



# НЕ СПИ!

# #1

Безъ должен кто-то бжить, когда другие спят!

(В.Мехенлер)

Декабрь  
1998

Неофициальный печатный орган киевской секции Ассоциации Анестезиологов Украины

СИСТЕМНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ОТВЕТ, СЕПСИС.  
ПАТОГЕНЕЗ И ТЕРАПИЯ.

Отчет о пленуме ассоциации  
анестезиологов Украины  
Проф. И.П.Шлапак

12-13 ноября 1998 г. в г. Львове состоялся пленум Ассоциации Анестезиологов Украины. Председатель оргкомитета, начальник Главного управления лечебно-профилактической помощи МЗ Украины В.А.Пищикова, открывая пленум, в своем выступлении подчеркнул значимость и заслуги анестезиологической службы в практическом здравоохранении, а также отметил актуальность и сложность проблемы, которую должны обсудить участники пленума.

В повестке работы пленума были четыре пленарных заседания, посвященных вопросам патогенеза и лечения сепсиса.

Первое пленарное заседание "Патофизиология системного воспалительного ответа" началось докладом А.И.Трещинского, А.А.Короткоручко, Л.А.Харченко "Некоторые новые аспекты системного воспалительного ответа и условия перехода в септическое состояние", в котором было показано, что в возникновении и развитии системной реакции наряду с повышенной концентрацией цитокинов, таких как фактор некроза опухоли (TNF), интерлейкины, происходит одновременно активация системы комплемента и гемостаза. Коагулопатия – одно из проявлений сепсиса. Активированный фактор XII (Хагемана) участвует в развитии синдрома ДВС.

Изменение системы коагуляции в генезе системных нарушений и их коррекция нашли свое отражение в докладе В.А.Лисецкого (Киев) "Нарушение микроциркуляции и гиперкоагуляция у онкологических больных как фактор развития тромбозомболических и септических осложнений". Патофизиологические и патобиохимические аспекты развития синдрома полиорганной недостаточности (ПОН) представил Я.М.Пидгирный (Львов), в частности, он четко показал наличие связи между транслокацией кишечной флоры и развитием септического шока и ПОН.

(Продолжение на стр. 2)

Уважаемые читатели,

В сложившейся ситуации информационного вакуума, окружившего отечественного врача, мы хотим предоставить вам возможность ознакомления как с передовыми достижениями мировой медицинской науки, так и с местными проблемами, которые могут показаться несущественными непосвященным людям, но за которыми стоят жизнь и здоровье пациентов и медиков.

Газета «**НЕ СПИ!**» будет издаваться ежемесячно и распространяться исключительно бесплатно на заседаниях киевского городского общества анестезиологов. Название, имидж, структура этого издания являются темой обсуждения, и мы просим вас участвовать в этом обсуждении. Нам видится, что основу газеты должны составить несколько рубрик: дайджест зарубежной информации; сообщения о наиболее важных событиях в анестезиологической службе Украины и Киева; информация о медицинской аппаратуре и лекарственных препаратах, и т.п. Нам представляется полезной публикация наиболее интересных и важных сообщений на заседаниях киевского общества анестезиологов и других мероприятиях. Интересными могли бы быть клинические разборы, странички обмена опытом и дискуссионного клуба. Хотелось бы не обойти стороной хороший медицинский юмор.

Нам очень хотелось бы, чтобы эта газета была действительно общественным изданием, и мы надеемся на вашу поддержку и помощь.

Независимое агентство научной  
медицинской информации

Во втором номере газеты «**НЕ СПИ!**» будут рассмотрены возможности Internet в медицине, в частности в анестезиологии, а также представлен дайджест информации, почерпнутой из Internet.

Первый номер газеты «**НЕ СПИ!**» выпущен благодаря спонсорской помощи представительства фирмы «Доктор Редди'с Лабораториз» в Украине.

