

Г л а в а XX

ОРГАНИЗАЦИЯ И РАБОТА ЦЕНТРОВ РЕАНИМАЦИИ И ВЫЕЗДНЫХ БРИГАД

Каждый крупный населенный пункт должен иметь учреждения, оснащенные и подготовленные к оказанию своевременной и квалифицированной помощи больным, находящимся в терминальном состоянии. Безусловно должны учитываться особенности, размеры населенного пункта и специфические условия района (шахты, крупные промышленные объекты, стройки и т. д.).

В настоящее время накоплен опыт по лечению терминальных состояний в условиях как крупных городов (Москва, Ленинград), так и городов республиканского, областного масштаба (Рига, Каунас, Тбилиси, Казань, Воронеж, Воркута и др.).

Исходя из опыта лечения терминальных состояний в Москве, можно предложить следующую структуру организации центров реанимации, которая может быть изменена в соответствии с местными условиями. В крупных городах помочь больным, находящимся в терминальном состоянии, следует оказывать в несколько этапов.

а) Для оказания первой помощи больным на месте происшествия (дома, на улице, производстве, в учреждении и т. д.) должны быть созданы специально оборудованные машины, например автобус типа РАФ-977, оснащенный в виде операционной. Такие машины могут быть общего профиля (оказывать помощь при всех видах патологии) или специализированные (отдельно машина по лечению больных с отравлениями, инфарктами, травматическим шоком, нарушениями мозгового кровообращения и т. д.).

б) Для стационарного лечения этих больных следует организовать центры реанимации общего профиля (один или несколько в зависимости от численности населения и протяженности города или промышленного объекта). Они должны располагаться на базе отделений неотложной хирургии или травматологии в многопрофильных больницах. Один из этих центров должен быть методическим, возглавляющим всю работу в городе.

в) В составе методического центра реанимации желательно иметь выездные бригады для оказания помощи больным в терминальном состоянии в стационарах города различного профиля. Желательно иметь: 1) специальную бригаду (врач и фельдшер) для обслуживания вызовов из родильных домов, гинекологических стационаров; 2) выездную бригаду для обслуживания стационаров любого другого профиля; 3) анестезиологическую бригаду (врач-анестезиолог и фельдшер-анестезист), работающую на базе стационарного центра реанимации круглосуточно и выезжающую в случае необходимости срочного оперативного вмешательства с акушерской выездной бригадой или выездной бригадой общего профиля.

г) Для оказания более квалифицированной стационарной помощи желательно также создание специализированных центров реанимации (респираторный, для лечения больных с нарушениями дыхания, для лечения отравлений, детский).

В городах с меньшим количеством населения не обязательно, а часто и не нужно создавать такое количество центров. Необходимо иметь 1—2 специализированные машины скорой помощи, один стационарный центр, одну выездную бригаду в составе его для оказания помощи в стационарах. В небольших городах и промышленных поселках несомненную пользу приносит даже организация одной специализированной машины скорой помощи, оказывающей как первую помощь на месте происшествия, так и выезжающей в стационары любого профиля. При отсутствии специализированной машины медицинское пособие при терминальных состояниях в определенном объеме может быть оказано обычной выездной бригадой, работающей на линейной машине.

Специализированные машины скорой помощи. Чтобы было возможно оказать на месте происшествия квалифицированную первую помощь больным, находящимся в терминальном состоянии, медицинская бригада специализированной машины должна состоять из врача и двух фельдшеров. В состав персонала машины по лечению терминальных состояний при инфарктах входит также лаборант для выполнения срочных лабораторных исследований по определению состояния свертывающей системы крови.

Прежде чем приступить к работе, врачи и фельдшера проходят специальную теоретическую и практическую подготовку по лечению

терминальных состояний в соответствующих клиниках, стационарных центрах реанимации. Методика артерио- и венесекции, трахеостомии, интубации, непрямого и прямого массажа сердца может также быть отработана в морге на трупах.

Основное назначение спецмашины — вывести больного из критического состояния и доставить в стационарный центр реанимации для дальнейшего лечения. Если такого центра в городе нет или он расположжен далеко, то в задачу медицинской бригады специализированной машины входит и дальнейшее лечение такого больного в условиях обычного стационара. Поэтому в машине должно быть все необходимое для этого.

