

Стационарзамещающая хирургия – современное состояние и перспективы развития

В статье изложены исторические аспекты развития и становления амбулаторной хирургии, как самостоятельного раздела хирургической специальности, изложены аналитические факторы развития стационарзамещающих технологий в практике хирурга общего профиля за рубежом и странах СНГ, определены позитивные моменты развития хирургии «краткосрочного пребывания», приведен опыт работы центров амбулаторной хирургии у нас в стране и за рубежом.

Ключевые слова: стационарзамещающая хирургия, амбулаторная хирургия, «хирургия одного дня», «стационар краткосрочного пребывания».

Введение.

Поиск оптимальных путей использования материальных ресурсов в здравоохранении является актуальной задачей в общей структуре реформирования данной отрасли в нашей республике. Одним из таких организационных направлений является система так называемой «однодневной хирургии» или стационарзамещающей хирургии, развитию которой в системе амбулаторной и стационарной хирургической службы в настоящее время уделяется большое внимание. Основная задача данного направления - это повышение оперативной активности в амбулаторно-поликлинических условиях и уменьшение сроков госпитализации больных на стационарной койке за счет использования малоинвазивных методик выполнения операций и внедрения новых форм организации лечебного процесса (4,6,7, 14).

Амбулаторно-поликлиническая хирургическая помощь населению является передовым и важнейшим звеном современного отечественного здравоохранения. Хирургическая служба при этом направляет свои действия на решение разнообразных задач и, прежде всего, на раннюю диагностику заболеваний и на оказание полноценного лечения пациентам, которым не требуется госпитализация. Анализ состояния медицинской службы в странах ближнего зарубежья показывает, что оперативная амбулаторная хирургическая активность остается на достаточно низком уровне, в стационары направляется до 32% пациентов, которые могут быть излечены оперативным путём непосредственно в поликлинике. Отчетные данные за последние 20 лет по регионам РФ указывают на то, что до 27% дорогостоящих стационарных коек хирургического профиля занимают больные, которым возможно произвести оказание качественной помощи в амбулаторных условиях. В настоящее время развитие системы дневных стационаров и специальных центров амбулаторной хирургии в РФ способствует активизации хирургической службы, расширению объема оперативных вмешательств в амбулаторных условиях и режиме краткосрочного пребывания в стационарах, что несомненно будет способствовать снижению экономических затрат на здравоохранение (1, 6, 7, 11, 14). Однако увеличение

амбулаторной хирургической активности у нас в стране и СНГ в целом в большинстве случаев зависит от личной инициативы хирургов.

Из зарубежного опыта следует, что до 40-50% плановых хирургических операций можно выполнить амбулаторно или в условия краткосрочного пребывания в стационаре, включая холецистэктомию, грыжесечение, флебэктомию, мастэктомию модифицированным способом, целый ряд гинекологических, ортопедических вмешательств (2, 5, 14). По данным отечественных авторов до 80% флебэктомий или других патогенетических операций при варикозном расширении вен нижних конечностей, более 65% операций по поводу наружных грыж живота, хирургической гнойной инфекции мягких тканей можно выполнять в амбулаторно-поликлинических условиях (по материалам коллегии Минздрава СССР, 1991)(3, 14, 16).

Впервые о применении хирургических вмешательств в амбулаторных условиях и с ранней выпиской около 100 лет назад сообщил в печати хирург из г. Глазго Дж. Николь (1909 г.). Он одним из первых подверг сомнению устоявшееся правило, что пациентам после операции требуется длительный постельный режим и опубликовал результаты лечения 372 пациентов. Согласно проведенному им анализу при ранней выписке больные поправлялись быстрее и имели меньше послеоперационных осложнений как местного так и общего характера. За 10 лет работы в больнице Дж. Николь выполнил 8988 оперативных вмешательств в условиях стационара одного дня и показал, что экономически данная методика в 10 раз эффективней без потери качества лечения (7).