Убедительно просим всех желающих активно участвовать в издании газеты «**НЕ СПИ!**»

✉ Киев, 253 222, а/я 374, Д.В.Гуляеву

☎/☎ (044) 530 54 89

✉ gulyayev@mail.kar.net

(Продолжение статьи И.П.Шлапака «Системный воспалительный ответ, сепсис. Патогенез и терапия. Отчет о пленуме ассоциации анестезиологов Украины». Начало см. на стр. 1)

Примерно у каждого четвертого больного с септическим синдромом возникает острое повреждение легких с развитием острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) в результате повреждения активированными нейтрофилами эндотелия легочных капилляров. Летальность при ОРДС превышает 50%. Рассмотрению механизмов развития острого повреждения легких, диагностических критериев и методов лечения были посвящены: лекция профессора А. Hammerle (Вена) и доклады Ф.С. Глумчера (Киев), А.А. Лебедева, Ю.А. Барабана, А.А. Лебедева мл. (Сумы); Д.М. Бидюк, Ю.С. Лещук, М.Я. Кись, Ю.А. Гера (Львов), Г.А. Васильева (Киев)

Диагностические трудности и терапевтические подходы с рациональной антибактериальной терапией хирургического сепсиса у парентеральных наркоманов были представлены в докладе И.Д. Герича, Д.А. Макара, Р.Д. Новосада и соавт. (Львов)

Выбор рациональной антибактериальной терапии пневмоний показал в своем докладе М.В. Бондарь (Киев).

В дискуссии, которая возникла относительно использования антибиотиков в клинической практике, прозвучала обоснованная тревога: пополнение арсенала антибактериальных средств не в силах соперничать с тяжелыми инфекциями. Увеличение числа резистентных штаммов, особенно госпитальной микрофлоры в отделениях интенсивной терапии, требует отрегулировать

стратегию и тактику использования антибиотиков. По предложению А.И. Трещинского и И.П. Ткачик пленум принял решение об организации комиссии за разумное использование антибиотиков в практике интенсивной терапии.

Интенсивная терапия тяжелого сепсиса и септического шока включает, наряду с респираторной поддержкой, коррекцию нарушений гемодинамики, санацию и контроль очагов инфекции, а также антибиотикотерапию. При септическом шоке, учитывая тяжелое состояние, неотложность ситуации и высокую летальность, принято использовать эмпирический (предположительный) подход в выборе антибактериальных средств. В докладе И.П. Шлапака приведены результаты контролируемых исследований, выполненных в ряде исследовательских групп, которые дали основание этим авторам заключить, что антибиотикотерапия является важным компонентом в лечении септического шока. Как правило, рекомендуют применять как можно раньше антибиотики широкого спектра, используя методику комбинированной или монотерапии. При этом клиническое значение имеет степень высвобождения эндотоксина под действием антибиотиков (минимальная у карбепенемов и аминогликозидов). В последующем после идентификации микрофлоры выбор антибиотика основывается на чувствительности микрофлоры.

В докладе Л.А. Харченко представлено патофизиологическое обоснование новой технологии лечения ангиохолита и билиарного сепсиса с целенаправленной и специфической антибиотикотерапией.

**Выходят из печати издания, подготовленные при участии Независимого агентства научной медицинской информации:**



**Готовятся к изданию:**

➤ Полицук Н.Е., Рассказов С.Ю.  
Принципы ведения больного в неотложной неврологии и нейрохирургии.

В серии «Анестезиологические тетради»:  
➤ Принципы мониторинга в анестезиологии  
➤ Ошибки и осложнения при анестезии

В серии «Конспект intensivиста»  
➤ Механизмы повреждающего действия ИВЛ  
➤ Ведение больного с хронической почечной недостаточностью

➤ Принципы фармакотерапии основных синдромов в неврологии и психиатрии

В серии «Анестезиологические тетради»:  
➤ Проводниковая анестезия  
➤ Физиология, фармакология и мониторинг нейромышечной проводимости

В серии «Конспект intensivиста»  
➤ Основы физиологии, патологии и фармакологии гемостаза  
➤ Карманный справочник лекарственных средств, применяемых в интенсивной терапии детей

Конспект лекции  
Ф.С.Глумчера  
«ОСТРЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ  
ДИСТРЕСС СИНДРОМ»

