



НЕ СПИ!



Безъ должен кто-то бдѣть, когда другие спят!

(В.Мексинер)

М а й
1 9 9 9

Неофициальный печатный орган киевской секции Ассоциации Анестезиологов Украины



Сегодня некрутая, но знаменательная дата: день рождения Анатолия Ивановича Трещинского. От имени киевского отделения Ассоциации анестезиологов Украины поздравляем дорогого Анатолия Ивановича, желаем ему здоровья, счастья, успехов во всех начинаниях, творческого долголетия

ОРИЕНТОВНИЙ ПЛАН САМОЗВІТУ ЛІКАРЯ-АНЕСТЕЗІОЛОГА ДЛЯ АТЕСТАЦІЇ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ КАТЕГОРІЮ.

I. Автобіографічні дані

- Дата народження.
- Який ВУЗ, факультет закінчив і в якому році.
- Післядипломне навчання
 - Інтернат: по якій спеціальності, в якому ВУЗі, на якій кафедрі, термін, який фах було присвоєно і на який термін
 - курси підвищення кваліфікації: рік, назва циклу, термін, ВУЗ, кафедра, оцінка заключного іспиту
 - атестація: рік, назва атестаційної комісії, на яку кваліфікаційну категорію атестувався і яку кваліфікаційну категорію присвоєно, дата останнього проходження передатестаційного циклу, ВУЗ, кафедра
- Трудова діяльність після закінчення ВУЗу
 - назва установи, відділення, посада, термін
 - нагороди, відзнаки, заохочення
 - адміністративні стягнення

II. Коротка характеристика лікувальної установи, де зараз працює лікар

- потужність ліжкового фонду (в т.ч. хірургічного профілю)
- структурні підрозділи – відділення (перерахувати)
- які відділення ургентують і як часто

III. Характеристика структурного підрозділу служби анестезіології, де працює лікар

- Назва, потужність
- Основні показники анестезіологічної допомоги за звітний період і кількість операцій, кількість анестезій, % знеболювання, різновидності загального і регіонарного знеболювання, кількість ургентних і планових)
- Основні показники роботи палат інтенсивної терапії за звітний період (кількість і характеристика пролікованих хворих, летальність)
- Кількість консультацій у відділеннях лікарні
- Для завідуючих відділенням - детальний аналіз роботи структурного підрозділу служби за звітний період.

IV. Об'єм виконаної роботи за звітний період

- Кількість проведених загальних і регіонарних анестезій
 - при якій хірургічній патології (перерахувати і вказати кідькість)
 - скільки планових і ургентних анестезій

Засідання Київського відділення ААУ

от 20.05.99

Аудитория кафедры акушерства и гинекологии Киевского медицинского университета (бульв. Шевченко, 13), 17 часов

Повестка дня:

- Интегративная анестезиология и интенсивная терапия
Г.А.Шифрин.
- Анестезия при органной трансплантации
С.Н.Гриценко
- Антиоцицептивное обезболивание и гомеостазобеспечивающая интенсивная терапия при гестозах
В.Е.Бухин
- Биологическая целостность организма при интенсивной терапии острого гнойного перитонита.
М.Л.Горенштейн
- Статусметрия в медицине критических состояний
А.И.Денисенко
- Экстракорпоральная коррекция трансаплярного массопереноса при терминальных состояниях.
В.В.Мурачев
- Приоритетность интенсивной терапии в стратегии здравоохранения
Г.А.Шифрин

Этот выпуск газеты «НЕ СПИ!» напечатан исключительно за средства Независимого агентства научной медицинской информации

