**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

Реферат

на тему:

## «Обеспечение и организация анестезиологической и реаниматологической помощи»

**Пенза**

**2008**

# План

1. Концепция обеспечения анестезиологической и реаниматологической помощи в Вооруженных силах
2. Организация анестезиологической и реаниматологической помощи в мирное время

Литература

### 1. Концепция обеспечения анестезиологической и реаниматологической помощи в Вооруженных силах

Военные анестезиологи и реаниматологи призваны решать задачи по оказанию помощи тяжело раненым и больным при повседневной практике, в чрезвычайных ситуациях мирного времени, в локальных войнах и вооруженных конфликтах, а также при ведении крупномасштабной войны. При таком многообразии направлений важно, чтобы основные принципы, определяющие организацию, содержание, материально-техническое обеспечение, подготовку и расстановку кадров, обеспечивали бы преемственность и взаимосвязь функционирования всех звеньев при переходе от повседневной деятельности к работе в экстремальных ситуациях.

Опыт анестезиологической и реаниматологической помощи в Великой Отечественной войне, в локальных войнах и конфликтах последних двух десятилетий, а также сопоставление его с работой в обычных, мирных условиях свидетельствует о том, что система оказания помощи тяжело больным и раненым в своих основных элементах может быть универсальной для различных условий. Однако при этом она должна предусматривать возможность изменения объема и содержания оказываемой помощи в зависимости от стоящих перед медицинской службой задач.

В основе концепции организации анестезиологической и реаниматологической помощи в ВС РФ лежат четыре главных положения:

во-первых, разделение анестезиологической и реаниматологической помощи (как вида помощи) на квалифицированную и специализированную;

во-вторых, дифференциация объема оказываемой помощи как в мирное, так и в военное время на 4 уровня;

в третьих, невозможность перехода на более высокий уровень работы без соответствующих изменений организационно-штатной структуры, содержания, материально-технического обеспечения и подготовленности кадров,

в четвертых, централизация и преемственность действий на всех этапах лечения и эвакуации.

Невозможность оказания полноценной помощи является основанием к переводу раненых и больных в более крупное лечебное учреждение (с продолжением поддерживающей терапии в процессе транспортировки). Неукомплектованность отделений высококвалифицированным персоналом, выход из строя ключевой аппаратуры и отсутствие лекарственных средств, определяющих специфику оказываемой анестезиолого-реаниматологической помощи, могут послужить основанием для изменения ее содержания и объема. Чем больше несоответствие между потребностью в рассматриваемом виде помощи и возможностями по ее реализации, тем стандартизированнее она и проще, и тем менее эффективна.

Дифференциация содержания реаниматологической и анестезиологической помощи применительно к категории учреждения и возможностям отделений анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии не только снимает методологические противоречия при определении подходов к работе анестезиологов-реаниматологов в разных условиях, но и дает основания для пересмотра технической политики в области анестезиологии и реаниматологии, а также конкретизации социального заказа на подготовку кадров для учреждений с различным уровнем работы.

Согласно действующим руководящим документам (Организация анестезиологической и реаниматологической помощи в Вооруженных Силах Российской Федерации. Методические указания. ГВМУ МО РФ. М. – 2002), составляющими реаниматологической помощи являются: неотложная помощь при критическом состоянии (включая реанимацию в виде первичного и расширенного реанимационного комплекса), интенсивная терапия, интенсивное наблюдение.

Неотложная помощь при критическом состоянии или риске его развития оказывается на догоспитальном этапе, в приемном отделении или в отделениях общего профиля с целью уменьшения выраженности факторов, определяющих его развитие (боль, кровотечение, асфиксия и проч.), и поддержания функций дыхания и кровообращения простейшими приемами и методами. На догоспитальном этапе обеспечение ее возлагается на медицинскую службу частей и подразделений.

Интенсивная терапия предполагает профилактику и лечение тяжелых, но обратимых функциональных и метаболических расстройств, угрожающих больному гибелью, с использованием методов искусственного поддержания или замещения функций органов и систем.

Интенсивное наблюдение представляет собой комплекс мер, применяемых в процессе интенсивной терапии и направленных на раннюю диагностику изменений гомеостаза, происходящих в организме. Оно может выступать и в качестве самостоятельного компонента реаниматологической помощи и осуществляться в тех отделениях (хирургических, терапевтических, неврологических и др.), где имеются больные с угрозой развития критического состояния. Им проводят традиционное для данной патологии лечение с усиленным контролем состояния основных систем жизнеобеспечения.