**ОРДС** - ЭТО ЛЕГОЧНЫЙ ОТВЕТ НА ЛОКАЛЬНУЮ ИЛИ СИСТЕМНУЮ ГИПОКСИЮ ТКАНЕЙ, ИХ ИШЕМИЮ И РЕПЕРФУЗИЮ; ЯВЛЯЕТСЯ ДИНАМИЧЕСКИМ ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ С МНОГОФАКТОРНОЙ ЭТИОЛОГИЕЙ. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В ЛЕГКИХ СВЯЗАН С МНОГИМИ ФАКТОРАМИ: АКТИВАЦИЯ ПЯН, ЭНДОТЕЛИОЦИТОВ, ПРОДУКЦИЕЙ СВОБОДНЫХ КИСЛОРОДНЫХ РАДИКАЛОВ. В ПАТОГЕНЕЗЕ НЕКОРРИГИРУЕМЫЙ ОТЕК ЛЕГКИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ АЛЬВЕОЛО-КАПИЛЛЯРНОЙ МЕМБРАНЫ.

Welling KL, 1996.

**ПЯН** - ОТВЕТСТВЕННЫЕ ЗА УДАЛЕНИЕ ИНОРОДНЫХ МАСС ИЗ ЛЕГКИХ; ОБЛАДАЮТ ВЫРАЖЕННЫМИ БАКТЕРИЦИДНЫМИ СВОЙСТВАМИ; МОГУТ УЧАСТВОВАТЬ В АУТОИММУННЫХ ПРОЦЕССАХ; ВАЖНА ИНТЕРАКЦИЯ МЕЖДУ ПЯН И ЦИТОКИНАМИ; АКТИВАЦИЯ ПРОИСХОДИТ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ L-selectin CD 62L и бета2-integrin CD11b СЕКВЕСТРАЦИЯ ПЯН В ЛЕГКИХ КОРРЕЛИРУЕТ С НАРУШЕНИЯМИ ГАЗООБМЕНА. РАЗВИТИЕ ОРДС ПРИ ЛЕЙКОПЕНИИ ЧАСТИЧНО ОПРОВЕРГАЕТ ИХ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОРДС, ЕСТЬ ПЯН-ЗАВИСИМЫЙ И ПЯН-НЕЗАВИСИМЫЙ ПУТИ РАЗВИТИЯ ОРДС. СНИЖЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ В АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЖИДКОСТИ АССОЦИИРУЕТСЯ С БЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОЗОМ.

## ПОТЕНЦИАЛЬНО-ПОВРЕЖДАЮЩИЕ ФАКТОРЫ ПРИ ОРДС

В 83 исследованиях 77 факторов риска ОРДС (хотя только в половине случаев приводится четкая дефиниция синдрома):

**ФАКТОР, ИНГИБИРУЮЩИЙ ЛЕЙКЕМИЮ**  
(Leukemia inhibitory factor - LIF) - полифункциональный цитокин (концентрация повышается в бронхиальных смывах только при ОРДС, но не у всех больных)

**ФАКТОР, ИНГИБИРУЮЩИЙ МИГРАЦИЮ  
МАКРОФАГОВ** (Macrophage-migration inhibitory factor - MIF) - один из первых цитокинов, секретируется передней долей гипофиза; при ОРДС концентрация в альвеолярной жидкости повышается.

**НУКЛЕАРНЫЙ ФАКТОР каппа В** (каппа В NF) - транскриптор для освобождения многих цитокиновых генов; процесс зависит от протеин- и тирозин-киназы, а также фосфотидилхолинспецифической фосфолипазы С; LPS запускает активацию в АМ промоуторов

IL-1β; IL-6; IL-8 - продуцируются альвеолярными макрофагами

IL-8 способствует адгезии нейтрофилов, активирует их функцию, повышение концентрации в альвеолярной жидкости и плазме крови коррелирует с летальностью при ОРДС

IL-10 - играет важную роль в продукции TNFα и в нарушении баланса между провоспалительными и противовоспалительными медиаторами при ОРДС (особенно септическом); у выживших больных концентрация ниже чем у умерших.