Оборудование и оснащение специализированной машины:

1. Портативный наркозный аппарат АН-8 с баллонами с кислородом и закисью азота емкостью 1 л.
2. Наркозный аппарат АН-8, приспособленный для использования в санитарной машине, соединенный специальными шлангами с баллонами кислорода и закиси азота на 10 л.
3. Дефибриллятор импульсный с набором электродов.
4. Кислородный ингалятор КИ-ЗМ.
5. Аппарат искусственного дыхания ДП-2.
6. Электрокардиограф одноканальный, чернильнопишущий
7. Сфигмоманометр.
8. Складной щит для транспортировки больных с переломами таза и позвоночника.
9. Набор транспортных шин: шина Дитерихса — 1, шины Крамера — 6.
10. Ящик с медикаментами, в котором имеются:

Набор нестерильных инструментов (роторасширитель, языкодержатель, ножницы, шпатель, скальпель, пинцеты)	1
Жгут кровоостанавливающий	1
Катетер резиновый стерильный в футляре	1
Шприц 20 мл стерильный в стерилизаторе	1
Шприц 2 мл стерильный в футляре со спиртом	1
Скобки Мишеля во флаконе со спиртом	10
Мензурка	1
Термометр медицинский	1
Стетофонендоскоп	1
Пипетка	1
Полотенце	1
Мешочек с ватой	1

11. Ящик с ампулированными препаратами: морфин, пантопон, промедол, атропин, папаверин, диафиллин, эуфиллин, мезатон, эфедрин, кофеин, кордиамин, камфора, стрихнин, коргликон, строфантин, лобелин, амилнитрит, аминазин, адреналин, норадреналин, АКТГ, гидрокортизон, инсулин, витамины С и В₁, глюкоза, глюконат кальция, физиологический раствор, растворы новокаина 0,5 и 2%, новокаинамид, противостолбнячная сыворотка.

Стерильный перевязочный материал:

Спирт 96°	80 мл
Спирт нашатырный	80 »

Перекись водорода	80 мл
Противоожоговая жидкость Смагиной 80 »	
Эфир	50 »
Нитроглицерин, валидол	
Стрептоцид в порошке	5 г
Гиперманганат калия	2 »
Вазелиновое масло	50 мл
Настойка йода	20 »

12. Сумка брезентовая со следующим содержимым: простыни нестерильные — 2; одеяла байковые — 2; простыни стерильные в упаковке — 1; зонд желудочный с воронкой — 1; фартук пластиковый — 1.

13. Бикс со стерильным материалом: простыни — 2; халаты хирургические — 2; полотенца вафельные — 2.

14. Укладка стерильная № 1 с набором инструментов для торакотомии: полотенце вафельное — 1; нож анатомический брюшный — 1; скальпель — 1; зонд желобчатый — 1; ножницы Купера — 1; длинные ножницы Купера — 1; ножницы прямые длинные — 1; ножницы обыкновенные — 1; ранорасширителей общехирургический — 1; реберные кусачки — 1; зажимы кровоостанавливающие прямые — 9, изогнутые — 9; пинцет хирургический 25 см — 1; пинцет хирургический обыкновенный — 2; пинцет анатомический 25 см — 1; пинцет анатомический обыкновенный — 2; иглодержатель Гегара — 2; иглы Дешана — 2; цапки для белья — 5; крючки острые — 2.

15. Укладка стерильная № 3 с набором инструментов для трахеостомии: полотенце вафельное — 1; скальпель — 2; ножницы Купера — 1; зажимы кровоостанавливающие изогнутые — 8; пинцеты хирургические — 2; пинцеты анатомические — 2; иглодержатель Гегара — 2; крючки острые — 2; крючки тупые — 2; расширитель Трусско — 1; острые однозубые крючки — 2; трахеотомические трубы — 4.

16. Ящик специального набора: ларингоскоп с 3 клинками; набор интубационных трубок; воздуховод для проведения искусственного дыхания изо рта в рот; система для внутриартериального нагнетания; система для внутривенного капельного вливания; баллон Ричардсона с манометром; иглы для флаконов с полиглюкином стерильные; иглы длинные стерильные для новокаиновых блокад, шприц 20 мл стерильный; шприц 5 мл стерильный; шприц 10 мл стерильный; иглы хирургические в спирту; перчатки хирургические стерильные.

Набор нестерильных инструментов: пинцеты; корнцанг; кровоостанавливающие зажимы; спирт 96°—100 мл; настойка йода — 30 мл; салфетки марлевые стерильные большие и малые; раствор новокаина 2% — 10 ампул; раствор новокаина в ампулах — 0,5% по 5—20 ампул; шелк и кетгут в ампулах; раствор Вишневского стерильный во флаконах — 400 мл; новокаин 0,5% во флаконах — 200 мл; новокаин 1% стерильный во флаконах — 100 мл.

17. Полиглюкин во флаконах.

18. Противошоковая жидкость ЦОЛИПК — 5—800 мл.

19. Тазик — 1.

20. Фонарь аккумуляторный — 1.

21. Набор для определения протромбинового индекса крови.

22. Ящик с антидотными препаратами: антарсин, амилнитрит, антидот Стрижевского, мегимид, метиленовая синь, тиосульфат натрия, унитиол, дикантол и т. д. В этом ящике находятся также ампулы с раствором атропина 0,1%.