Главная цель квалифицированной реаниматологической и анестезиологической помощи заключается в выведении раненого (больного) из критического состояния и (или) проведении предэвакуационной подготовки посредством синдромальной стандартизированной терапии, защите пациента от хирургической агрессии стандартизированными методами анестезии.

Специализированная реаниматологическая и анестезиологическая помощь базируется на современных технологиях и высокой квалификации анестезиологов-реаниматологов и среднего медицинского персонала и осуществляется на основе принципов комплексности, упреждающей и индивидуальной направленности лечения. Специализированная реаниматологическая помощь возможна лишь при соблюдении определенных условий, она всегда проводится до полной стабилизации состояния пациента и с этих позиций является исчерпывающей, независимо от уровня (II, III, IV) ее оказания.

Наличие полноценной экспресс-лаборатории, позволяющей наряду с различными мониторными комплексами осуществлять своевременный экспресс-контроль за состоянием функциональных систем, оснащение современной аппаратурой с многообразными режимами искусственной и вспомогательной вентиляции легких, обеспечение возможности в любое время применить экстракорпоральную детоксикацию, гемокоррекцию, гипербарическую оксигенацию, полное парентеральное питание, различные варианты электроимпульсной терапии и другие наиболее распространенные современные методы лечения, комплектация отделений высококвалифицированными кадрами позволяют оказывать специализированную помощь в полном объеме (IV уровень). Если в отделении нет возможности использовать все наиболее широко применяемые современные методы лечения, но обеспечивается интенсивное наблюдение с помощью лабораторного и аппаратного экспресс-контроля, объем специализированной помощи - сокращенный (III уровень). Проведение интенсивной терапии в минимальном объеме (II уровень) предусматривает применение стандартизированной базисной программы лечения, основанной на синдромальном подходе. Обеспечение его даже в экстремальной ситуации требует соблюдения следующих условий: организации круглосуточного поста специально подготовленного врачебного и сестринского персонала, особого размещения отделения интенсивной терапии, оснащения его специальной аппаратурой и специфическими медикаментозными и инфузионными средствами. Если первые два условия выполнить невозможно, но анестезиолог-реаниматолог способен применить некоторые стандартизированные методы анестезии и интенсивной терапии, такую помощь можно считать только квалифицированной.

Неотложная помощь при критическом состоянии предусматривает: а) восстановление проходимости дыхательных путей путем введения воздуховода, отсасывания патологического содержимого изо рта и глотки, интубации трахеи, крикотиреотомии, трахеотомии; б) стабилизацию функции внешнего дыхания методами оксигенотерапии, герметизацией открытого пневмоторакса; в) искусственную вентиляцию легких с помощью ручного и простейшего автоматического аппарата ИВЛ или по способу «рот ко рту» или «рот к носу»; г) поддержание кровообращения с помощью инфузии кристаллоидных и коллоидных растворов, применения вазопрессоров, наружного массажа сердца; д) уменьшение боли и общих нервно-рефлекторных реакций путем введения анальгетиков, седативных препаратов, блокады нервных путей местными анестетиками и использования ингаляционных общих анестетиков.

Квалифицированная реаниматологическая помощь (I уровень) включает в себя: а) клиническую оценку степени нарушений систем дыхания, кровообращения и выделения; б) коррекцию острой кровопотери посредством инфузионно-трансфузионной терапии; в) терапию острой недостаточности кровообращения простейшими мерами; г) комплексную терапию острых нарушений дыхания, включая восстановление проходимости дыхательных путей, ингаляцию кислорода, искусственную вентиляцию легких; д) уменьшение боли и общих нервно-рефлекторных реакций анальгетическими и нейролептическими средствами, проводниковыми блокадами, ингаляцией общих анестетиков; е) терапию интоксикационного синдрома методом форсированного диуреза; ж) профилактику и лечение инфекционных осложнений лекарственными средствами; з) восстановление водно-электролитного баланса и «слепую» коррекцию кислотно-основного состояния; и) энергетическое обеспечение частичным парентеральным питанием и энтеральным введением питательных смесей.