**ЭПИТЕЛИАЛЬНО-КЛЕТОЧНЫЙ  
НЕЙТРОФИЛЬНЫЙ ФАКТОР 78** (ENA78)

**МАКРОФАГАЛЬНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПЕПТИД  
1α** (MIP 1α)

ELAM; ICAM; E - СЕЛЕКТИН - увеличивают адгезию и провоспалительный эффект нейтрофилов

C3a и C5a - повышение концентрации в бронхиальных смывах в сочетании особенно в сочетании со снижением количества лейкоцитов - информативный фактор риска развития ОРДС

ПОТЕНЦИАЛЬНО-ПОВРЕЖДАЮЩИЕ  
ФАКТОРЫ ПРИ ОРДС  
(продолжение)

ТРОМБОКСАНЫ И ЛЕЙКОТРИЕНЫ

ФЕРРИТИН И С-реактивный белок -  
повышение концентрации в сыворотке  
может служить прогностическим  
фактором риска развития ОРДС и  
отражают степень высвобождения  
железа

ГРАНУЛОЦИТНЫЙ КОЛОНИЙ-  
СТИМУЛИРУЮЩИЙ ФАКТОР (colony-  
stimulating factor - G-CSF) - активирует  
функцию ПЯН, их инфильтрацию через  
альвеолокапиллярную мембрану и  
отек; в эксперименте инсталляция G-  
CSF вызывала ОРДС.

КСАНТИН-ОКСИДАЗА - преоксидный субстрат;  
индуцирует образование свободных  
кислородных радикалов; отмечается  
достоверная разница между умершими  
и выжившими больными с ОРДС

КСАНТИН - уровень был выше при ОРДС, но  
разница между выжившими и  
умершими недостоверная

ФАКТОР АКТИВАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ (PAF) -  
концентрация в бронхиальных смывах  
самая высокая при ОРДС

ERSICAN - протеингликан, возможно важный  
фактор развития пневмофиброза при  
ОРДС

МАТРИКСНАЯ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗА -  
концентрация повышается при ОРДС

НОВЫЙ ХЕМОКИН мов-1 - способствует  
хемотаксису клеток воспаления

ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ КЛЕТОЧНЫЙ АКТИВАТОР  
НЕЙТРОФИЛОВ 78 (ENA-78),  
МАКРОФАГАЛЬНЫЙ  
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПЕПТИД-1альфа  
(MIP-1альфа) - коррелируют с  
концентрацией ПЯН в легких при ОРДС

ЭНДОТЕЛИН

СТАДИИ ОРДС (Gattinoni L, et al. JAMA 1994)

- ПЕРВАЯ: вначале после воздействия  
этиологического фактора нет  
клинических и R-логических  
проявлений; затем признаки  
гипоксемии; появление легочных  
инфильтратов; высокая D(A-a) O<sub>2</sub>;
- ВТОРАЯ: нейтрофильная инфильтрация  
легких; альвеолярная богатая  
протеинами экссудация;  
пролиферация фибробластов и  
альвеолоцитов II-типа;  
прогрессирование гипоксемии;  
снижение compliance
- ТРЕТЬЯ (хроническая): легочный фиброз;  
избыточная продукция коллагена;  
выраженные рестриктивные  
расстройства, снижение compliance,  
эмфизема легких

КРИТЕРИИ ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО  
ДИСТРЕСС-СИНДРОМА

(Согласительная конференция врачей Северной  
Америки и Европы, 1994)

НАЧАЛО: ОСТРОЕ

R-ГРАММА: 2-СТОРОННИЕ ЛЕГОЧНЫЕ  
ИНФИЛЬТРАТЫ

ДЗЛА < 19 мм рт. ст  
или ОТСУТСТВИЕ КЛИНИЧЕСКИХ  
ПРИЗНАКОВ ЗАСТОЙНОЙ  
ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ  
НЕДОСТАТОЧНОСТИ

PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>: < 200 мм рт. ст.