Удобное и компактное расположение оборудования и аппаратуры позволяет проводить в машине все мероприятия, направленные на выведение из терминального состояния (рис. 50). Эти машины, снабжен-

ные сиреной и радиофицированные, обладают большой скоростью и маневренностью.

Машины и бригады входят в состав специализированных или обычных подстанций скорой медицинской помощи, располагаются на их территории и подчинены в административном отношении непосредственно заведующему подстанцией. Возможен и другой вариант — расположение на базе городского стационарного центра реанимации:

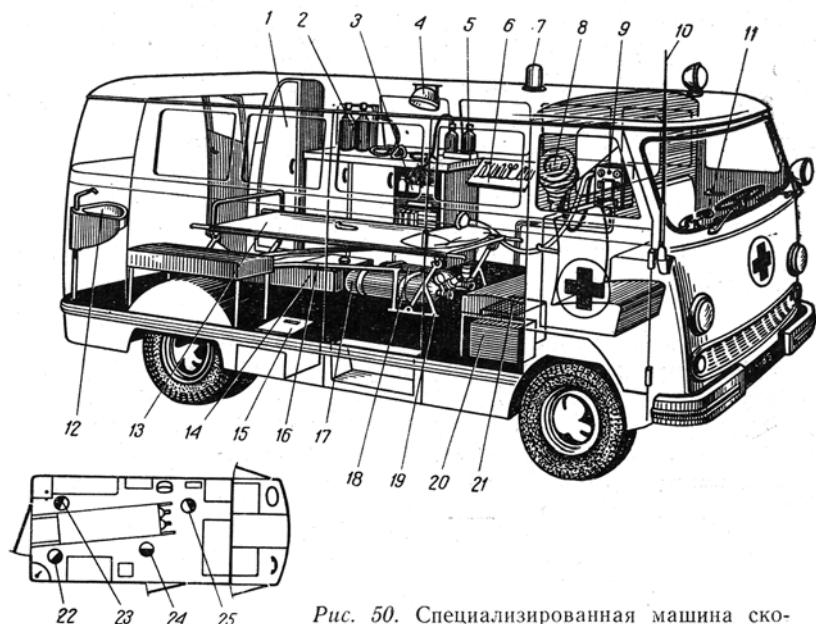


Рис. 50. Специализированная машина скорой помощи.

1 — шкафчик для шин; 2 — автомат для искусственного дыхания ДП-2; 3 — шкафчик для медикаментов; 4 — операционная лампа; 5 — установка для переливания полиглюкина; 6 — конверт с инструментами; 7 — мигающий прожектор; 8 — бачок для стерильных материалов; 9 — наркозный аппарат АН-8; 10 — прожектор; 11 — радиотелефон; 12 — умывальник; 13 — носилки; 14 — водяной кран; 15 — мусорник; 16 — направляющая штанга; 17 — кислородный баллон; 18 — баллон для закиси азота; 19 — самоподнимающееся устройство; 20 — рация; 21 — дефибриллятор; 22 — рабочее место санитара; 23 — рабочее место фельдшера; 24 — рабочее место хирурга; 25 — рабочее место анестиолога.

Как показал опыт работы специализированной подстанции в Москве, наиболее частыми причинами развития терминальных состояний являются: коллапс и остановка сердца при острой сердечно-сосудистой недостаточности, включая инфаркт миокарда, отравления различными ядами, нарушения мозгового кровообращения, травматический шок, кровопотеря, коллапсы различного происхождения.

Центры реанимации общего профиля. Важнейшим фактором, дающим возможность спасти умирающего больного, является правильная организация работы центра реанимации. Структура и работа такого отделения резко отличаются от структуры и работы любого клинического отделения больницы.

В настоящее время такие отделения или центры реанимации организованы при ряде крупных медицинских учреждений как в нашей стране, так и за рубежом. В них оказывают помощь наиболее тяжело больным с различными заболеваниями. Некоторые центры специализируются по оказанию помощи определенным группам больных (детский, по лечению отравлений, респираторных больных и т. д.).

Мы здесь коснемся организации центра реанимации общего профиля, куда поступают травматологические, хирургические, терапевтические больные, а также больные гинекологические и неврологические. Основной задачей общесоматических центров реанимации является не только выведение из терминальных состояний больных, доставляемых врачами скорой помощи, но и дальнейшее их лечение, до тех пор, пока их можно будет перевести на долечивание в отделения по профилю.

Мы считаем целесообразным создание таких центров при крупных многопрофильных медицинских учреждениях, так как лечение этих больных требует привлечения квалифицированных врачей различных специальностей.

В Москве клинические реаниматологические отделения расположены в отделении неотложной хирургии Московской клинической ордена Ленина больницы имени С. П. Боткина и в 4-й Городской клинической больнице и работают под руководством Лаборатории экспериментальной физиологии по оживлению организма АМН СССР (зав.—проф. В. А. Неговский).

