

Выводы

1. Общая летальность от ОИМ в Каунасе все еще высока.
2. Реанимационная помощь в случае первичного мерцания желудочков у больных ОИМ весьма эффективна и дает снижение госпитальной летальности почти на 10%.
3. Реанимационная помощь на догоспитальном этапе еще значительно отстает как по объему, так и по эффективности от реанимационной помощи в госпитальных условиях.
4. С целью уменьшения добольничной летальности от ОИМ необходимо бороться за своевременное обращение заболевших за врачебной помощью, ибо среднее время от начала заболевания до летального исхода довольно большое (5,6 ч), а в течение первых 30 мин заболевания обращается только 19,3 больных.
5. Большая роль в борьбе с догоспитальной летальностью от ОИМ принадлежит целеустремленной санитарно-просветительской работе среди населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Гражулявичене Р. И., Растенене Д. П., Шешкевичус А. Ю., Камараускаене Д. Б.* В кн.: Острая ишемия органов и ранние постишемические расстройства. (Тезисы докладов II Всесоюзного симпозиума 20—21/XI 1978 г.). — М., 1978, с. 257.
- Растенене Д., Гражулявичене Р. И.* — В кн.: Материалы XXVI межвузовской научной конференции Каунасского мед. ин-та. Вильнюс, 1978, с. 203.
- Янушкевичус З. И., Блужас И. Н.* В кн.: Кардиореаниматология — ангиология (Материалы 2-й респ. конф. кардиологов 10—11 мая 1968 г.). Вильнюс, 1968, с. 7.

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ВЫЕЗДНОГО ЦЕНТРА РЕАНИМАЦИИ

К. П. КАВЕРИНА

Московский выездной центр реанимации
при Клинической ордене Ленина больнице им. С. П. Боткина,
Научно-исследовательская лаборатория
общей реаниматологии АМН СССР, Москва

По инициативе и под руководством В. А. Неговского 15 лет назад был создан первый в нашей стране выездной центр реанимации. Необходимость создания выездной реанимационной помощи обуславливалась тем, что врачам в каждом лечебном учреждении сравнительно редко приходилось встречаться с лечением больных, находящихся в терминальных состояниях, и они, естественно, не имели достаточного опыта практической реанимации и условий ее проведения. Сотрудники выездного

центра реанимации, обладающие необходимыми теоретическими знаниями и соответствующими практическими навыками, обеспечивают специализированную помощь в родильных домах и стационарах, не располагающих собственными службами, проводят также консультативную работу. В выездном центре первичную специализацию по реанимации постоянно проходят врачи и фельдшера из различных городов нашей страны.

Выездные бригады реаниматоров, располагая комплексом портативной лечебно-диагностической аппаратуры, укладками инструментария, анестезиологическими наборами и наборами медикаментов, круглосуточно оказывают реанимационную помощь в различных лечебных учреждениях города. Они проводят инструментальные и функциональные исследования больных на месте, что позволяет судить о газообмене, центральном и периферическом кровообращении, состоянии гемокоагуляции, КЩС. Выездные бригады имеют в своем распоряжении специализированную машину, оборудование которой позволяет транспортировать больных с нарушениями витальных функций.

Врачами выездного центра реанимации разработана карта реанимационного больного, в которой отражаются данные состояния больного, проводимые мероприятия и данные обследования. В зависимости от изменений состояния больного и проводимой терапии фиксируются показатели гемодинамики, дыхания, состояния ЦНС, других органов и систем.

Основными причинами развития терминальных состояний у больных, которых за прошедшие годы лечили врачи выездного центра реанимации, являлись: 1) массивная кровопотеря в родах; 2) эклампсия; 3) перитонит; 4) сепсис; 5) инфаркт миокарда, осложненный нарушением ритма сердца, кардиогенным шоком, аритмогенным коллапсом, отеком легких; 6) дыхательная недостаточность различной этиологии; 7) коматозные состояния; 8) осложнения наркозов и др.

За прошедший период бригадами выездного центра реанимации проведено лечение 9078 больных, находившихся в претерминальных и терминальных состояниях; 67% из них выписаны по выздоровлению.

Являясь уникальным в своем роде учреждением, выездной центр реанимации располагает наблюдениями, анализ которых позволил определить особенности анестезиологического пособия у больных с массивной кровопотерей [Аксельрод А. Ю., 1966], лечебно-реанимационную тактику при коагулопатических кровотечениях в родах [Сполуденная С. Т., 1971]. Материалы выездного центра реанимации были использованы при определении лечебно-реанимационной тактики у больных с акушерско-гинекологической патологией [Берман В. С., 1972; Маневич Л. Е., 1973]. Накопленный опыт лечения аритмий сердца дал возможность разработать методику проведения электроимпульсной терапии у больных, находящихся в терминальных со-

стояниях [Табак В. Я., Конторер Т. М., 1973]; использование этой методики дает почти 100% эффект. В условиях работы выездных реанимационных бригад впервые при кардиоверсии был применен электронаркоз, разработанный сотрудниками Научно-исследовательской лаборатории общей реаниматологии АМН СССР [Неговский В. А. и др., 1971].

Опыт научно-практической работы выездного центра позволил расширить возможности и показания к переводу больных с нарушениями витальных функций в специализированные центры для проведения гемодиализа, экстракорпорального кровообращения, длительной искусственной вентиляции легких, гипербаротерапии и др. Были разработаны система транспортировки больных, ранее считавшихся нетранспортабельными, методика обеспечения безопасности перевода больных на ИВЛ с продолжением наркоза и внутривенных инфузий в пути следования [Каверина К. П., 1970]. Всего было перевезено 795 больных, причем ни один больной не погиб во время транспортировки.

Сотрудники выездного центра реанимации постоянно проводят методическую работу (семинары, занятия) по острой реанимации при различных видах патологии в лечебных учреждениях города, ведут обучение населения страны по центральному телевидению.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Аксельрод А. Ю. — В кн.: Физиологические основы анестезии в оперативной гинекологии. М., 1968, с. 127.
Берман В. С., Каверина К. П., Маневич Л. Е. — В кн.: Анестезия и реанимация в акушерстве. М., 1968, с. 55.
Каверина К. П. — Экспер. хир., 1970, № 3, с. 88.
Маневич Л. Е., Кассиль В. Л., Каверина К. П. — В кн.: Проблемы анестезиологии и реаниматологии. М.: Медицина, 1972, с. 68.
(Неговский В. А., Кузин М. Н., Ливенцев Н. М. и др.) Negovskii V. A., Kuzin M. N., Liventsev N. M. et al. — In: The nervous system and electric current. New York: Plenum Press, v. 2, 1971, p. 195.
Сполуденная С. Т. — Пробл. гематол., 1971, № 11, с. 42.
Табак В. Я., Конторер Т. М. — В кн.: Сборник трудов 1-го Всесоюзного съезда анестезиологов. М., 1973, с. 58.

ЗНАЧЕНИЕ ПОДВИЖНЫХ ФОРМ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ДОРОЖНЫХ ТРАВМАХ

Р. ФРЕЙ, П. ДЮРНЕР

Институт анестезиологии,
Университет Иоганна Гутенберга, Майнц, ФРГ

Рост индустриализации и транспорта в Европе привел к увеличению травматизма. Уже в 1938 г. Martin Kirschner сказал: «Следует доставлять врача со всем необходимым инструмента-