

Западно-Казахстанский Государственный Медицинский Университет
имени Марата Оспанова

Кафедра: Реаниматологии и анестезиологии

Самостоятельная работа интерна

На тему: «Анестезиология и реаниматология в системе
здравоохранения РК»

Актобе -2014г

План:

Введение

- 1) Основные понятия анестезиологии и реаниматологии
- 2) Роль и значение анестезиологии и реаниматологии в современной медицине РК
- 3) Современные направления анестезиологии и реаниматологии. Перспективы развития.
- 4) Приказ и.о. Министра здравоохранения РК

Заключение

Список использованной литературы.

Введение :

Анестезиология и реаниматология Казахстана имеет славную историю, она начиналась параллельно с развитием этой службы в медицине бывшего Советского Союза. Без сомнения, значительный успех в развитии анестезиологии Казахстана был бы невозможен без представителей старшего поколения. В развитии службы анестезиологии и реаниматологии одно из важных мест занимают передовые методы – это современные методы кровесбережения в сердечно-сосудистой хирургии, которые позволили в значительной мере снизить использование донорской эритроцитарной массы при операциях на сердце в условиях искусственного кровообращения; различные методы контроля и защиты головного мозга существенно продвинули вперед обеспечение безопасности головного мозга (многие операции связаны с риском повреждения головного мозга); методы оценки метаболизма головного мозга также решили проблему обеспечения безопасности головного мозга, но уже у детей с пороком сердца, которым по этому поводу проводятся тяжелейшие операции. Широкое применение новых методов тотальной внутривенной анестезии на основе целевой концентрации позволило очень управляемо проводить различные методы тотальной внутривенной анестезии.

Анестезиология – наука об управлении жизненными функциями организма больного в связи с оперативным вмешательством или агрессивной диагностической процедурой. Предмет ее интереса претерпел эволюцию от «обезболивания» к «наркозу» и «анестезии». Сегодня она призвана не только защищать пациента от операционной травмы и не допускать развития у него болевого синдрома, но и целенаправленно повышать резервные возможности его организма, при необходимости целенаправленно осуществлять коррекцию возникающих вследствие операции функциональных сдвигов. Используемые с этой целью средства и методы интенсивной терапии позволяют расширить границы «функциональной операбельности» тяжело больных и повысить эффективность анестезиологической защиты. С этих позиций «интенсивная терапия интраоперационного периода» является ни чем иным, как компонентом комплексного анестезиологического обеспечения. Она не только не должна противопоставляться анестезии, а, наоборот, служить на благо ее совершенствования и быть неотъемлемой составной частью.

Реаниматология – наука, изучающая механизмы развития критических состояний (в том числе терминального) и разрабатывающая методы их предупреждения и лечения. Первоначально область интереса реаниматологии ограничивалась исключительно проблемой сердечно-легочной и мозговой реанимации. Однако постепенно она распространилась и на состояния, предшествующие клинической смерти и реализовалась в интенсивной терапии как комплекс мер, используемых при лечении тяжело больных и пострадавших. В таком развитии событий нет ничего удивительного, так как понятно, что значительно проще не дожидаться прекращения дыхания и кровообращения и только после этого приступать к реанимационным мероприятиям, а стремиться предупредить такой ход событий. Сегодня при лечении тяжелобольных часто просто нельзя сказать, когда заканчивается интенсивная терапия и когда начинается реанимация. В научной области осуществить такой раздел еще труднее. Поэтому и реанимация, и интенсивная терапия совместно составляют предмет внимания реаниматологии. Объектом же ее изучения является больной в критическом состоянии или с угрозой его развития.

Под критическим состоянием следует понимать крайнюю степень любой, в том числе ятрогенной, патологии, при которой требуется искусственное замещение или поддержание жизненно важных функций, так как собственные компенсаторные механизмы оказываются несостоятельными.

По мере развития реаниматологии стремление максимально быстро вывести больного из угрожающего жизни состояния привело к организации системы оказания неотложной и скорой помощи на догоспитальном этапе, которое постепенно оформилось в виде неотложной медицины как раздела здравоохранения. Интенсивная терапия в виде организованной системы вышла за пределы хирургических стационаров и пришла в терапевтическую клинику. Сформировалось понятие об интенсивном наблюдении, как самостоятельном элементе системы лечения больных при угрозе развития критического состояния, а также после выведения из него, предусматривающем использование особых инструментальных методик и лабораторных тестов. Являясь по-прежнему составной частью интенсивной терапии, интенсивное наблюдение все активнее стало внедряться в практику других клинических направлений (кардиология, инфектология, психиатрия, неврология и пр.), поскольку явилось основой раннего выявления признаков неблагоприятного течения заболеваний и позволило оперативно корректировать возникающие опасные изменения. Данное обстоятельство, а также суть самого критического состояния вследствие его полиэтиологичности и разнообразий проявлений, привели к переплетению в этой области интересов представителей разных специальностей – анестезиологов и реаниматологов, хирургов, терапевтов, организаторов здравоохранения и пр.

