов аневризм аорты.

Переход от условий круглосуточного стационара к дневной хирургии в большей степени потребует изменения отношения самих хирургов, чем изменений в технике выполнения операций. Например, нет причин, по которым пациенты не должны возвращаться домой с катетером или установленным дренажем. Современные катетеры меньше раздражают ткани, а современные небольшие пластиковые вакуумные дренажи доставляют меньше неудобств [62]. При изменении взглядов на проблему многие урологические операции могут стать пригодными для дневной хирургии [51]. В равной степени выполнение паротидэктомии [63] и тиреоидэктомии [64] в условиях хирургии одного дня возможно, даже если хирург пожелает оставить дренаж в зоне операции.

Хирургические горизонты дневных вмешательств все шире, но переход от круглосуточной стационарной хирургии к дневной не должен быть един-

ственной целью. Перемещение нагрузки из отделения дневной хирургии на амбулаторное звено также сулит финансовые выгоды как для исполнителя медицинских услуг, так и для пациента. Например, в последние годы магнитно-резонансная томография все больше заменяет диагностическую артроскопию. За период с 1994–2004 гг. количество выполненных артроскопий в условиях дневного стационара снизилось на 30%. Первоначально выполненная в условиях дневного стационара диагностическая гистероскопия в настоящее время является распространенной процедурой первичного амбулаторного звена («офисная гистероскопия». — *Прим. ред.*) [65]. Однако есть сомнения, что амбулаторная компьютерная томография или магнитно-резонансная томография в ближайшие годы сможет заменить диагностическую колоноскопию [66–68]. Таким образом, дневная хирургия расстанется с некоторыми своими процедурами, предоставив их амбулаторному звену, а вместе с этим получит другие, пришедшие из круглосуточного стационара.

Современные подходы и достижения в области анестезиологии и анальгезии позволят оперировать широкий круг пациентов в условиях отделения дневной хирургии. Растущее применение местной анестезии, как инфльтрационной так и проводниковой, не только улучшает обезболивание в ранние часы после операции, но также позволяет оперировать некоторых больных с высокой степенью анестезиологического риска (ASA III и IV) в условиях дневного стационара. Такие операции, как эндартерэктомия, паховая герниопластика [33], декомпрессия субакромиального пространства [69], хирургия катаракты [70], являются всего лишь несколькими примерами рутинных операций, выполняемых в условиях отделения дневной хирургии под местной (в т.ч. регионарной — *Прим. ред.*) анестезией, хотя всего лишь несколько лет назад они рутинно выполнялись в круглосуточных стационарах под общим обезболиванием. Используя наиболее подходящие процедуры и протоколы, опытные анестезиологи дневного стационара будут успешно лечить в условиях хирургии одного дня множество пациентов с тяжелыми сопутствующими хроническими заболеваниями, такими как астма и инсулинозависимый диабет. Все чаще, в связи с потребностью владения различными навыками, анестезиологи специализируются в области амбулаторной анестезиологии. Наличие подобным образом специализированных анестезиологов имеет решающее значение для распространения дневной хирургии в будущем.

Но ни одна команда не может работать, если ее члены изолируются друг от друга. Для того чтобы быть успешным и продолжать развиваться, подразделение дневной хирургии нуждается в слаженной коллективной работе специалистов — хирургов, анестезиологов, медсестер, менеджеров, технического персонала и сотрудников регистратуры. Для того чтобы пациенты чувствовали себя уверенно и не испытывали стресс, крайне важно, чтобы весь лечебный процесс был целостным — отбор пациентов на лечение, протоколы