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

- в) скільки ендотрахеальних багатокомпонентних комбінованих загальних анестезій із застосуванням міорелаксантів
 - г) які різновидності премедикації застосовували
 - д) які анестетики використовували для введеного наркозу і чим керувались при виборі
 - е) якими анестетиками забезпечували базисний контроль
 - ж) які м'язові релаксанти використовували в своїй практиці; методику і їх застосування
 - з) перерахуйте критерії вибору оптимальних компонентів загальної анестезії застосованої вами при різній хірургічній патології
 - і) які анестетики чи їх комбінації були використані вами для загальної доведеної анестезії із збереженням спонтанного дихання та при якому оперативному втручанні
 - к) якими методами регіонарної анестезії володієте; скільки провели спинальних, епідуральних анестезій та блокад окремих нервів; які місцеві анестетики використовували, їх дози; які спостерігали ускладнення та побічні ефекти; яка, на вашу думку, причина їх виникнення, яким чином вони були усунуті; яким чином можна було запобігти їх виникненню
 - л) які ускладнення спостерігали під час проведення ендотрахеальних наркозов, яка на вашу думку причина їх виникнення, яким чином вони були усунуті та як можна було запобігти їх виникненню
 - м) які ускладнення спостерігали під час проведення доведених наркозів; яка, на вашу думку, причина їх виникнення, яким чином вони були усунуті та як можна було запобігти їх виникненню
 - н) яка кількість хворих, яким ви проводили анестезію, мала супутню патологію
 - органів кровообігу: міокардит, постінфарктний кардіосклероз, ішемічна хвороба серця, порушення серцевого ритму, штучний водій ритму, гіпертонічна хвороба та інші.
 - органів дихання: обструктивний бронхіт, бронхіт з астматичним компонентом, бронхіальна астма, пневмонія, плеврит, емфізема легень, пневмосклероз та ін.
 - печінки: гепатит, цироз, елементи гепатоцелюлярної, біліарної та ретикулоендотеліальної недостатності
 - нирок: піелонефрит, гломерулонефрит, нефроз, полікістоз
 - ендокринних органів: цукровий діабет, гіпотіреоз, тиреотоксикоз, гіпопаратіреоз, наднирникова недостатність
 - о) перерахуйте критерії вибору оптимального виду знеболювання при кожній супутній патології, з якою ви зустрічались під час проведення анестезії на протязі звітного періоду, а також оптимальні програми передопераційної підготовки, інтраопераційного анестезіологічного забезпечення та ведення післяопераційного періоду
2. Яка кількість хворих була пролікована вами в палатах інтенсивної терапії за звітний період
- а) з якою патологією: перерахувати, вказати кількість і результати лікування
 - б) перерахуйте основні напрямки інтенсивної терапії для кожної вищевказаної нозологічної одиниці
 - в) які нові методи анестезії і методи інтенсивної терапії були вами освоєні і впроваджені в практику за звітний період, ваша оцінка їх ефективності
 - г) якими новими мануальними навиками оволоділи
 - д) які ускладнення інтенсивної терапії ви спостерігали: алергічні, анафілактичні, анафілактоїдні реакції, небажані ефекти інтеракції ліків, жирову емболію легневих артерій після переливання жирових емульсій, ятрогенну гіпергідратацію з набряком легень і мозку, пошкодження плеври, легень, артеріальних судин під час пункції і катетеризації центральних вен та ін.
 - е) венесекції, катетеризації периферичних та центральних вен (кількість, показання для катетеризації, методику, ускладнення, невдача, аналіз їх причин і методи запобігання)
 - ж) які методи асептики та антисептики ви застосовуєте в своїй

- роботі для запобігання розвитку нозокоміальних інфекцій: стерилізація апаратури, догляд за венозними та сечовими катетерами, трахеостомами, дренажами та інше.
- з) якими критеріями ви керуетесь при призначенні антибактеріальних препаратів в практиці інтенсивної терапії
- і) якими методами екстракорпоральної детоксикації біологічних середовищ володієте, якщо так, то як часто їх використовуєте і при яких показаннях
- к) скільки здійснили гемотрансфузій, за яких показань і які були ускладнення; як вони були усунуті
- л) які нові медпрепарати за звітний період ви стали використовувати в практиці інтенсивної терапії: показання, ефективність, побічна дія
- м) з якою новою наркозно-дихальною, контрольно-діагностичною та моніторною апаратурою ви ознайомились чи освоїли її експлуатацію за звітний період

V. Самоосвіта

1. Як часто відвідуєте республіканську медичну бібліотеку
2. Які періодичні медичні видання читаєте?
3. Які актуальні питання спеціальності поглиблено самостійно вивчаєте?
4. Які книжки по спеціальності Ви придбали за звітний період або прочитали в бібліотечі?
5. Чи являєтесь Ви передплатником журналу «Біль, знеболення і інтенсивна терапія» або інших вітчизняних чи закордонних журналів
6. Чи є Ви членом київського осередку Асоціації анестезіологів України? Чи справно платили членські внески?
7. Чи приймаєте участь в щомісячних засіданнях наукового товариства анестезіологів Києва та Київської області? Чи робили там доповіді? Що нового для себе взяли?
8. Чи володієте іноземною мовою? Якщо так, – чи читаєте іноземну медичну літературу? Яку?
9. Участь у патологоанатомічних конференціях.
10. Підготовка і читання рефератів з актуальних питань спеціальності для лікарів, медичних сестер відділення. Назвати теми
11. Що нового з'явилося в анестезіології як в науці за останні роки: нові відкриття, нові тенденції, нові погляди на старі проблеми, нові підходи до лікування критичних станів, нові анестетики, міорелаксанти, препарати для інтенсивної терапії

VI. Науково-дослідна робота

1. Участь в аналізі результатів роботи відділення, їх узагальнення
2. Впровадження нових методик анестезії та інтенсивної терапії
3. Участь в науково-практичних конференціях, семінарах, школах, з'їздах
4. Друковані наукові статті, тези доповідей (перерахувати)
5. Рационалізаторські пропозиції, винаходи