При общей тенденции в медицине к профилизации и самостоятельности направлений провести четкую грань между анестезиологией, реаниматологией, неотложной медициной оказалось весьма сложно, особенно при ориентации не на организационные рамки, а на их содержание. Они взаимосвязаны, дополняют и обогащают друг друга. В экстремальных условиях, например (катастрофы, войны), неотложная помощь на догоспитальном этапе рассматривается в качестве важнейшей составной части реаниматологической помощи. Наоборот, разработанная в стране в последние годы концепция развития системы скорой помощи, ориентированная на повседневную практику, в определенной мере распространяется и на анестезиологическую помощь, и на интенсивную терапию в стационарах. Более того, когда анестезия выполняется у тяжело больного или пострадавшего, очень трудно провести грань даже между анестезиологией и реаниматологией, тем более что в прикладном аспекте они являются составными частями единой специальности

Единство анестезиологии, реаниматологии, неотложной медицины может быть достигнуто, а противоречия преодолены в рамках медицины критических состояний (раздел медицины, призванный заниматься больными в критическом состоянии или с большой вероятностью его развития). Представляется, что понятие «медицина критических состояний» это не столько раздел здравоохранения, сколько теоретический фундамент для идеологического объединения анестезиологии, реаниматологии и неотложной медицины, дающий возможность разрабатывать новые организационные формы или обосновывать правомочность уже существующих. Например, с этих позиций становится более понятной происходящая в настоящее время в крупных больницах скорой медицинской помощи страны трансформация приемных отделений в отделения неотложной терапии (приемно-диагностические блоки) с возможностями не только купирования угрожающих жизни состояний, но и проведения анестезии и кратковременной интенсивной терапии. Подобные представления, но на иной уже теоретической основе, позволяют обосновать идею создания центров анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, а также совершенствовать систему оказания помощи тяжело больным и пострадавшим не только в экстремальных условиях (катастрофы, вооруженные конфликты, войны), но и в повседневной практике. Данный подход диктует и необходимость изменения «социального заказа» на подготовку специалистов как по неотложной медицине (с обязательным изучением не только специфических аспектов деятельности врача скорой и неотложной помощи, но и базисных положений анестезиологической и реаниматологической помощи), так и анестезиологии и реаниматологии (причем не только хирургического, но и терапевтического направлений).

В организационном отношении формы взаимодействия разделов медицины критических состояний (анестезиологии, реаниматологии, неотложной медицины) могут быть разными. В обычных условиях они реализованы в виде традиционной системы медицинской помощи больным (неотложная и скорая помощь на догоспитальном этапе с линейными и специализированными бригадами, приемные отделения, отделения анестезиологии-реанимации, реанимации и интенсивной терапии различного профиля и пр.). В различных лечебных и научных учреждениях они могут приобретать свои очертания (например, в виде создания центров анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, противошоковых блоков и т.п.). Разрушительные землетрясения последних десятилетий, рост техногенных катастроф привели к формированию медицины катастроф, специфика которой определяется не сменой объекта и предмета внимания, а лишь особенностями организации в этих трудных условиях оказания неотложной, а также анестезиолого-реаниматологической помощи. Многочисленные вооруженные конфликты и локальные войны позволили говорить о наличии военной анестезиологии и реаниматологии.

На сегодняшний день анестезиология и реаниматология, считающаяся когда-то прикладной наукой, является одной из ведущих специальностей медицинской отрасли.

Сейчас в Казахстане бурно развивается трансплантационная программа, только в ННЦХ им. А.Н. Сызганова выполнено 661 трансплантация почки, 10 трансплантаций печени. Среди всех трансплантационных вмешательств самой сложной считается пересадка печени, потому что в данном случае бригада специалистов несет ответственность как за жизнь донора, который готов отдать часть своего органа больному с циррозом печени или с хронической печеночной недостаточностью, так и за самого пациента, который нуждается в этом оперативном вмешательстве.

Анестезиология и реаниматология Казахстана имеет славную историю, она начиналась параллельно с развитием этой службы в медицине бывшего Советского Союза. Без сомнения, значительный успех в развитии анестезиологии Казахстана был бы невозможен без представителей старшего поколения.

В развитии службы анестезиологии и реаниматологии одно из важных мест занимают передовые методы – это современные методы кровесбережения в сердечно-сосудистой хирургии, которые позволили в значительной мере снизить использование донорской эритроцитарной массы при операциях на сердце в условиях искусственного кровообращения; различные методы контроля и защиты головного мозга существенно продвинули вперед обеспечение безопасности головного мозга (многие операции связаны с риском повреждения головного мозга); методы оценки метаболизма головного мозга также решили проблему обеспечения безопасности головного мозга, но уже у детей с пороком сердца, которым по этому поводу проводятся тяжелейшие операции. Широкое применение новых методов тотальной внутривенной анестезии на основе целевой концентрации позволило очень управляемо проводить различные методы тотальной внутривенной анестезии.