В настоящее время созданы также центры реанимации общего профиля при Институте неотложной помощи имени И. И. Джанелидзе (Ленинград), при кафедре военно-полевой хирургии ВМОЛА имени С. М. Кирова (Ленинград), областной клинической больнице имени П. Страдыня (Рига), открыт центр по лечению отравлений при институте неотложной помощи имени Н. В. Склифосовского (Москва), детский центр по реанимации в больнице имени Н. Ф. Филатова (Москва) и др.

В СССР отмечается неуклонный рост количества центров реанимации: в 1961 г. их было 40, в 1962 г. — 70, в 1963 г. — 84, а в 1964 г. — 92.

Так как больные, поступающие в центры реанимации, очень часто нуждаются в срочном оперативном пособии, то эти центры должны располагаться на базе отделений неотложной хирургии и травматологии в непосредственной близости от приемного отделения. Если послед-

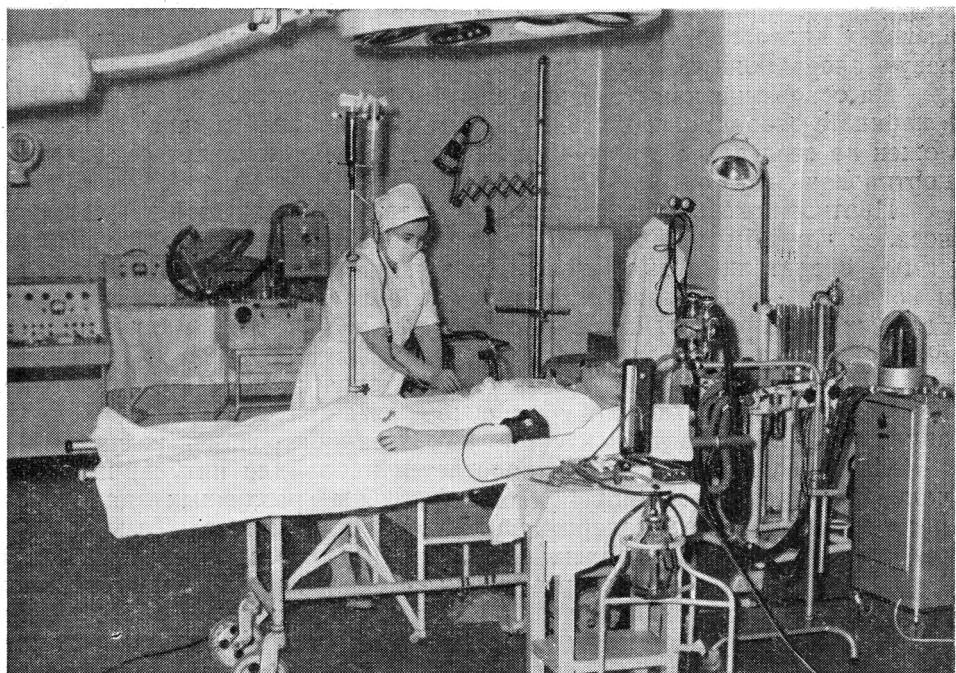


Рис. 51. Общий вид реанимационного кабинета Московской клинической ордена Ленина больницы имени С. П. Боткина.

нее невозможно по условиям данной больницы, то нужно организовать доставку тяжелобольных непосредственно в отделение реанимации, минуя приемное отделение.

Центр реанимации должен включать реанимационный (противошоковый) кабинет — операционную, отделение реанимации — палаты для последующего ведения больных, выведенных из терминального состояния (палаты «интенсивной терапии»), которых еще нельзя перевести в общие отделения, специализированную биохимическую лабораторию, выездные бригады.

Реанимационный противошоковый кабинет. Реанимационный кабинет (рис. 51) должен находиться в одном блоке с операционной неотложной хирургии. Это комната площадью 40—50 м², оборудованная всем необходимым для оказания всесторонней помощи больному и его обследования. Поэтому в ней необходимо иметь баллоны с кислородом, электрические отсосы. Желательно также иметь централизованную

разводку кислорода, закиси азота, вакуума. Нужно также иметь беспроводную операционную лампу и боковые передвижные светильники.

На основании нашего опыта мы не считаем целесообразным иметь в кабинете операционный стол, так как, если больной может быть перенесен на стол для оперативного вмешательства, он может быть транспортирован и в операционную.

Противошоковый центр должен иметь запас щитовых (жестких) носилок для обмена их со скорой медицинской помощью. Все необходимые оперативные вмешательства, начиная с небольших обработок и кончая обширными полостными операциями у наиболее тяжелых больных, мы производим на щитовых каталках в реанимационном кабинете. Эта тактика полностью себя оправдала.

В кабинете размещаются различная аппаратура и оборудование, необходимые для оказания экстренной помощи больным: наркозный аппарат, 2—3 аппарата искусственного дыхания различных систем.