Chest 1995; 107: 1721-1726

Дополнительные: повышение Qs/Qt, снижение  
compliance

**ЭТИОЛОГИЯ ОРДС**

- СЕПСИС
- АСПИРАЦИЯ КИСЛОГО СОДЕРЖИМОГО
- МАССИВНЫЕ ГЕМОТРАНСФУЗИИ ( > 3-3,5 л/сут)
- МНОЖЕСТВЕННАЯ ТРАВМА
- ОЖОГИ
- ПАНКРЕАТИТ
- Синдром ДВС
- ДЛИТЕЛЬНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ
- УТОПЛЕНИЕ
- ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ И ЛЕЙКОЗЫ (ХИМИОТЕРАПИЯ)
- ДЛИТЕЛЬНЫЕ ТРАВМАТИЧНЫЕ ОПЕРАЦИИ
- ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ (редко)
- АИК
- ПСОРИАЗ; ЭРИТРОДЕРМИЯ(редко)
- ИНГАЛЯЦИЯ ТОКСИЧНЫХ ГАЗОВ; ДЫМА
- ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ (ЧАЩЕ МИЛЛИАРНЫЙ)
- ОТРАВЛЕНИЯ
- СИНДРОМ ОБРАЗОВАНИЯ АНТИТЕЛ К ФОСФОЛИПИДАМ
- ИДИОПАТИЧЕСКИЙ