VII. Найближчі плани на майбутнє

1. Хочу освоїти нові методику анестезії та інтенсивної терапії:
 - а) катетеризація внутрішньої яремної вени
 - б) спинальна анестезія
 - в) епідуральна анестезія
 - г) блокади нервів і нервових сплетінь
 - д) назотрахеальна інтубація
 - е) височастотна вентиляція
 - ж) ендолімфатичне введення антибіотиків
 - з) плевральна пункція та ін.
2. Хочу поглибити свої знання:
 - а) в області фізіології та патології вагітних
 - б) в області фізіології та патології нервової системи
 - в) електорокардіографії
 - г) парентеральному живленні
 - д) обміну мікроелементів
 - е) клінічній токсикології та ін.

VIII. Описати цікавий неординарний випадок із особистої практики. Зробити його аналіз.

Матеріал надав
для публікації
М.В.Бондарь

**ОСНОВНЫЕ РАЗРАБОТКИ КАФЕДРЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ
ЗАПОРОЖСКОГО ИНСТИТУТА УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ**

**Интегративная анестезиология
и интенсивная терапия
Г.А.Шифрин.**

Интегративная анестезиология и интенсивная терапия - система научных знаний и профессиональных технологий, целью которых является сохранение биологической целостности организма пациента в ходе оперативного лечения, а также восстановление ее в экстремальных ситуациях. Пространственно-временной дискретностью биологической целостности организма является квантовый биоцикл, состоящий из биологического и энергодинамического квантов. Интегративная анестезиология позволяет включить время анестезии и операции в период соматотрофной подготовки к общему адаптационному синдрому. Стандарты интегративной интенсивной терапии обеспечивают ликвидацию кислородного долга в первый час лечения, а метаболического - через 54-66 часов. Интегративная анестезиология и интенсивная терапия служат основой для опережающего обучения специалистов.

**Анестезия при органной трансплантации
С.Н.Гриценко**

Традиционная анестезия должна приводить в соответствие транспорт и потребление кислорода и энергосубстратов и обеспечить оптимальную скорость физиологической и репаративной регенерации. Это позволяет уменьшить ишемическое повреждение трансплантатов и нежелательные эффекты иммуносупрессии в раннем послеоперационном периоде. Ишемические повреждения эндотелия трансплантатов нарушают транскапиллярный обмен и способствуют накоплению свободной и связанной воды в трансплантате. Снижение кровотока приводит к гипоксической венозной вазоконстрикции в трансплантате, интерстициальному отеку. Фильтрация в капилляре первично зависит от градиента средне-капиллярного и коллоидно-онкотического давлений, а реабсорбция в капилляре - коллоидно-онкотического и венозного давлений. Соблюдение этих принципов при анестезиологическом обеспечении 253 трансплантаций почек, 8 пересадках печени, 1 пересадке поджелудочной железы позволило исключить интраоперационную летальность и летальность в первые 48 часов.

**Антиноцицептивное обезболивание
и гомеостазобеспечивающая
интенсивная терапия при гестозах
В.Е.Букин**

На основе углубленных исследований защитно-приспособительных реакций организма у 408 беременных с преэклампсией во время родоразрешения и в послеродовом периоде установлено, что применение спинальных методов

аналгезии родов низкоконцентрированными растворами локальных анестетиков с добавлением опиоидов является наиболее безопасным и эффективным методом, предупреждающим прогрессирование полиорганной дисфункции. Для анестезиологического обеспечения кесарева сечения наиболее оптимальными являются общая анестезия диприваном в сочетании с анальгетическими дозами кетамина или спинальная анестезия бупивакаинном с добавлением буторфанола. У 96 пациентов с развившейся эклампсической комой для устранения внутричерепной гипертензии, отека легких и мозга с положительным клиническим результатом использована изолированная ультрафильтрация. Достигнуто снижение материнской смертности от гестоза и сокращение в 1,5 раза сроков пребывания родильниц в отделениях интенсивной терапии.

**Биологическая целостность организма
при интенсивной терапии
острого гнойного перитонита.
М.Л.Горенштейн**

Оценка биологической целостности организма проведена по ходу интенсивной терапии острого гнойного перитонита у 140 больных. Интенсивная терапия включала в себя, кроме хирургической санации, антибиотиков, инфузионно-трансфузионной коррекции волемии и водно-электролитного баланса, протектирующую фармакотерапию гемодинамики и методы эфферентной терапии (плазмаферез, ультрафильтрацию с гемосорбцией при вено-венозной и вено-артериальной гемоперфузии). Механизмы нарушений сопряженности биологического и энергодинамического потенциалов были изучены в эксперименте на 63 крысах с острым гнойным перитонитом. Установлено, что использование эфферентной терапии при токсической стадии острого гнойного перитонита позволяет восстановить биологическую целостность организма на 5 сутки интенсивной терапии. При терминальной стадии острого гнойного перитонита биологическая целостность организма достигается лишь к 13 суткам комплексной интенсивной терапии. Восстановление биологической целостности организма у 132 пациентов с острым гнойным перитонитом оказалось надежным, они выздоровели и были выписаны.