На отдельном столике располагается набор для интубации, включающий: ларингоскоп, интубационные трубки различных диаметров, роторасширитель, языководержатель, воздуховод, катетер Тимона для отсасывания слизи из трахеи, сухой шприц для раздувания манжетки.

На специальном столе размещены стерильные инструменты для производства экстренных операций. На другом столе расположены всегда в определенном порядке стерильные наборы для трахеостомии, внутриартериального нагнетания крови, для открытого массажа сердца.

На отдельном столике расположен лоток с крышкой, заполненный стерилизующим «тройным» раствором, в котором постоянно находятся шприцы и иглы к ним, электроды дефибриллятора и кардиостимулятора, зонды для катетеризации сосудов, применяемые, в частности, при операции замещения крови, и режущие инструменты. В помещении реанимационного блока в специальном шкафу хранятся интубационные трубки и запасные ларингоскопы, трахеотомические канюли и манжетки к ним, катетеры для отсасывания слизи из трахеи, «искусственный нос», шланги к баллонам и дыхательным аппаратам, редукторы, тонометры и аппараты для определения венозного давления.

В другом шкафу расположены все необходимые медикаменты и растворы, в том числе дистиллированная вода для экстренного приготовления растворов.

Здесь же находится холодильник, где хранятся ампулы с донорской кровью и плазмозаменителями, стандартные сыворотки для определения группы крови. В специальных стойках укрепляются бинты со стерильным материалом и бельем.

Необходимо иметь штативы (2—3) для укрепления ампул при трансфузиях. На одном из штативов должны находиться две ампулы, заполненные 5% глюкозой или раствором Рингера — Локка, всегда

готовые для немедленного внутривенного введения или внутриартериального нагнетания.

В реанимационном кабинете, постреанимационной палате или в специальном помещении, примыкающем к ним, находятся аппараты, необходимые для обследования больных: электрокардиограф с чернильной записью, кардиостимулятор, дефибриллятор, электроэнцефалограф, передвижные рентгеновские аппараты, оксигемограф или оксигемометр, электротермометр, карбометр, волюметр и т. д.

В помещении лаборатории, расположенной в этом же корпусе, должны находиться центрифуга для отделения плазмы крови и определения гематокрита, флауконы с разведенным медным купоросом для определения удельного веса крови.

Помимо обычных медикаментов, необходимых в условиях операционной, в противошоковом кабинете необходимо иметь следующие медикаменты: 1) преднизолон для внутривенного введения; 2) гидрокортизон; 3) аминазин; 4) супрастин; 5) релаксанты короткого и длительного действия; 6) тиопентал; 7) закись азота; 8) строфантин; 9) корглюкон; 10) диафилин; 11) норадреналин; 12) мезатон; 13) арфонад; 14) мочевину; 15) атропин в больших количествах; 16) бикарбонат натрия в виде сухого вещества, разведенного по 2 г для срочного приготовления 4% раствора; 17) гемостатические препараты; 18) сыворотки противостолбнячные и противогангренозные; 19) раствор альбуцида 30%.

Больные находятся в реанимационном кабинете до стабильного улучшения их состояния, когда перевод в палату уже не представляет опасности. Для обслуживания этого кабинета необходимо круглосуточное дежурство врача-реаниматора и медицинской сестры. При необходимости на помощь им приходит вся дежурная бригада отделения неотложной хирургии и анестезиологическая группа. В свободное время им также помогают реаниматоры, врач и сестра.

Палаты для лечения больных, выведенных из терминального состояния. Эти палаты (рис. 52) должны располагаться вблизи противошокового кабинета и также быть оборудованы централизованной подводкой кислорода и вакуумной установкой или снабжены баллонами с кислородом и электроотсосами. Нам не представляется целесообразным помещать в палату более 2 больных, так как это резко затрудняет уход и наблюдение за ними. В палатах ставят функциональные кровати с подставками (колесами) для более легкого их передвижения. На кровати кладут специальный матрац с перемежающимся давлением и предохраняющий больных от пролежней вследствие переменного повышения и понижения давления в различных секциях его.

В палатах размещают респираторы, способные в течение длительного времени осуществлять искусственное дыхание (лучше регулируе-