В 1911 г. хирургии из США Ф. Скотт и Дл. Фортестью опубликовали работу по исследованию периферической гемодинамики у больных в послеоперационном периоде и доказали отрицательное влияние длительного постельного режима на венозное кровообращение. Английский хирург А. Грант в 1912 г. сообщил на обществе хирургов результаты лечения 211 больных в условиях краткосрочного пребывания в стационаре и показал, что при выписке на первый день бывает меньше послеоперационных осложнений по сравнению с выпиской больных на 7-й и 14-й дни. Однако большинство врачей «старого» и «нового света» было против широкого использования "хирургии дневного стационара" почти до 50-х годов (7, 12).

Меняться отношение в мировой врачебной практике к выполнению операций в амбулаторных условиях и с ранней выпиской из стационара стало во второй половине XX века. Впервые термин "однодневная хирургия" был применен в 1964 г. М. Лурье, который успешно использовал данную технологию в течение многих лет. Швейцарский ученый С. Мюллер в 1957 г. первым стал проводить флебэктомию по методике "хирургия одного дня" в амбулаторных условиях. По его мнению, амбулаторное хирургическое лечение варикозной болезни "безопасно, экономично, эстетично и радикально". Через 10 лет после С. Мюллера в США К. Дорнетт, оценив преимущества лечения пациентов по методике "хирургия дневного стационара", предложил открыть независимый центр амбулаторной хирургии. Данная концепция была реализована в 1970 г. докторами Ридом и Фордом. За пять последующих лет в центре было проведено почти 20000 плановых операций с благополучным исходом.

С середины 70-х и до конца 90-х годов прошлого столетия хирурги в корне меняют свое отношение к оперативному лечению пациентов в амбулаторных условиях и в стационарах с ранней выпиской. С накоплением опыта начинают явно вырисовываться преимущества практического внедрения "хирургии одного дня", где главное – это экономия финансовых средств, что наиболее актуально при бюджетном финансировании здравоохранения (13). Становится очевидным, что при широком использовании стационарсберегающей хирургии на национальном уровне освобождаются значительные средства, которые вполне могут быть направлены на дальнейшее финансирование хирургической службы (7, 12).

Страна	Годовая экономия.	Авторы.
Канада	2,29 млрд. долларов	D. Rich (2003)
США	2,7 млрд. долларов	Ph. Herman (2003)
Великобритания	1,5 млрд. ф.ст.	B. Lemb (2002)

По мнению многих исследователей «хирургия одного дня» имеет не только экономическую, но и практическую целесообразность и несет социальные выгоды. Техника проведения операций, позволяющая пациентам максимально быстро вернуться домой в знакомую обстановку, уменьшает риск инфицирования внутрибольничной инфекцией, пациенты попадают в знакомую для иммунной системы микробиологическую обстановку, сокращаются потери трудоспособности (8, 9, 10). Английские хирурги считают, что основное преимущество методики заключается в сокращении времени ожидания операций и освобождении мест в госпиталях для более серьезных больных. Медицинской комиссией Великобритании в 1990 г. предложено направлять средства, освобождающиеся при замене стационарного лечения на лечение в дневном стационаре, для создания новых центров "хирургии одного дня". Развитие хирургических технологий последние десятилетия, и это очевидно, направлено на минимизацию операционного воздействия на организм и снижение объема хирургического деструктивного влияния на ткани, что значительно уменьшает послеоперационный болевой период, величину кровопотери, объем послеоперационной лекарственной терапии и количество послеоперационных осложнений. В этой связи прогрессивно развивается эндоскопическая и лазерная хирургия, появляются новые методики диссекции тканей и методы гемостаза. Разработка и внедрение в практическую хирургию этих технологий в конечном итоге направлены на более раннюю послеоперационную реабилитацию больного и более быстрое возвращение пациента домой и к трудовой деятельности, что несомненно является ведущим фактором в оценке качества жизни человека в послеоперационном периоде (6, 12).

Со временем становится очевидно, что "хирургия одного дня" пользуется популярностью у "правильно" отобранных больных, для которых данный метод несет достаточно преимуществ. Главное здесь желание больного максимально

быстро вернуться к трудовой деятельности. В отчете Медицинской Комиссии Великобритании за 1991 г. назывались факторы, объясняющие причину одобрения пациентами операций в дневном стационаре. К ним относятся:

1. раннее возвращение домой;
2. более быстрое выздоровление в домашних условиях, отсутствие осложнений;
3. отсутствие необходимости в стационарном уходе.