## ТЕРАПИЯ ОРДС

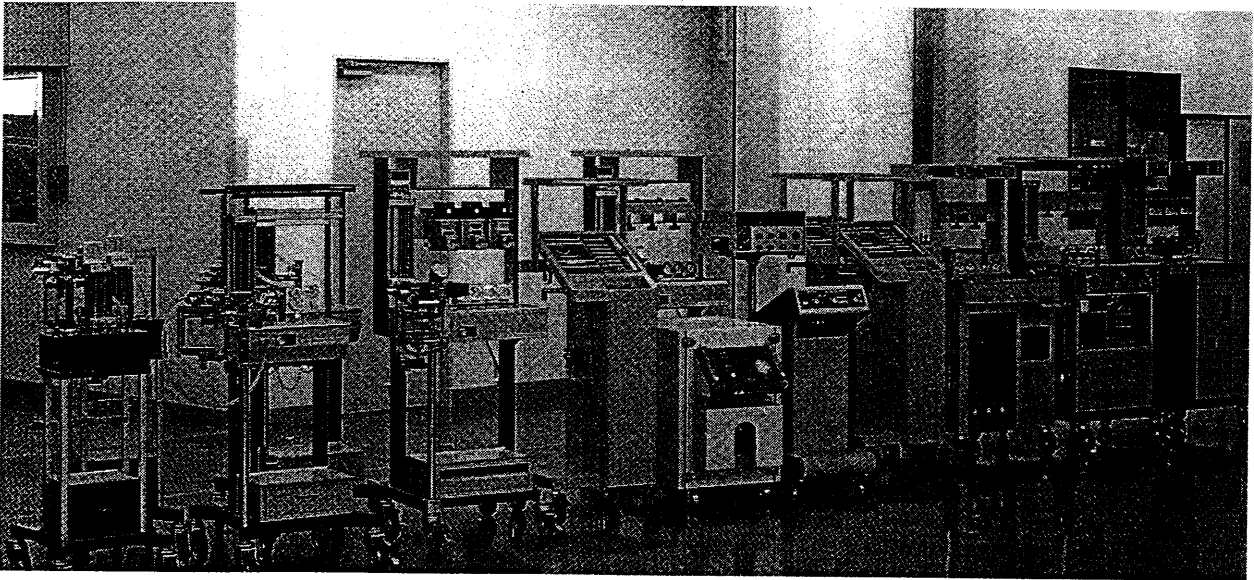
- КОНТРОЛИРУЕМАЯ ПО ДАВЛЕНИЮ ( < 30-35 см вод ст) ИВЛ ( $V_t < 8-10$  мл/кг) С ПДКВ (> 15 см вод ст - ?)
- PERMISSIVE (БЕЗОПАСНАЯ) ГИПЕРКАПНИЯ с  $PCO_2 < 55-80$  мм рт ст; pH > 7,2;  $p50 < 34$  мм рт ст) (инсуфляция газа в трахею 7-8 л/мин) - ?
- КИНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ (PRONE - позиция) в ранних стадиях ОРДС
- ПАРЦИАЛЬНО-ЖИДКОСТНАЯ ИВЛ С ПЕРФЛЮОРОКАРБОНОМ - ?
- МЕТИЛ-ПРЕДНИЗОЛОН (2,5 мг/кг/сут); ГИДРОКОРТИЗОН (125-250 мг/ 6ч) - ?
- ОКСИД АЗОТА (NO) (1-4 0 ppm ) или PGI<sub>2</sub>(1-25нг/кг/мин) + PRONE + almitrine bismesylate (фенилэфрин 50-200 мкг/мин) (PGF<sub>2</sub>альфа)
- ЛИПОСОМАЛЬНЫЙ PGE<sub>1</sub> (начальная доза 3,6 мг/кг/ч) - ?
- Вено-венозная ЭМО при  $PaO_2/FiO_2 < 60$  мм рт ст и ПДКВ > 20 см вод ст (56,3 мл/кг/мин)
- ДИЕТА - DEPN-8 (аналогичная по составу с сурфактантом) - ?
- ИММУННО-КОМПЕТЕНТНАЯ ДИЕТА (L-аргинин, омега-3 жирные кислоты:, микроэлементы) - ?
- ОГРАНИЧЕНИЕ ОБЪЕМА ВНУТРИВЕННЫХ ИНФУЗИЙ (ДЗЛА < 12 мм рт ст)
- НАТУРАЛЬНЫЙ СУРФАКТАНТ (альвеофак) (200 мг/кг) - ??
- ИСКУССТВЕННЫЙ СУРФАКТАНТ (инсталляция или ингаляция 4-8 доз) (экзосурф 50мг/кг) - ??
- АНТИОКСИДАНТЫ: СУПЕРОКСИДИСМУТАЗА, КАТАЛАЗА, ЕУК-8, N-acetyl-L-cystein, ambroxol,
- дитиокарбоматы (Pyrollidine dithiocarbamate) - ?
- ИНГИБИТОРЫ ПРОТЕАЗ: альфа2-макрोगлобулин, альфа1-антитрипсин) - ?
- ИНСТАЛЛЯЦИЯ САЛЬБУТАМОЛА - ?
- МОНОКЛОНАЛЬНЫЕ АНТИТЕЛА И ИХ ХИМЕРЫ (анти-адгезивные, к E- и L-селектину) - ?
- ГЕМОФИЛЬТРАЦИЯ (УЛЬТРАФИЛЬТРАЦИЯ) - ???

ПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ с Cisapride (увеличивает спланхническую перфузию) - ???



# АСОМА

Крупнейший в Японии производитель  
наркозно-дыхательного оборудования  
- фирма АСОМА -  
предлагает широкий спектр наркозных аппаратов  
и респираторов различного назначения



Чрезвычайная простота в обслуживании



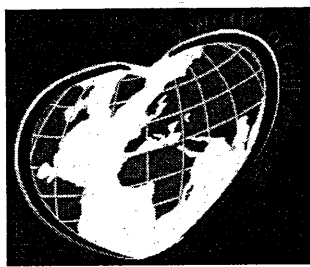
Японская надежность



Абсолютная доступность цен

Эксклюзивный дистрибьютор в Украине - фирма MES

☎/📄 (044) 224 31 89



# КЛЕКСАН



*От нового слова в профилактике  
тромбоэмболической болезни -  
к новому стандарту в лечении  
острых коронарных синдромов*



**rPr Rhône-Poulenc Rorer**

Представительство в Украине:

☒ Киев, 252 050, ул. Глубочицкая, 4

☎ (044) 247 68 38; 📠 (044) 247 68 40

## СЕМЬ СМЕРТНЫХ ГРЕХОВ КЛИНИЧЕСКОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ.

The seven sins of clinical anesthesia.