Также в настоящее время успешно проводят диагностику в интенсивной терапии при лечении тромбоэмболии легочной артерии. Если раньше этот диагноз относился к категории фатальных, то сейчас благодаря данным методикам даже массивная тромбоэмболия легочной артерии диагностируется и поддается лечению, что приводит к снижению летальности от этого грозного осложнения.

Позволили обеспечить безопасность больных при операциях пластики трахеи и других оперативных вмешательствах и различные варианты респираторной поддержки, которые вносят существенный вклад в результаты хирургического лечения таких пациентов. Сейчас во всем мире наблюдаются разработка и внедрение мониторно-компьютерных систем. В практику анестезиолога-реаниматолога сегодня широко внедряется и применение непрерывной заместительной почечной терапии, – и хотелось бы, чтобы эти методы вошли в стандарты лечения больных в критическом состоянии, находящихся на интенсивной терапии. Данные специалисты должны сами ставить показания и проводить этот вид терапии.

В этом направлении действительно уже достигнуты большие успехи: результаты применения интенсивной терапии в Перинатальном центре Алматы позволили в значительной мере снизить показатели материнской смертности. Более того, данную терапию можно проводить и с альбуминовым диализом при сочетанной печеночно-почечной недостаточности, что позволяет избежать геморрагических осложнений, возникающих при использовании гепарина.

Бурное развитие в Казахстане в настоящее время наблюдается в области трансплантологии, в связи с чем перед анестезиологами и реаниматологами встает задача обеспечения безопасности пациентов при проведении таких сложных операций, как пересадка почки, печени, сердца. В крупных центрах Астаны и Алматы уже достигнуты определенные успехи в этом направлении, и большая заслуга в этом принадлежит службам анестезиологов и реаниматологов этих клиник.

Также есть и проблемы, на которой стоит обратить внимание и от решения которых во многом зависит успешное развитие службы анестезиологии и реаниматологии, – это социальная и юридическая незащищенность специалистов данной отрасли и нехватка кадров. Несмотря на то, что проблема оснащенности аппаратурой в крупных Центрах решена, стоит обратить внимание на регионы.

Требуют к себе большого внимания, анестезиологическая летальность и осложнения, связанные с проведением анестезии. Во всех цивилизованных странах данный вопрос находится под контролем и постоянно обсуждается: европейские специалисты без страха регистрируют эти случаи и тем самым помогают себе и своим коллегам избежать таких ситуаций. Такой же регистр анестезиологических осложнений и летальности должен быть создан и в нашем государстве на базе Национального научного центра хирургии имени А.Н. Сызганова.

В 2011 г. Министерство здравоохранения издало Приказ об утверждении Положения об организациях, оказывающих анестезиологическую и реаниматологическую помощь населению Республики Казахстан. Данный документ, безусловно, стал значимой вехой в развитии этой отрасли медицины, однако с момента его принятия прошло несколько лет, и на сегодняшний день назрела необходимость внесения изменений в существующую нормативно-правовую базу. Это связано с тем, что современное отечественное здравоохранение вошло в схему юридических и экономических отношений.

Утверждено

Приказом и.о. Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от 9 июня 2011 года № 372

1. Настоящее Положение об организациях, оказывающих анестезиологическую и реаниматологическую помощь населению Республики Казахстан (далее - Положение) регламентирует деятельность структурных подразделений анестезиологической и реаниматологической службы, оказывающих анестезиологическую и реаниматологическую помощь в организациях здравоохранения.

2. Анестезиологическая помощь и интенсивная терапия организуется в следующих организациях здравоохранения независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности:

- 1) оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь;
- 2) оказывающих стационарную помощь;
- 3) организации скорой медицинской помощи и санитарной авиации;
- 4) организации медицины катастроф;
- 5) научных организациях в области здравоохранения;
- 6) национальный холдинг.

3. Основные понятия, используемые в настоящем Положении:

1) анестезиологическая помощь - комплекс приемов и мер по защите больного от повреждающих факторов при хирургических вмешательствах, родах, перевязках, манипуляциях и сложных методах исследования;

- 2) гипербарическая оксигенация - метод лечения больных, с помощью повышенного давления кислорода в специальной камере;
- 3) детоксикационные методы - метод очистки организма от отравляющих веществ, шлаков;
- 4) интубация - введение интубационной трубки в дыхательные пути, с целью поддержания дыхания;
- 5) инфузионная терапия - введение растворов внутривенно;
- 6) клиническая смерть - острая остановка кровообращения и дыхания (в течении 5 минут), при которой возможно восстановление всех жизненно важных функций организма;
- 7) интенсивная терапия - профилактика и лечение тяжелых, но обратимых функциональных и метаболических расстройств, угрожающих больному гибелью, с использованием методов искусственного поддержания или замещения функций органов и систем;
- 8) интенсивное наблюдение - комплекс мер, направленных на раннюю диагностику изменений гомеостаза, происходящих в организме при операциях и угрозе развития критического состояния;
- 9) метаболические расстройства - расстройства связанные с нарушением обмена веществ;
- 10) паллиативная терапия - операция которая облегчает состояние больного, не устраняя основной причины;
- 11) премедикация - медикаментозная подготовка больного к анестезии, с целью уменьшения нежелательного влияния анестезии;
- 12) реанимационная помощь - комплекс мероприятий по восстановлению и поддержанию систем жизнеобеспечения больного, вследствие заболевания, травмы, оперативного вмешательства и других причин, комплекс приемов и мер по выведению больного из критического состояния;
- 13) трансфузионная терапия - введение компонентов крови внутривенно;
- 14) экстракорпоральная детоксикация - методы очистки организма, вне тела организма с помощью сорбентов;
- 15) экстубация - удаление интубационной трубки из дыхательных путей, при восстановлении самостоятельного дыхания.