В результате, по данным многих авторов, более 90% пациентов считают, что лучше оперироваться в дневном стационаре. А так как замена "хирургией дневного стационара" оперативного лечения в стационарных условиях снижает общие затраты в расчете на одного больного в целом до 50-60%, то вполне объясним энтузиазм страховых компаний в поддержке метода "хирургии одного дня" в США и Великобритании.

Однако не везде данный метод развивается одинаково быстро. В Германии "хирургия дневного стационара" появилась и стала использоваться после 1970 г., в Голландии - после 1990 г. Сейчас она широко внедряется в Бельгии, но до сих пор недостаточно представлена в Швейцарии, Восточной Европе, странах СНГ.

Причины, объясняющие разные степени развития «хирургии одного дня» или «хирургии краткосрочного пребывания», тем не менее, общие (1, 12). К этому склоняются практически все исследователи, среди них основными являются:

1. Механизм инвестирования здравоохранения. Рефинансирование по твердой смете не способствует развитию данной технологии, в то время как участие в финансировании страховых компаний является конкурентной движущей силой.
2. Отсутствие соответствующих законодательных актов, регламентирующих не только деятельность хирургов (увеличение нагрузки), но и перечень хирургических манипуляций, которые могут проводиться в амбулаторной практике и в стационарах с краткосрочным пребыванием пациентов.
3. Административно-организационный и субъективный фактор:
 - консерватизм хирургического мышления;
 - отсутствие инициативы на местах;
 - увеличение организационной нагрузки на местные органы руководства здравоохранением в период реорганизации.
 - «личная заинтересованность» врача в больном;
 - штатное нормирование и финансирование учреждения из расчета на «койку»;
 - отсутствие квалифицированных специалистов в амбулаторном звене;
 - значительная разница в оплате труда в экстренной или «большой хирургии» и малоинвазивной амбулаторно-плановой хирургии.

В настоящее время необходимость законодательных механизмов, регламентирующих деятельность хирургической службы в этом направлении, очевидна для хирургических ассоциаций США и Европы. Хирурги США более 30 лет назад начали первыми в мире активно привлекать органы государственной законодательной системы к участию в данном вопросе. В середине 70-х годов прошлого столетия они создают Федеральную ассоциацию амбулаторных хирургов, которая выступила инициатором законодательного регулирования деятельности амбулаторной хирургической службы и в октябре

1986 г. парламент США утвердил акт о качестве амбулаторной хирургической помощи. Специальный раздел в этом законе был посвящен модернизации финансирования и утверждал список операций примерно из 100 наименований, разрешенных к проведению в амбулаторных хирургических центрах. В результате количество операций, проводимых по методике "хирургия одного дня" выросло до 33%. Через пять лет в США работало уже 1250 хирургических центров, производящих амбулаторно 2,5 миллиона операций ежегодно. Служба здравоохранения Германии в начале 90-х годов прошлого века разработала и представила в правительство законодательный документ о деятельности амбулаторной хирургической помощи, который был утвержден в 1994 году. Об этом было доложено на III Международной конференции «Хирургия и экономическая эффективность», где были определены дальнейшие перспективы развития метода «хирургия дневного стационара» как плацдарма для внедрения малоинвазивной хирургии и проведения хирургического лечения в ФРГ, улучшающего «качество жизни» пациентов.

Первые сообщения в СССР о применении метода «хирургии одного дня» появились в 1963 г. Инициаторами стали хирурги Ленинграда, которые за 4 года в амбулаторных условиях выполнили 465 операций, они сообщили о хороших послеоперационных результатах, ни разу не наблюдая осложнения общего характера.

В 1987 г. приказом Минздрава СССР регламентирована деятельность дневных стационаров в поликлинике. В 1991 г. вопрос о расширении объема хирургической помощи на амбулаторном уровне рассматривался на коллегии министерства здравоохранения. В 1992 г. решением межрегионарной конференции врачей одобрено создание в Российской Федерации при крупных поликлиниках и медицинских объединениях центров амбулаторной хирургии с дневными и однодневными стационарами. Однако реорганизация данной службы в странах «ближнего зарубежья» до сих пор носит паллиативный характер. Между тем, именно малая травматичность, доступность, достижение быстрого результата стали основой для широкого распространения «хирургии одного дня» и вывели ее за рубежом в лидеры амбулаторной хирургической практики.