D.J.Doyle

### 1. Неполная оценка состояния больного

Неполучение информации, необходимой для обеспечения безопасной анестезии.

Однако, в некоторых неотложных ситуациях (например, разрыв аневризмы аорты, массивная травма) может быть недостаточно времени для выполнения полной оценки состояния больного (сбора анамнеза, в частности установления наличия аллергии, получения информации о ранее перенесенных анестезиях, и т.п.). К числу других возможных препятствий относятся языковой барьер и умственная несостоятельность больного (например, болезнь Альцгеймера). Важная информация из старой истории болезни пациента может быть недоступна из-за того, что история болезни уничтожена по истечении определенного времени хранения (например, 10 лет), либо хранится в другом месте, либо доступна только на микрофильме в «обычные рабочие часы». Часто старые записи оказываются недоступными без каких-либо явных причин («утеряны»), либо доступны лишь через несколько дней после подачи письменной заявки на выдачу истории болезни.

### 2. Недостаточная подготовка

Невыполнение проверки наркозного аппарата и оборудования перед началом проведения анестезии

**Правильная подготовка к проведению анестезии включает:**

- Проверку наркозного аппарата и монитормого оборудования
- Проверку электроотсоса
- Подготовку к обеспечению проходимости дыхательных путей (лярингоскоп, эндотрахеальный трубки)
- Подготовку препаратов для анестезии и для лечения в неотложных ситуациях
- Подготовку оборудования для внутривенных инфузий
- Подготовку специального оборудования (нагревателя, монитора сердечного выброса и т.п.)

Этот процесс может быть облегчен использованием специального проверочного списка. Выбор лекарственных средств и оборудования, которые должны быть подготовлены к проведению наркоза зависят, конечно, от клинических обстоятельств

### 3. Незнание того, что делает хирург

Возможные примеры:

- Невыполнение точной оценки объема кровопотери
- Использование галотана в то время, как хирург инфильтрирует операционную рану раствором, содержащим адреналин
- Незнание того, сколько раствора местного анестетика ввел хирург
- Необращение внимания на то, что хирург тянет глазное яблоко (что вызывает брадикардию)

### 4. Лень.

Возможные примеры

- Невыполнение соответствующих записей в наркозной карте
- Неполное ведение карты (отсутствие информации о температуре, давлении в дыхательных путях)
- Невыполнение проверки артериального давления обычным тонометром в случае, когда при автоматическом измерении АД обнаруживаются его изменения

### 5. Гордыня и самонадеянность

Самонадеянность может привести врача к неадекватной подготовке к проведению наркоза (например, отказ от подготовки набора для трудной интубации при проведении наркоза у больного, у которого раньше возникали затруднения при интубации)

Чрезмерная гордыня мешает врачу позвать на помощь в случаях, когда эта помощь необходима (трудная интубация, массивная кровопотеря, анафилаксия)

### 6. Неорганизованность

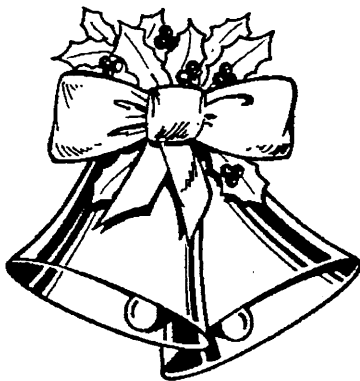
Возможные примеры:

- Отсутствие маркировки магистралей внутривенных инфузий в сложных случаях
- Отсутствие маркировки шприцев с лекарственными препаратами
- Неаккуратное, неорганизованное рабочее место

### 7. Апатия

Возможные примеры:

- Невыявление и неустранение проблем, связанных с отсутствием оснащения, неадекватностью лекарственными средствами, и т.п.
- Отсутствие устремлений поддерживать на должном уровне свои знания (отказ от работы с литературой и участия в обсуждении проблем)



*За мгновеньем мгновенье - и жизнь промелькнет...  
Пусть в весельем мгновенье это блеснет!  
Веселись, ибо жизнь - это сущность творенья.  
Как ее проведешь, так она и пройдет.*