4. Структура анестезиологической помощи и интенсивной терапии зависит от задач, решаемых организацией здравоохранения, ее коечной мощности, организационно-штатной структуры, материально-технического обеспечения и уровня подготовки специалистов в соответствии с правилами аккредитации и лицензирования, устанавливаемыми **законодательством** в области здравоохранения Республики Казахстан.

- 1) группа анестезиологии и реанимации;
- 2) отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии;
- 3) отделение анестезиологии;
- 4) отделение реанимации и интенсивной терапии;
- 5) центр анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

5. Группа анестезиологии и реанимации организуется в составе организаций здравоохранения (центральные районные больницы, поликлиники, в том числе стоматологические, дневные стационары, женские консультации), оказывающие хирургическую и акушерско-гинекологическую помощь и составляет не более 5 врачей анестезиологов-реаниматологов.

6. В организациях здравоохранения (центральные районные больницы при наличии хирургических коек), оказывающих стационарную помощь круглосуточно и имеющих в штате группу анестезиологии и реанимации, в составе одного из профильных отделений

организуется палата (не менее две койки) для интенсивного наблюдения и лечения больных. При этом не менее одна койка для оказания реанимационной помощи детям.

7. Основными задачами группы анестезиологии и реанимации являются:

1) осуществление комплекса мероприятий по подготовке и проведению анестезии при операциях, родах, диагностических и лечебных процедурах;

2) осуществление комплекса мероприятий по восстановлению и поддержанию систем жизнеобеспечения больных, возникших вследствие заболевания, травмы, оперативного вмешательства и других причин;

3) повышение уровня теоретических знаний и обучение медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений практическим навыкам реанимационной помощи.

8. В соответствии с основными задачами группа анестезиологии и реанимации:

1) определяет метод анестезии, осуществляет медикаментозную предоперационную подготовку и проведение анестезии при операциях, родах, диагностических и лечебных процедурах;

2) устанавливают показания для лечения и дальнейшего пребывания больных в палатах для интенсивного наблюдения и лечения, осуществляют перевод больных в профильные отделения стационара после стабилизации функции жизненно важных органов с рекомендациями по лечению и обследованию на ближайшие сутки;

3) проводят, по показаниям, реанимационные мероприятия больным в отделениях;

4) консультируют врачей других специальностей по вопросам практической анестезиологии и реаниматологии;

5) осуществляют взаимосвязь и преемственность в работе с другими отделениями;

6) организуют и проводят конференции по вопросам анестезиологии и реаниматологии;

7) ведут документацию, обеспечивают учет и отчетность по формам и в сроки, установленные уполномоченным органом в области здравоохранения.

9. Руководство группой анестезиологии и реанимации осуществляется старшим врачом анестезиологом-реаниматологом с наибольшим опытом работы. Старший врач группы назначается руководителем организации здравоохранения в установленном порядке. Старший врач группы назначает ответственного дежурного врача анестезиолога-реаниматолога, в задачу которого входит координация деятельности дежурной службы в дежурную ночную смену, в выходные и праздничные дни.

10. Группа анестезиологии и реаниматологии обеспечивается:

1) специальным оборудованием и аппаратурой в операционных и в палате для интенсивного наблюдения и лечения, в том числе, для искусственного поддержания и контроля жизненно важных функций организма;

2) подсобными помещениями: для медицинского персонала, для хранения аппаратуры, медикаментов, белья;

3) лекарственными средствами в количествах, необходимых для полноценного проведения обезболивания, реанимации и интенсивной терапии.

11. Отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии организуются в составе организаций здравоохранения, оказывающих стационарную помощь круглосуточно, вне зависимости от их коечного фонда, если штатная численность врачей анестезиологов-реаниматологов более 5 и при наличии в палатах реанимации и интенсивной терапии не менее 6 коек.

12. Отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии организуются в следующих организациях здравоохранения:

1) в научных организациях в области здравоохранения, республиканских, областных больницах для взрослых и детей, независимо от их мощности;

2) в городских больницах хирургического профиля, в многопрофильных больницах и диспансерах, медсанчастях, родильных домах, перинатальных центрах, больницах,

являющихся центрами по оказанию экстренной, в том числе терапевтической помощи, инфекционных больницах для взрослых и детей;

3) в центральных районных больницах при наличии хирургических коек. При этом не менее 30% коек выделяется для оказания реанимационной помощи детям;

4) в детских городских больницах, имеющих отделения патологии и выхаживания недоношенных, детских инфекционных больницах, перинатальных центрах, независимо от их мощности;

5) в многопрофильных больницах мощностью 500 и более коек (из них не менее 200 хирургического профиля) и в детских больницах мощностью 250 и более коек (из них не менее 100 хирургического профиля), помимо отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии допускается также организация по мере производственной необходимости специализированного отделения (отделений) реанимации и интенсивной терапии.

13. Основными задачами отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии являются:

1) осуществление комплекса мероприятий по подготовке и проведению анестезии при операциях, родах, диагностических и лечебных процедурах;

2) осуществление комплекса мероприятий по восстановлению и поддержанию систем жизнеобеспечения пациентов, возникших вследствие заболевания, травмы, оперативного вмешательства и других причин;

3) повышение уровня теоретических знаний и обучение медицинского персонала лечебно-профилактических организаций практическим навыкам реанимационной помощи.

14. В соответствии с основными задачами отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии его медицинские работники:

1) определяют метод анестезии, осуществляют медикаментозную предоперационную подготовку и проведение анестезии при операциях, родах, диагностических и лечебных процедурах, а также при детоксикационных методах интенсивной терапии;

2) осуществляют наблюдение за состоянием больных в посленаркозном периоде в палатах послеоперационного пробуждения до стабилизации функции жизненно важных органов;

3) устанавливают показания для дальнейшего лечения больных в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, переводят больных в профильные отделения стационара после стабилизации функции жизненно важных органов с рекомендациями по лечению и обследованию на ближайшие сутки;

4) проводят по показаниям реанимацию и интенсивную терапию, в том числе и методами экстракорпоральной детоксикации и гипербарической оксигенации больным в палатах реанимации и интенсивной терапии;

5) проводят, по показаниям, реанимацию больных в других отделениях;

6) осуществляют взаимосвязь и преемственность в работе с другими отделениями;

7) консультируют врачей других отделений по вопросам практической анестезиологии и реаниматологии;

8) организуют и проводят клинические конференции по вопросам анестезиологии и реаниматологии.

15. Руководство отделением анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии осуществляется заведующим, наиболее опытным врачом анестезиологом-реаниматологом. Заведующий отделением назначается руководителем организации здравоохранения. Заведующий отделением назначает ответственного дежурного врача анестезиолога-реаниматолога, в задачу которого входит координация деятельности дежурной службы в дежурную ночную смену, в выходные и праздничные дни.

16. Операционные залы, палаты реанимации и интенсивной терапии и палаты послеоперационного пробуждения отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии должны быть обеспечены следующим медицинским оборудованием:

1) аппараты искусственной вентиляции легких или наркозно-дыхательные аппараты по количеству операционных столов в плановых и экстренных операционных залах;

2) аппараты искусственной вентиляции легких по 1 на каждую койку в палатах послеоперационного пробуждения;

3) аппараты искусственной вентиляции легких в палатах реанимации и интенсивной терапии в количестве не менее 2/3 от количества коек, а в неонатальной службе по 1 на каждую койку и 1 резервный;

4) мониторы по количеству операционных столов в плановой и экстренной операционных;

5) мониторы по количеству аппаратов искусственной вентиляции легких в палатах послеоперационного пробуждения;

6) мониторы в палатах реанимации и интенсивной терапии по количеству коек и 1 резервный;

7) электроаспираторы (отсосы) по количеству операционных столов в плановой и экстренной операционных;

8) электроаспираторы (отсосы) по количеству аппаратов искусственной вентиляции легких в палатах послеоперационного пробуждения;

9) электроаспираторы (отсосы) по количеству аппаратов искусственной вентиляции легких в палатах реанимации и интенсивной терапии и 1 резервный (допускается использование централизованной вакуумной магистрали);

10) перфузоры (шприцевые насосы) по количеству операционных столов в плановой и экстренной операционных;

11) перфузоры (шприцевые насосы) и инфузоматы не менее 3 единиц на каждую койку палаты реанимации и интенсивной терапии.

17. Отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии оснащается медикаментами и инфузионными средствами в количествах, необходимых для полноценного проведения обезболивания, реанимации и интенсивной терапии (на случай массовых поступлений в отделении создается неприкосновенный запас, утверждаемый по количеству и номенклатуре для каждого учреждения).

18. Отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии имеет следующие вспомогательные помещения: для медицинского персонала, для дежурного персонала, предусматривающими возможность кратковременного отдыха (сна) и принятия пищи в течение суток, раздевалкой и санпропускником, душевыми, комнатой личной гигиены женщины, отдельным туалетом, помещениями для хранения аппаратуры, медикаментов, инфузионных сред, белья.

При наличии палат интенсивной терапии и реанимации отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии имеет также реанимационный зал, помещение для проведения детоксикационных мероприятий, лечебных манипуляций, процедурную, перевязочную, отдельные палаты для детей раннего возраста, септических и инфекционных больных.

19. Отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии областной больницы координирует деятельность по данной специальности для всей области.

20. Отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии может быть базой кафедр организаций образования в области здравоохранения.

21. Число коек в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии должно быть 6 или 12.

22. Учитывая интенсивность труда медицинского персонала структурных подразделений анестезиологической и реаниматологической службы, стоимость медицинской аппаратуры и медикаментозного лечения, при расчете показателей работы

палат реанимации и интенсивной терапии за полные койко-дни должны считаться и день поступления, день убытия больного, а также время до суточного пребывания независимо от его продолжительности. Койки палат реанимации и интенсивной терапии не входят в число сметных коек медицинских организаций. Лица, поступившие в состоянии биологической смерти, в составе больных палат реанимации и интенсивной терапии не числятся.

23. Экспресс-лаборатория является составной частью отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (реанимации и интенсивной терапии), ее сотрудники входят в штатное расписание отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (реанимации и интенсивной терапии) и подчиняются непосредственно заведующему этим отделением. Методическое руководство работой лаборатории может осуществлять старший врач-лаборант, выделяемый из числа сотрудников этой лаборатории, или заведующий общепольничной клинической лабораторией, который назначается руководителем организации здравоохранения в установленном порядке. Недопустимо выведение экспресс-лаборатории из состава отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (реанимации и интенсивной терапии).

24. Основной задачей экспресс-лаборатории отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (реанимации и интенсивной терапии) (далее - экспресс-лаборатория) является проведение круглосуточного контроля основных биохимических, клинических и других лабораторных показателей жизненно важных функций организма у больных в палатах реанимации и интенсивной терапии, во время операции, в раннем послеоперационном периоде, а также больным в любом отделении организации здравоохранения, перед экстренными операциями по назначению врача анестезиолога-реаниматолога.

25. Экспресс-лаборатория использует преимущественно экспресс-методы, занимающие минимальное время. В то же время отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (реанимации и интенсивной терапии) может использовать общепольничную клиническую, бактериологическую и другие лаборатории, по мере необходимости (для сложных и специальных исследований).

26. Экспресс-лаборатория должна находиться в непосредственной близости от палат реанимации и интенсивной терапии.

27. Перечень обязательных лабораторных исследований включает:

- 1) определение показателей кислотно-основного состояния крови;
- 2) исследование содержания газов крови (напряжение кислорода, насыщение гемоглобина кислородом, уровень кислорода);
- 3) определение концентрации калия, натрия, хлора, кальция, магния в плазме (сыворотке) крови;
- 4) определение коагулирующих свойств крови (коагулограмма или тромбоэластограмма);
- 5) время свертывания крови, протромбиновый индекс, время свободного гепарина, тромбиновое время, частично активированное тромбопластиновое время, концентрация фибриногена, фибриноактивности плазмы крови (лизис эуглобулинов) и цельной крови (по Котовшиковой), ретракция кровяного сгустка, количество тромбоцитов;
- 6) парагагуляционные тесты: этаноловый, протаминсульфатный, бета-нафтоловый (программа-минимум), содержание продуктов деградации фибриногена и фибрина (ПДФ), растворимых комплексов фибринмономеров, максимальная свертывающая активность крови (по аутокоагуляционному тесту), активность XIII факторов свертывания, активность антитромбина III (программа максимум);
- 7) исследование концентрации гемоглобина, свободного гемоглобина (степень гемолиза), показателей гематокрита, лейкоцитов (подсчет лейкоцитарной формулы), содержание белка, мочевины, глюкозы, активности амилазы, осмолярности крови и мочи, расчет лейкоцитарного индекса интоксикации;

8) определение активности некоторых ферментов (аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), лактатдегидрогеназа (ЛДГ), щелочная фосфатаза (ЩФ), креатининфосфат (КФ), креатинфосфокиназа (КФК)), а также концентрации миоглобина;

9) определение некоторых показателей (помимо упомянутых выше электролитов): плотность, рН, концентрация глюкозы, креатинина, количество мочевины, выделяемой за сутки (в граммах), определение содержания амилазы, эритроцитов;

10) определение резус-фактора лабораторными методами;

11) определение концентрации алкоголя и его суррогатов в крови и моче и других показателей по необходимости.

28. В экспресс-лаборатории детских учреждений здравоохранения и родильных домов (перинатальных центров) должны быть анализаторы, позволяющие определять основные биохимические показатели и коагулограмму микрометодами (с забором крови до 1 мл).

29. Экспресс-лаборатория обеспечивается минимальным перечнем оборудования согласно приложению 3 к настоящему Положению.

30. Штаты укомплектовываются в соответствии с нормативами утвержденными местными органами государственного управления здравоохранением области (городов Астаны и Алматы) в установленном порядке.