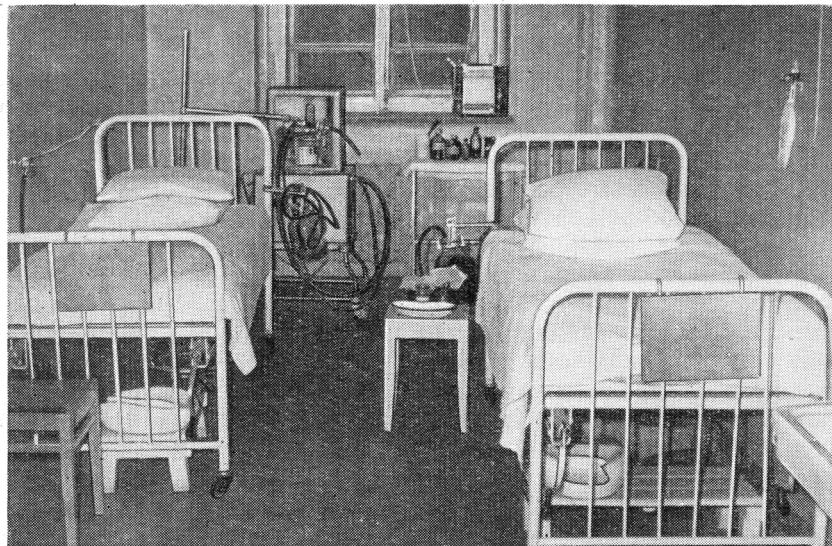


Рис. 52. Общий вид реанимационной палаты в Московской клинической ордена Ленина больнице имени С. П. Боткина.

мые по объему и частоте). На специальных столиках или тумбочках находятся приспособления и растворы, необходимые для ухода за трахеостомированными больными (см. соответствующий раздел).

Для обслуживания больных, находящихся в этих палатах, необходимо круглосуточное дежурство специально обученных сестер, знающих специфику ухода за больными, перенесшими терминальные состояния, и умеющих обращаться со специальной лечебной (аппараты для искусственного дыхания) и диагностической аппаратурой. Каждая сестра может обслуживать не более 3—4 таких больных. Желательно иметь и дежурящего круглосуточно лаборанта.

В случае внезапного ухудшения состояния больного сестра специальным сигналом вызывает реаниматора из противошокового кабинета или ординаторской. В ночное время этих больных обслуживает дежурный реаниматор из противошокового кабинета. Днем их ведет специально выделенный врач-реаниматор.

Таким образом, для обслуживания такого стационарного центра реанимации необходимо 5,5 врачебных, 9 сестринских и 4,5 лаборантских единицы. Иногда, при большем количестве коек в стационаре, требуется дополнительный сестринский пост. Такое большое количество

обслуживающего персонала необходимо в связи с тем, что для последующего успешного лечения больных, выведенных из терминального состояния, как правило, в течение нескольких дней нужно искусственно поддерживать почти все функции организма. Эти больные, как правило, нуждаются в начале в парентеральном питании, затем нередко в зондовом. У них в течение нескольких дней продолжают непрерывные капельные вливания в вену. Очень часто проводят длительное искусственное дыхание, требующее постоянного, неотступного наблюдения за режимом работы аппарата, состоянием больного. У них часто производится трахеостомия и они нуждаются в систематическом уходе за трахеобронхиальным деревом. Для профилактики пролежней требуются тщательный уход за кожей и частые повороты больных (если к этому нет противопоказаний) и т. д.

В таких палатах больные находятся до полного выведения их из тяжелого состояния, стабильного исчезновения всех признаков сердечной, сосудистой и дыхательной недостаточности.

Желательно размещение вблизи центра реанимации лаборатории «искусственная почка», физиологической и биохимической лабораторий; целесообразно также иметь наготове перфузионные аппараты.

Вся терапия должна проводиться с учетом мероприятий, проведенных врачом «скорой помощи» на месте происшествия и во время транспортировки больного. При решении вопросов диагностики, особенно у больных в коматозном состоянии (отравление, нарушение мозгового кровообращения и т. д.), очень важен анамнез, собранный работниками «скорой помощи» у родственников, соседей больного и т. д., а также данные осмотра помещения, где найден больной (наличие возле постели медикаментов, обертки от снотворных или наркотиков, рвотные массы и т. д.). Все эти данные значительно облегчают постановку правильного диагноза, а следовательно, и применение как можно быстрее соответствующей терапии.

Реаниматор в первую очередь должен иметь хирургическую подготовку, быть хорошо знакомым с анестезиологией, достаточно компетентным в вопросах патофизиологии и терапии терминальных состояний. Подготовка таких кадров представляет определенные трудности и практически пока не налажена. Правда, в последние годы на кафедре анестезиологии ЦИУ в Москве стали проводиться совместно с Лабораторией по оживлению организма АМН СССР циклы по подготовке реаниматоров из анестезиологов.

Огромная ответственность при лечении больных, находящихся в терминальном состоянии, возлагается на весь медицинский персонал. Это заставляет не только с большой тщательностью подбирать кадры, но и заботиться о постоянном повышении квалификации реаниматоров и сестер.

Кроме того, успех во многом зависит от самоотверженности всех работников центра, их сплоченности в работе и умения в любых обстоятельствах не поддаваться панике, правильно организовать весь лечебный процесс, начиная от момента поступления больного.

Кроме лечения больных, поступающих в центр реанимации, дежурный персонал центра оказывает помощь больным, находящимся в терминальном состоянии в других отделениях и операционных больницы. При вызовах из других отделений бригада берет с собой необходимые инструменты, наборы и аппараты в специально укомплектованных укладках.