# КЕТОРОЛ (KETOROL)

## КЕТОРОЛАКА ТРОМЕТАМИН

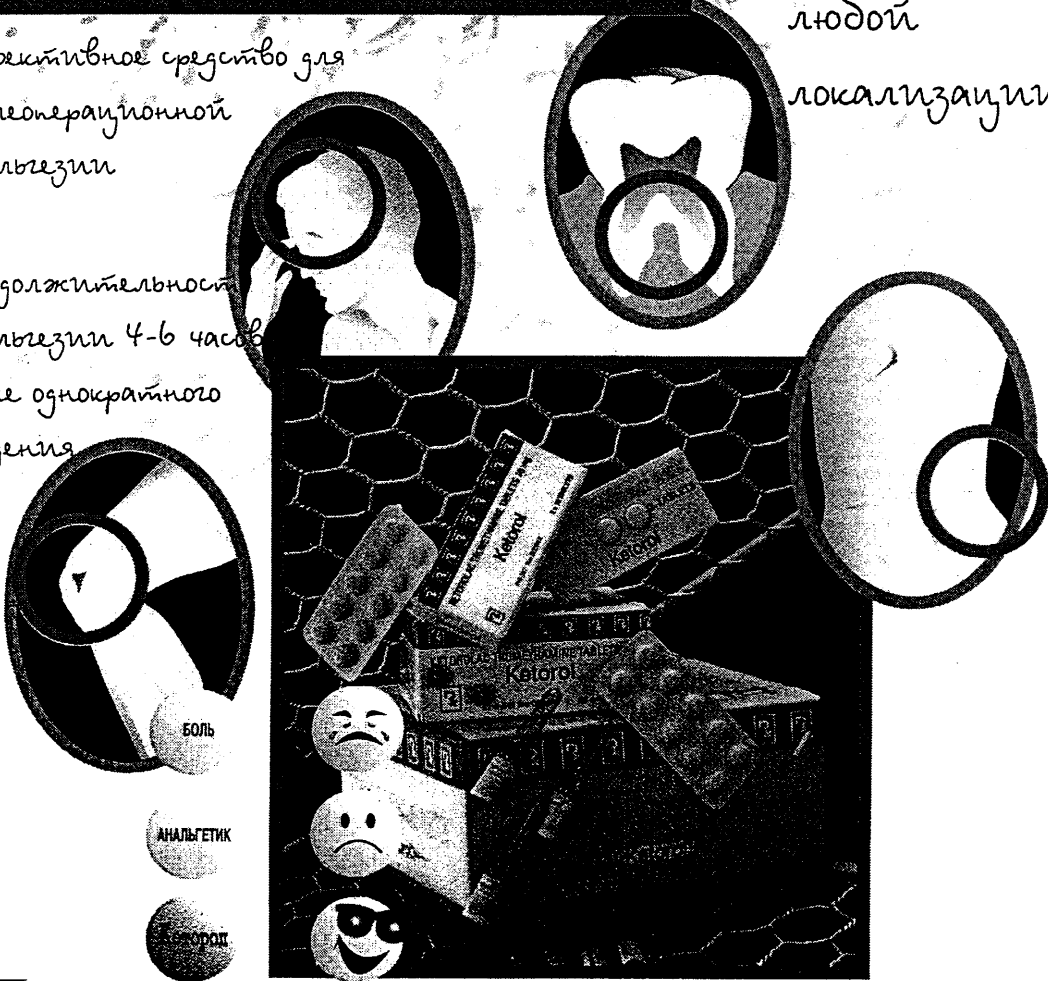


**Д-р РЕДДИ'с ЛАБОРАТОРИС ЛТД.**  
**Dr. REDDY'S LABORATORIES Ltd.**

Устранить боль  
любой  
локализации

Эффективное средство для  
послеоперационной  
анальгезии

Продолжительность  
анальгезии 4-6 часов  
после однократного  
введения



- БОЛЬ
- АНАЛЬГЕТИК
- КЕТОРОЛ



Ваше здоровье - наша забота