31. Отделение анестезиологии является самостоятельным структурным подразделением медицинской организации и организуется в многопрофильных, областных, городских организациях здравоохранения, научных организациях здравоохранения, независимо от их мощности, в случаях ежедневного выполнения более десяти общих анестезий, при наличии штатной численности врачей-анестезиологов более 6, и имеющее в своем составе палаты послеоперационного пробуждения с числом коек не более 6 для выхода больного из анестезии.

Целью организации отделений анестезиологии является оказание анестезиологической помощи и наблюдение за больными в посленаркозном периоде до перевода в профильное отделение либо в отделение реанимации и интенсивной терапии.

32. Основными задачами отделения анестезиологии являются:

1) осуществление комплекса мероприятий по подготовке и проведению анестезии при операциях, родах, диагностических и лечебных процедурах, а также при детоксикационных методах интенсивной терапии;

2) осуществление комплекса мероприятий по восстановлению и поддержанию функции систем жизнеобеспечения при оперативных вмешательствах;

3) осуществление наблюдения за состоянием больных, в посленаркозном периоде в палатах послеоперационного пробуждения до перевода в профильное отделение либо в отделение реанимации и интенсивной терапии;

4) повышение уровня практических навыков медицинского персонала учреждения в области реанимации;

5) организуют и проводят клинические конференции по вопросам анестезиологии;

6) ведут документацию, обеспечивают учет и отчетность по формам и в сроки, установленные уполномоченным органом в области здравоохранения.

33. В соответствии с основными задачами отделения анестезиологии его медицинские работники проводят:

1) оценку тяжести состояния больного перед операцией, определение степени анестезиологического риска;

2) определение показаний и проведение при необходимости интенсивной терапии с целью подготовки больного к операции;

3) назначение премедикации и выбора метода анестезии;

4) мониторинг функционального состояния больного во время анестезии и интенсивной терапии и оценка операционно-анестезиологического риска анестезии согласно приложению 1 к настоящему Положению и проведение терапии с целью

профилактики и устранения опасных для жизни больного функциональных и метаболических расстройств;

5) пробуждение больных после общей анестезии, если нет показаний для продленного поддержания медикаментозного сна;

6) устранение болевого синдрома, обусловленного различными причинами, в том числе больным с неизлечимыми заболеваниями, с помощью специальных методов.

34. Для анестезиологического обеспечения операций, родов, перевязок, сложных диагностических исследований, а также детоксикационных методов интенсивной терапии в операционных, перевязочных и в диагностических кабинетах оборудуются рабочие места врачей-анестезиологов, которые оснащаются соответствующим медицинским оборудованием, изделиями медицинского назначения и лекарственными средствами. Для проведения экстренной анестезии рабочие места врачей анестезиологов и аппаратура должны находиться в постоянной готовности к работе.

35. Врач-анестезиолог дает исчерпывающую информацию больному или его законным представителям о рекомендуемом методе анестезии и получает от него информационное согласие пациента на данный метод анестезии по форме согласно приложению 2 к настоящему Положению. В случаях, когда состояние больного не позволяет выразить ему свою волю (находится в шоковом, коматозном состоянии; страдает тяжелым психическим заболеванием; не достигший возраста восемнадцати лет; признан в установленном законом порядке недееспособным) экстренная анестезия проводится на основании письменного согласия законных представителей, при отсутствии законных представителей на основании решения консилиума, а при невозможности собрать консилиум решение принимает врач-анестезиолог с последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации. Результаты осмотра, свое заключение с отметкой о согласии больного (законных представителей, решение консилиума) на избранный метод анестезии врач-анестезиолог заносит в медицинские документы.

36. При высокой степени риска анестезии врач-анестезиолог рекомендует лечащему врачу провести дополнительные лечебно-диагностические мероприятия, совместно с лечащим врачом (оперирующим хирургом) принимает решение об отсрочке или отмене операции.

37. Врач-анестезиолог осуществляет мониторинг функционального состояния больного во время анестезии и интенсивной терапии и оценку операционно-анестезиологического риска анестезии согласно приложению 1 к настоящему Положению, при необходимости проводит инфузионную терапию, назначает трансфузионную терапию, осуществляет другие меры с целью профилактики и лечения функциональных и метаболических расстройств. О возникновении осложнений во время анестезии врач-анестезиолог немедленно докладывает заведующему отделению структурного подразделения анестезиологической и реаниматологической службы.

38. Врач-анестезиолог во время проведения анестезии, не выполняет иные работы, кроме анестезии, наблюдает за больными в палате реанимации и интенсивной терапии, в палате послеоперационного пробуждения, осуществляет трансфузионную терапию.

39. Врач-анестезиолог ведет протокол анестезии независимо от длительности анестезии и анестезиологическую карту при длительности анестезии более 30 минут.

40. Врач-анестезиолог не покидает операционную во время проведения анестезии до окончания оперативного вмешательства (при возникновении острой необходимости возможна замена врача-анестезиолога с фиксацией состояния больного на время замены в анестезиологической карте и в истории болезни).