Очевидно, что объем научно-практических работ, касающихся проблемы стационарсберегающей, хирургии неуклонно растет. Публикации по вопросам организации медицинской помощи, издание справочной литературы и монографий с концентрацией проблем амбулаторной и стационарсберегающей хирургии отражают интерес специалистов и практические запросы в области поликлинической и стационарной службы. Анализ работы Центров амбулаторной хирургии, дневных стационаров, стационаров краткосрочного пребывания больных были посвящены 1, 2 и 3 съезды амбулаторных хирургов Российской Федерации (Санкт-Петербург, 2004, 2007 и 2009 гг.). В различных областях хирургии специалисты обращают внимание на возможности амбулаторного звена практической медицины. Так, амбулаторная проктологическая помощь была одним из основных вопросов работы Всероссийской конференции «Актуальные проблемы проктологии» (Санкт-

Петербург,1993). Онкологи успешно лечат в амбулаторных условиях базальноклеточный рак кожи, ортопеды-травматологи — контрактуру Дюпюитрена, используют чрескостный остеосинтез при переломах ключицы и другие вмешательства.

Материалы и методы.

Проведенный анализ литературных данных по структуре работы отделений или центров амбулаторной хирургии позволяет выделить несколько основных типов подобных организационных структур в мировой практике:

1. Интегрированный.
2. Автономный.
3. Сателитный.

Организационный тип.	Характеристика.
Интегрированный.	Работает на базе хирургического отделения стационара, используя его ресурсы.
Автономный.	Автономное отделение на территории стационара, физически связано с ним и является его частью, использует вспомогательные службы стационара.
Сателитный.	Обособленное расположение вне здания госпиталя, но на территории медицинского объединения.

Представленные в таблице характеристики "one day surgery" соответствуют опубликованным данным в 1987 г. Берриманом и в 1990 г. медицинской комиссией Великобритании. Выясняется, что в разных странах существует своя специфика организационных форм "хирургии дневного стационара". В Голландии, Англии все центры существуют на основе госпиталей. В США две трети работают в амбулаторных условиях самостоятельно. Оставшаяся часть (11%) - госпитальная собственность. В настоящее время в мировой практике получает широкое распространение прогрессивная форма организации медицинской помощи населению — «частичная госпитализация больных» или «полустационары», или «стационары с кратковременным пребыванием больных», занимающие промежуточное место между стационарами и амбулаторно-поликлиническими учреждениями.

В США центры амбулаторной хирургии по объему выполняемой работы и вида анестезиологического обеспечения делят на 3 категории, соответственно сертифицируемой деятельности (6):

Категория А – выполняются небольшие хирургические вмешательства под местной или регионарной анестезией с послеоперационным наблюдением до 3-х часов;

Категория В – выполняются операции под местной, регионарной анестезией и внутривенным наркозом с послеоперационным наблюдением пациентов до 8 часов;

Категория С – производятся хирургические вмешательства под местной, регионарной анестезией, внутривенным, масочным и эндотрахеальным наркозом с суточным наблюдением и пребыванием до 3-х суток.

Закономерно, что каждый вид организации центров "хирургии дневного стационара" имеет свои преимущества или недостатки. Распространение того или иного типа, очевидно, зависит от национального менталитета и особенностей организации хирургической помощи (б).

Для нашей республики вероятно в этом плане наиболее приемлем опыт организации стационарсберегающей хирургической помощи в РФ. В плане реализации ряда федеральных программ по реорганизации медицинской помощи на национальном уровне в России разработана «Концепция развития здравоохранения РФ», где одной из приоритетных задач является обеспечение максимальной доступности стационарной помощи населению за счет широкого внедрения в практику ресурсосберегающих стационарзамещающих технологий. Оказание данного вида медицинской помощи декларируется в приказе МЗ РФ № 2002/106 от 04.11.2002., где отмечено, что стационарзамещающая медицинская помощь – это форма организации медицинской помощи, при которой используется лечебная койка, но время нахождения на ней пациента ограничено и составляет от 3 часов до нескольких суток. За счет внедрения и развития данного направления в системе здравоохранения РФ планируется уменьшение фактической нагрузки на стационары до 20%.