Сложная работа по выведению больных из терминального состояния требует тщательной документации. Каждого больного, поступающего в реанимационный кабинет, регистрируют в специальном журнале, где отмечают фамилию, имя, отчество, возраст, номер истории болезни, диагноз, стадию и вид терминального состояния, проведенные мероприятия и исход.

Кроме того, имеется журнал для больных, поступающих в палаты, где, помимо паспортных данных и диагноза, ежедневно отмечают назначения данному больному с точным указанием времени их выполнения.

Помимо истории болезни, на каждого больного заполняют специальную карту, разработанную в Лаборатории экспериментальной физиологии по оживлению организма АМН СССР.

МОСКОВСКАЯ ГОРОДСКАЯ ОРДЕНА ЛЕНИНА КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
ИМЕНИ С. П. БОТКИНА

КАРТА ЛЕЧЕНИЯ ШОКА И ТЕРМИНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ

История болезни №

1. Фамилия, имя, отчество
2. Возраст
3. Адрес
4. Дата поступления
5. Дата выписки Исход
6. Характер и время травмы
7. Время вызова «Скорой помощи», ее мероприятия
8. Время поступления в приемное отделение, АД, мероприятия
9. Диагноз «Скорой помощи»
10. Клинический диагноз
11. Стадия и степень шока
12. № и название операции
13. Вид анестезии
14. Описание операции

Ответственный врач (подпись)

П	АД	ВД	Д								
X	170										
пульс	160		40								
O	150										
дыхание	140		35								
	130										
	120		30								
	110										
	100		25								
	90										
	80		20								
	70										
	60		15								
	50										
	40		10								
	30										
	20		5								
	10										

Характер пульса											
Характер дыхания											
Сознание											
Поведение											
Цвет кожи											
Тоны сердца											
Зрачок											
Роговичные рефлексы											
Сухожильные рефлексы											
Органы грудной и брюшной по-											
лости											
Диурез											
Манипуляции											
Внутривенные вливания											
Внутриартериальные вливания											
Внутривенные инъекции											
Подкожные и внутримышечные											
инъекции											
Ввод, наркоз											
Релаксант											
Кислород											
Эфир											
Закись азота											
Искусственное дыхание											
Массаж сердца											

Практически чистая карта должна висеть на стене реанимационного кабинета (операционной) и заполняться при поступлении больного медицинской сестрой под диктовку врача.

Если больного переводят в послереанимационную палату, то карту переносят вместе с ним и прикрепляют на стене.

Нам кажется, что целесообразно вывешивать на стене также специальный листок назначений, где ежедневно отмечают назначения данному больному с точным указанием времени их выполнения.

Карту заполняют немедленно по получении данных или производства манипуляции, она должна точно отражать соответствие между временем, состоянием больного и проведенными лечебными мероприятиями.

Карта должна заканчиваться кратким эпикризом (выводами, осмысливанием данного клинического наблюдения). Такие карты являются не только важнейшим подспорьем для дальнейшей научной разработки материала, но, что самое главное, облегчают процесс лечения больного, особенно в тех случаях, когда больной передается одним дежурным врачом другому.

Врачи-реаниматоры, работающие в центре, проводят обязательные занятия с врачами других специальностей, обучая их методам оказания на месте экстренной помощи больным еще до прихода реаниматора: дыханию рот в рот, внутриартериальному нагнетанию, трахеостомии и массажу сердца.

Дыханию рот в рот и рот в нос в комбинации с закрытым массажем сердца обязательно должны быть обучены все медицинские работники, не только врачи, но и медицинские сестры, санитары.

Организация работы выездных бригад. Наш опыт организации выездных бригад акушерско-гинекологического, общего профиля и анестезиологического показал целесообразность их организации в условиях такого большого города, как Москва. Не исключено, что в других городах с меньшим населением первые две бригады можно объединить, выделив лишь анестезиологическую. Каждая бригада размещается на базе центра реанимации. В свободное от вызовов время дежурные врачи и фельдшера принимают участие в работе противошокового кабинета, операционной неотложной хирургии.

Связь выездного центра с городом осуществляется посредством отдельного телефона, известного в лечебных учреждениях, в диспетчерской станции скорой помощи, дежурным по горздраву, Министерству здравоохранения РСФСР и СССР. Выезд той или иной бригады производится по просьбе любой больницы, расположенной на территории Большой Москвы, в том числе детских и психиатрических стационаров.

Каждая из трех указанных бригад состоит из врача и фельдшера, несущих круглосуточное дежурство. Бригады оснащены специальными

укладками со стерильным инструментарием и материалом, предназначанным для артерио- и венесекций, для проведения артериальной и внутривенной трансфузии, торакотомии и прямого массажа сердца. Аnestезиологическая бригада, помимо этого, имеет в своем распоряжении портативный наркозный аппарат.