**Статусметрия в медицине
критических состояний
А.И.Денисенко**

Статусметрия - оригинальная методика оценки тяжести состояния, прогнозирования исхода заболевания и выбора эффективной интенсивной терапии у критических пациентов. Статусметрия верифицирована специальными математическими методами по результатам лечения 2655 специально

обследованных больных и пострадавших. Статусметрия программно реализована в виде кибернетической диагностической системы. Сравнение статусметрии с другими способами оценки статуса и прогноза подтвердило ее более высокую чувствительность и специфичность.

Экстракорпоральная коррекция трансапиллярного массопереноса при терминальных состояниях.

В.В. Мурачев

Для устранения витальных нарушений и восстановления биологической целостности организма у 75 терминальных больных и пострадавших использовали экстракорпоральную коррекцию. Она выполнялась методом непрерывной гемодиализации в сочетании с обменным плазмаферезом и последующей гемосорбцией. Экстракорпоральная коррекция проводилась путем вено-вено-аортальной вспомогательной гемоперфузии с оксигенацией всей возвращаемой крови, а также управляемой пред- и постнагрузкой на сердце. Объем перфузии составлял 18-20 ОЦК, скорость ультрафильтрации и ее замещения 100-150 мл/мин, плазмаобмен 2,5-3 ОЦП, гемосорбция 5-6 ОЦК. Стойкая коррекция достигнута у 39 терминальных пациентов, которые выжили и были выписаны.

Приоритетность интенсивной терапии в стратегии здравоохранения

Г.А. Шифрин

Интенсивная терапия - основа медицины неотложных состояний, медицины катастроф, скорой медицинской помощи и анестезиологии. Приоритетность интенсивной терапии определяет сам биологический смысл стресса. Дело в том, что общий адаптационный синдром не наступает сразу. Он развивается не ранее, чем через 6 часов после стресс-воздействия и полноценной соматотрофной подготовки. Если жизнеспасаящая терапия не дает необходимого эффекта, общий адаптационный вообще не развивается, и выздоровление оказывается недостижимым. При ликвидации кислородного долга общий адаптационный синдром наступает через 6 часов, а его стадия резистентности начинается спустя 48 часов. Отсюда общие организационные меры: для госпитализации на койки интенсивной терапии после несчастных случаев и всех внезапно заболевших нужно довести число коек интенсивной терапии до 15%; обеспечить бюджетное финансирование первых 54 часов лечения; повысить профессиональную компетентность анестезиологов путем непрерывного обучения в интернатуре и клинической ординатуре, ввести должность штатного главного интенсивиста Министерства здравоохранения. Только приоритетность интенсивной терапии способна устранить негативные демографические тенденции и снизить финансовые расходы на здравоохранение.

Медицинская Экономика

Родственники прооперированного больного вручают хирургу гонорар.

Один из родственников:

— Скажите, доктор, он будет жить?

Хирург (пересчитав деньги):

— Пока — нет.



«Комп&ньоН», 1999, №14

— Сколько будет мне стоить удаление одного зуба?

— Двадцать долларов.

— Сколько времени займет операция?

— Приблизительно, пятнадцать минут.

— Двадцать долларов за каких-то пятнадцать минут!

- возмущается прижимистый клиент.

— Если Вас волнуют вопросы медицинской экономики, я могу растянуть вам это удовольствие на полтора часа

Однажды Гоги решил поступить в Украинский государственный медуниверситет. Перед экзаменом сунул в приемную комиссию 5000 баксов в конверте и записку: «По штуке за балл». После экзамена Гоги получил свой конверт обратно, смотрит - деньги! Три тысячи долларов! И записка: «Сдача.»

Анестезиолог попросил гинеколога разменять сотенную банкноту. Тот удивленно спрашивает: «А разве деньги меньше бывают?»

Хирург спрашивает ассистента:

- Каково состояние больного?

- Миллион долларов

- Тогда начнем операцию

- Удивительно! Ты каждый месяц ходишь на прием к врачу. Зачем? Ведь ты совершенно здоров, но за каждый визит платишь немалые деньги!

- Да, хожу. И, конечно, плачу. Врач тоже хочет жить

- Но врач выписывает тебе лекарства, и ты их покупаешь. Опять трата денег!

- Аптекарь тоже хочет жить...

- И ты что, принимаешь все эти лекарства?

- Нет, я их выбрасываю. Я ведь тоже хочу жить.