В настоящий момент стационарзамещающая хирургическая помощь в РФ оказывается в дневных стационарах, центрах амбулаторной хирургии с дневным хирургическим стационаром, центрах хирургии с кратковременным круглосуточным стационаром, клиниках амбулаторной хирургии.

Дневные стационары общего профиля с хирургическими койками функционируют в поликлиниках. Там проходят лечение больные после небольших хирургических вмешательств с наблюдением до 3-х часов, а также пациенты, которым проводится консервативное лечение хирургической патологии, в основном это инфузионная терапия.

Центры амбулаторной хирургии с дневным хирургическим стационаром – это структурное подразделение лечебно-профилактического учреждения или самостоятельное учреждение, предназначенное для оказания хирургической помощи больным в расширенном объеме. В центрах проводятся оперативные вмешательства с послеоперационным досуточным наблюдением больных. Объем вмешательств МЗ РФ четко не регламентирован и зависит в основном от решения местных управлений здравоохранения. Как правило, там выполняются вмешательства, не требующие послеоперационной наркотической аналгезии, мониторинга основных жизненных функций организма в послеоперационном периоде, прогностически вероятность осложнений у пациентов сведена к минимуму. На койках дневного стационара центров амбулаторной хирургии также проходят консервативное лечение и реабилитацию пациенты с хирургической патологией не нуждающиеся в оперативном лечении или после стационарного периода.

Центры хирургии с кратковременным круглосуточным стационаром – структурное подразделение в составе лечебно-профилактического учреждения или функционирующее автономно, предназначено для оказания квалифицированной и специализированной помощи больным хирургического профиля в расширенном объеме. В центре обеспечивается послеоперационное наблюдение больных врачебным и сестринским персоналом от 1 до 3-х суток. Фактически до 90% общехирургической плановой патологии на современном этапе может быть прооперировано в подобных условиях. Мало того при невозможности пациента по состоянию здоровья или социальным показаниям через 3 суток посещать поликлинику после выписки возможно создание патронажной бригады с включением в ее состав сестры и врача-хирурга для обеспечения обслуживания больных на дому.

Клиника амбулаторной хирургии организовывается и работает при кафедре амбулаторной хирургии медицинского высшего учебного заведения и имеет в своем составе специализированное хирургическое отделение со стационаром круглосуточного пребывания. Помимо лечебных функций, присущих центру амбулаторной хирургии с круглосуточным стационаром, в функции клиники амбулаторной хирургии входит научная разработка актуальных проблем амбулаторной и малоинвазивной хирургии, внедрение новых методик оперативного лечения, обучение студентов, повышение квалификации для персонала амбулаторного звена (6).

Ряд центров амбулаторной хирургии в РФ и за рубежом помимо общехирургических вмешательств выполняют операции на опорно-двигательном аппарате, генитальной сфере у мужчин и женщин, на ЛОР органах, для чего вводят в свой штат 1-2 должности специалиста соответствующего профиля (15). В нашей стране на сегодня созданы все условия для реорганизации хирургической помощи с внедрением стационарзамещающих технологий. Очевидно, что назрела необходимость в многоплановой и разносторонней оценке опыта работы амбулаторно ориентированных хирургических стационаров в странах ближнего и дальнего зарубежья, данное направление требует широкого практического внедрения в нашей стране и научного обоснования объема и особенностей операций, выполняемых в таких условиях.

Результаты и обсуждение.

С учетом опыта работы российских центров амбулаторной и малоинвазивной хирургии, а также анализа потребности населения в оказании плановой хирургической помощи на базе 11 ГКБ г. Минска в январе 2008 года созданы 15 коек так называемой «хирургии одного дня». С 2009 года отделению придан статус городского центра – «Городской центр амбулаторной и малоинвазивной хирургии». В концепцию создания центра закладывались следующие принципы:

1. Функционирования коечного фонда развернуть на базе стационара
2. Территориальная и транспортная доступность населения.
3. Многопрофильность оказания хирургической помощи.

Реализация выдвинутой концепции являлась приоритетной задачей и заключалась в организации следующих структур:

1. Консультативно-диагностический кабинет.