41. При транспортировке больного в палату послеоперационного пробуждения, профильного отделения или палату реанимации и интенсивной терапии после окончания операции и анестезии, врач-анестезиолог сопровождает больного до палаты и передает дежурному врачу. В медицинскую документацию вносится запись о состоянии больного,

время, должность, фамилия и имя дежурного врача, который принял под наблюдение больного.

42. Палаты послеоперационного пробуждения предназначены для наблюдения за больными в посленаркозном периоде. Палаты послеоперационного пробуждения организуются в составе отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии или отделения анестезиологии в случаях ежедневного выполнения более десяти общих анестезий, при наличии штатной численности врачей анестезиологов более 6 количество коек в палате послеоперационного пробуждения должно быть не менее 3 и не более 6.

43. Решение о необходимости перевода больного после операции в палату послеоперационного пробуждения или в палату реанимации и интенсивной терапии принимает врач анестезиолог-реаниматолог, проводивший анестезию.

44. Руководство отделением анестезиологии осуществляется заведующим, врачом анестезиологом-реаниматологом, имеющим соответствующий сертификат специалиста, наибольший опыт работы. Заведующий отделением назначается руководителем организации здравоохранения. Заведующий отделением назначает ответственного дежурного врача-анестезиолога, в задачу которого входит координация деятельности дежурной службы в дежурное ночное время, в выходные и праздничные дни.

45. Отделение анестезиологии обеспечивается:

1) специальным оборудованием и аппаратурой в операционных и палатах выхода из анестезии, в том числе, для искусственного поддержания и контроля жизненно важных функций организма;

2) палатами послеоперационного пробуждения;

3) специально оборудованными помещениями для проведения анестезиологических пособий, помещениями для персонала, хранения оборудования, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, трансфузионных сред, белья;

4) для лечебно-диагностических целей врач отделения анестезиологии может привлекать специалистов из других лечебно-диагностических подразделений организации здравоохранения.

46. Штаты укомплектовываются в соответствии с нормативами утвержденными местными органами государственного управления здравоохранением области (городов Астаны и Алматы) в установленном порядке.

47. Отделение реанимации и интенсивной терапии является самостоятельным структурным подразделением медицинской организации и организуется в многопрофильных, областных, городских организациях здравоохранения, научных организациях здравоохранения хирургического, терапевтического и педиатрического профиля, независимо от их мощности, при наличии штатной численности врачей-реаниматологов более 10 или при наличии в структуре организации здравоохранения отделения анестезиологии.

48. Число коек в отделении реанимации и интенсивной терапии должно быть не более 12, а в специализированных отделениях реанимации и интенсивной терапии не менее 6 коек. При наличии более 12 коек создается второе отделение.

49. В палаты реанимации и интенсивной терапии подлежат госпитализации больные с острыми расстройствами гемодинамики различной этиологии (острая сердечнососудистая недостаточность, травматический шок, гиповолемический шок, кардиогенный шок и др.), острыми расстройствами дыхания, другими расстройствами функций жизненно важных органов и систем (центральной нервной системы, паренхиматозных органов и др.), острыми нарушениями обменных процессов, больные после оперативных вмешательств, повлекших за собой нарушение функции систем жизнеобеспечения или при реальной угрозе их развития, тяжелыми отравлениями.

50. Основными задачами отделения реанимации и интенсивной терапии являются:

1) осуществление комплекса мероприятий по восстановлению и поддержанию систем жизнеобеспечения, вследствие заболевания, травмы, оперативного вмешательства и

других причин у пациентов, поступающих из отделений организации здравоохранения или доставленных скорой медицинской помощью;

2) проведение по показаниям лечения методами экстракорпоральной детоксикации и гипербарической оксигенацией;

3) повышение уровня практических навыков медицинских работников медицинской организации в области реанимации;

4) осуществляют по показаниям проведение лечения методами экстракорпоральной детоксикации и гипербарической оксигенацией как пациентов палат реанимации и интенсивной терапии, так и пациентов других отделений организации здравоохранения;

5) осуществляют взаимосвязь и преемственность в работе с другими отделениями.

Заключение :

При общей тенденции в медицине к профилизации и самостоятельности направлений провести четкую грань между анестезиологией, реаниматологией, неотложной медициной оказалось весьма сложно, особенно при ориентации не на организационные рамки, а на их содержание. Они взаимосвязаны, дополняют и обогащают друг друга. В экстремальных условиях, например (катастрофы, войны), неотложная помощь на догоспитальном этапе рассматривается в качестве важнейшей составной части реаниматологической помощи. Наоборот, разработанная в стране в последние годы концепция развития системы скорой помощи, ориентированная на повседневную практику, в определенной мере распространяется и на анестезиологическую помощь, и на интенсивную терапию в стационарах. Более того, когда анестезия выполняется у тяжело больного или пострадавшего, очень трудно провести грань даже между анестезиологией и реаниматологией, тем более что в прикладном аспекте они являются составными частями единой специальности.

Список литературы:

- 1) info@health-kz.com ИД «Здоровье Казахстана»
- 2) Полушин Ю.С «Анестезиология и реаниматология», 2012г
- 3) <http://depositfiles.com/files/zivcef0te>