Выездные бригады снабжены также портативными аппаратами для искусственного дыхания (ДП-2 и АМБУ), дефибриллятором и электрокардиографом.

Для оказания срочной помощи больным, находящимся в терминальном состоянии, имеются наборы медикаментов, включающие сердечные и сосудистые средства, в том числе прессорные амины, вещества наркотического ряда, фенотиазиновые производные, антикоагулянты, ганглиоблокаторы, стерильные растворы для переливания и т. д. Аnestезиологи, кроме того, располагают релаксантами, а акушеры — плазмозамещающими растворами, препаратами, необходимыми для борьбы с нарушениями свертываемости крови.

Транспортировка бригад из центра по месту вызова осуществляется машиной (ЗИЛ-110) с опознавательными знаками скорой помощи, имеющей сирену и оборудованной рацией. Это позволяет быть достаточно спрятанными при доставке бригады в лечебное учреждение, нуждающееся в квалифицированной помощи специалиста-реаниматолога. Опыт работы показал, что для обслуживания 3 выездных бригад в Москве достаточно одной машины. В тех случаях, однако, когда по тем или иным причинам приданная центру машина оказывается занятой и поступает новый вызов, доставку бригады осуществляет любая машина «скорой медицинской помощи» по договоренности со старшим дежурным врачом.

В задачу выездной бригады входит оказание специализированной медицинской помощи больным и пострадавшим, находящимся в терминальном состоянии. Иногда наблюдение за такими больными и их лечение продолжаются несколько дней, для чего требуются систематические повторные активные выезды дежурных врачей, обследование больного в лаборатории центра. Если при вызове в другую больницу врач устанавливает необходимость специального лечения или длительного наблюдения за больным, последний может быть транспортирован «на себя», в городской реанимационный центр. В подобных случаях отделение неотложной хирургии принимает больных различного профиля, в том числе терапевтических и гинекологических.

Для повышения квалификации врачей выездной бригады общего профиля желательно установление цикловой системы работы с врачами стационара центра.

Лечение больных, находящихся в терминальном состоянии, широко проводится в лечебных учреждениях СССР.

Успешно проводят его в клиниках Каунаса, Риги, а также в условиях работ участковых больниц (А. Г. Франк и В. М. Кузник, В. А. Старшинова, Л. О. Кетлер, Н. Л. Захарченко, Л. М. Ким и др.). По данным, полученным нами из центров реанимации по СССР, мы располагаем следующими результатами.

1962 г.

<i>Общее число больных в терминальном состоянии</i>	485
Выздоровело	193 (40 %)
Получен временный эффект	101 (20,8 %)
Исход в биологическую смерть	292 (60 %)
<i>В агонии и преагональном состоянии</i>	238
Выздоровело	126 (53 %)
Получен временный эффект	35 (15 %)
Исход в биологическую смерть	112 (47 %)
<i>В состоянии клинической смерти</i>	247
Выздоровело	67 (27,1 %)
Получен временный эффект	66 (27 %)
Исход в биологическую смерть	180 (72,9 %)

1963 г.

<i>Общее число больных в терминальном состоянии</i>	1028
Выздоровело	486 (46,3 %)
Получен временный эффект	248 (24,1 %)
Исход в биологическую смерть	542 (53,7 %)
<i>В агонии и преагональном состоянии</i>	786
Выздоровело	439 (56 %)
Получен временный эффект	142 (18 %)
Исход в биологическую смерть	345 (44 %)
<i>В состоянии клинической смерти</i>	242
Выздоровело	47 (18,6 %)
Получен временный эффект	106 (43,4 %)
Исход в биологическую смерть	197 (81,4 %)

1964 г.

<i>Общее число больных в терминальном состоянии</i>	630
Выздоровело	340 (54 %)
Получен временный эффект	138 (21 %)
Исход в биологическую смерть	296 (46 %)
<i>В состоянии клинической смерти</i>	132
Выздоровело	27 (20,4 %)
Получен временный эффект	20 (15,1 %)
Исход в биологическую смерть	105 (79,5 %)

Ведущими факторами в успехе лечения больных, находящихся в терминальном состоянии, является четкая организация работы специализированных машин центров реанимации и наложенная радиотелефонная связь с лечебными учреждениями, санитарными машинами и населением. Хорошая организация этих служб обеспечивает приближение экстренной специализированной медицинской помощи к тяжелобольным и пострадавшим в максимально короткие сроки с момента вызова. Успех лечения у подобных больных и пострадавших зависит не только от тяжести их состояния, но и от быстроты начала мероприятий, направленных на улучшение или восстановление гемодинамики и дыхания, и следовательно, предотвращение гипоксии, являющейся основной причиной возникновения терминального состояния. Поэтому понятно значение своевременности прибытия санитарной машины. Большое значение имеет также преемственность в работе специализированных машин и стационарных центров реанимации.