2. Лечебный блок:

- а) операционные на 2 стола, перевязочный и процедурный кабинет;
- б) многопрофильный хирургический стационар на 15 коек;
- в) анестезиологическая и реанимационная служба (1 должность врача);
- г) хирургическая служба (3 должности врача), хирургическая патронажная служба (0,75 должности врача).

При создании центра использовалась существующая нормативная база правовой документации, позволяющая адекватно выполнять поставленные перед коллективом задачи:

1. Приказ Комета по здравоохранению Мингорисполкома № 483 от 05.08.2004 «Об организации хирургических коек краткосрочного пребывания»
 2. Приказ Комета по здравоохранению Мингорисполкома № 2 от 05.01.2008 «О создании городского центра амбулаторной и малоинвазивной хирургии».
 3. Положение о городском центре «Центр амбулаторной и малоинвазивной хирургии».
 4. Приказ Министерства здравоохранения РБ № 562 от 04.07.2007 «Об организации медицинской помощи больным с хирургическими заболеваниями в амбулаторных условиях и по технологии «хирургии одного дня».
 5. Решение ЛКС Министерства здравоохранения РБ № 8 от 09.09.2008 г.
 6. Модель конечных результатов деятельности УЗ подчиненных комитету по здравоохранению с 2007 года.
 7. Итоговая резолюция научно-практического семинара под эгидой МЗ РБ и БелМАПО «Вопросы амбулаторной хирургии» (11 февраля 2009 г. БелМАПО).
- Минский городской центр амбулаторной и малоинвазивной хирургии обслуживает 8 поликлиник г. Минска, которые располагаются по одному транспортному направлению. В центре оказывается плановая помощь по широкому спектру общехирургических нозологий. Алгоритм работы с пациентами построен следующим образом – врач-хирург поликлиники направляет пациента с установленным диагнозом на прием в центр, пациент осматривается хирургом и анестезиологом, определяется объем операции, вид анестезиологического пособия, дата операции, лист ожидания в центре не превышает 3-х рабочих дней, предоперационную подготовку ЖКТ и операционного поля пациент выполняет дома, согласно выданной хирургом инструкции. Операция выполняется в день госпитализации.
- За 2 года работы центр амбулаторной и малоинвазивной хирургии добился значительных успехов, выполнено 1938 операций со средним днем пребывания пациента в стационаре 2,2 дня.

Перечень оперативных вмешательств, выполненных в городском центре амбулаторной и малоинвазивной хирургии за 2008-2009 г.

Оперативные вмешательства	2008 г.	2009 г.	Всего.
Доброкачественные новообразования мягких тканей.	229	567	796
Варикозное расширение вен.	94	101	195
Проктологические заболевания.	38	46	84
Грыжи живота.	222	232	454
Удаление вросшего ногтя.	35	12	47
Эндоскопическая полипэктомия.	11	6	17
Лапароскопическая фундопликация.	1	3	4
Лапароскопическая холецистэктомия.	146	167	313
Лапароскопическая герниопластика.	-	19	19
Прочие.	-	9	9
Всего	776	1162	1938
Средний койко/день	2,2		

Применение современных малоинвазивных методик лечения и описанной формы организации лечебного процесса позволила уменьшить сроки госпитализации пациентов с общехирургической патологией примерно в 2,5 раза в сравнении с общереспубликанскими показателями и в перерасчете на 1000 пациентов получить экономический эффект почти в 800 млн. белорусских рублей (17).

Выводы:

1. Центр амбулаторной и малоинвазивной хирургии является эффективной организационной структурой, позволяющей оказывать квалифицированную помощь больным хирургического профиля и давать значимый экономический эффект.
2. Вопросы организации современных структур амбулаторной и малоинвазивной хирургии в нашей республике, особенностей проведения оперативных вмешательств в этих условиях, ведения больных в послеоперационном периоде, социальная и экономическая значимость реформирования амбулаторной службы в целом и многочисленные аспекты стационарзаменяющей хирургии являются актуальными для научной медицины и практического здравоохранения, и требуют дальнейшего изучения, как в научном, так и в практическом плане.

Литература

1. Абдулжалилов, М. К. Недостатки в организации амбулаторно-поликлинической хирургической службы / М. К. Абдулжалилов, М. Н. Азизов // Амбулаторная хирургия. Стационарзамещающие технологии. 2009. № 3–4. С. 8–9.
2. Адамян, А. А. Особенности хирургического лечения в центре амбулаторной хирургии / А. А. Адамян, Р. Х. Магомадов, А. А. Кутин // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2007. № 1. С. 80–83.

- 3.Алекперова, Т. А. Алгоритм амбулаторной флебологической практики: роль и место фармакотерапии / Т. А. Алекперова // *Consilium medicum*. 2006. № 4. С. 2.
- 4.Амбулаторная хирургия: справочник практ. врача / под ред. В. В. Гриценко. СПб.: Издательский дом «Нева», 2002. С. 121–125.
- 5.Бауэр, В. А. Хирургическое лечение липом в условиях отделения амбулаторной хирургии / В. А. Бауэр, А. Л. Волнин // *Амбулаторная хирургия. Стационарзамещающие технологии*. М., 2008. № 2. С. 7–9.
- 6.Воробьев, В. В. Стационарзамещающая медицинская помощь в хирургии / В. В. Воробьев // *Амбулаторная хирургия. Стационарзамещающие технологии*. М., 2009. № 3–4. С. 6–8.
- 7.Градусов, Е. Г. 100 лет прошло: вопрос – кто же такой амбулаторный хирург – остался / Е. Г. Градусов, Л. М. Клименченко // *Амбулаторная хирургия. Стационарзамещающие технологии*. М., 2009. № 3–4. С. 57–59.
- 8.Гучев, И. А. Рациональная антимикробная химиотерапия инфекций кожи и мягких тканей / И. А. Гучев, С. В. Сидоренко, В. Н. Французов // *Антибиотики и химиотерапия*. 2003. Т. 48, № 10. С. 25–31.2.
- 9.Ефименко, Н. А. Инфекции в хирургии. Фармакотерапия и профилактика: монография / Н. А. Ефименко, И. А. Гучев, С. В. Сидоренко. Смоленск, 2004. 296 с.
- 10.Кашеев, В. И. Клинико-поликлинические аспекты хирургического лечения больных пожилого возраста / В. И. Кашеев // *Клиническая геронтология*. М., 2002. Т. 8, № 8. С. 70–71.
- 11.Кутин, А. А. Опыт лечения больных с хирургической инфекцией в условиях центра амбулаторной хирургии / А. А. Кутин, Н. И. Мосиенко // *Амбулаторная хирургия. Стационарзамещающие технологии*. 2001. № 3. С. 26–28.
- 12.Лебедев, Н. Н. Стационарзамещающие технологии в поликлинических условиях – реальность и перспективы / Н. Н. Лебедев, А. Н. Шихметов, С. И. Воротницкий // *Амбулаторная хирургия. Стационарзамещающие технологии*. М., 2007. № 2. С. 3–4.
- 13.Мосиенко, Н. И. Медицинская и экономическая эффективность работы центра амбулаторной хирургии / Н. И. Мосиенко, А. А. Кутин, Р. Х. Магомадов // *Российский медицинский журнал*. М., 2001. № 5. С. 9–11.
- 14.Мосиенко, Н. И. Лечение грыж живота в амбулаторных условиях / Н. И. Мосиенко, С. С. Наумов, Р. Х. Магомадов // *Российский медицинский журнал*. М., 2005. № 6. С. 12–15.
- 15.Раннев, И. Б. Анализ работы амбулаторных хирургических отделений и перспектива их развития / И. Б. Раннев // *Здравоохранение*. М., 2005. № 11. С. 36–40.
- 16.Шахрай, С. В. Организационные аспекты работы городского центра амбулаторной хирургии / С. В. Шахрай, Ю. М. Гаин // *Амбулаторная хирургия. Стационарзамещающие технологии*. 2009. № 3–4. С. 20.
- 17.Шляпников, С. А. Хирургические инфекции мягких тканей – проблема адекватной антибиотикотерапии / С. А. Шляпников, Н. Р. Насер // *Антибиотики и химиотерапия*. 2003. Т. 48, № 7. С. 44–48.