Минимальный объем специализированной реаниматологической помощи (II уровень) предусматривает все элементы квалифицированной помощи, а также: коррекцию расстройств дыхания применением простейших режимов вспомогательной вентиляции легких; дозированное введение сосудоактивных и кардиотропных средств при нарушениях кровообращения; применение внутриартериального пути введения растворов и лекарственных средств; полноценное искусственное лечебное питание; интенсивный уход, направленный на профилактику легочных осложнений.

В сокращенный объем специализированной реаниматологической помощи (III уровень) входят все элементы минимального объема специализированной помощи, интенсивное наблюдение (экспресс-контроль состояния систем жизнеобеспечения, а также метаболизма с использованием методов лабораторной и функциональной диагностики, мониторинга дыхания и кровообращения), полноценная и целенаправленная коррекция метаболических расстройств.

Полный объем специализированной реаниматологической помощи (IY уровень) предусматривает реализацию всех элементов сокращенного объема специализированной помощи, а также использование современных методов интенсивной терапии (ГБО, экстракорпоральной детоксикации, электрокардиостимуляции и др.).

Квалифицированная анестезиологическая помощь (I уровень) предполагает проведение неингаляционной анестезии при спонтанном дыхании (прежде всего кетаминовой), стандартизированной многокомпонентной (нейролептанестезия и атаралгезия с интубацией трахеи и ИВЛ) анестезии, ингаляционной (табельными аппаратами) анестезии, регионарной стволовой и плексусной анестезии.

Специализированная анестезиологическая помощь (II уровень) наряду с элементами квалифицированной помощи предусматривает использование эпидуральной и спинальной анестезии, а также других современных методов анестезии. Более высокий уровень анестезиологической помощи обеспечивается прежде всего за счет индивидуализации проведения анестезии на основе углубленного функционального и лабораторного обследования пациента, использования современного мониторинга систем жизнеобеспечения во время анестезии.

Обеспечение наркозно-дыхательной и контрольно-диагностической аппаратурой, лекарственными и другими средствами отделений, решающих различные задачи, осуществляется с учетом дифференциации реаниматологической и анестезиологической помощи на уровни. Применительно к квалифицированной анестезиологической, I и II уровням реаниматологической помощи следует применять принцип унифицированности, предполагающий использование одной и той же номенклатуры медикаментов и технических устройств как в мирное, так и в военное время. Центры (отделения) анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии в учреждениях, оказывающих специализированную помощь III и IV уровня, должны быть оснащены современной, высокоинформативной аппаратурой, требующей специального инженерного и метрологического контроля, а также всеми современными медикаментозными средствами.

Подготовка анестезиологов-реаниматологов для медицинских частей и учреждений осуществляется с учетом дифференциации реаниматологической и анестезиологической помощи на уровни. Первичная специализация по анестезиологии и реаниматологии (до года) дает право на работу в учреждениях, оказывающих квалифицированную помощь. К обеспечению специализированной помощи допускаются врачи, прошедшие обучение в клинической ординатуре (на факультете руководящего медицинского состава) и периодически повышающие свой уровень подготовки на тематических циклах усовершенствования.

###

### 2. Организация анестезиологической и реаниматологической помощи в мирное время

Организация анестезиологической и реаниматологической помощи в мирное время строится на основании руководящих документов с учетом устанавливаемого уровня работы в медицинских частях и учреждениях (табл. 1).

Таблица 1 - Объем реаниматологической помощи в зависимости от категории учреждений в мирное время

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Медицинские подразделения | Уровень реаниматологической помощи | Подразделения |
| Медицинская рота (пункт) части | Неотложнаяпомощь | нет |
| Медицинские части постоянной боевой готовности | I уровень | ОАР |
| Мобильные комплексы | I или II уровень\* | ОАР |
| Гарнизонный ВГ: |  |  |
| до 100 | I уровень | ОАР |
| 101-299 | I уровень | ОАР |
| 300-399 | II уровень | ОАР |
| 400-600 | III уровень | ОАРИТ, ЦАРИТ |
| ОВГ | IV уровень | ЦАРИТ |
| ЦВГ | IV уровень | ЦАРИТ |

Примечание: в учреждениях, оказывающих специализированную реаниматологическую помощь, устанавливается II уровень анестезиологической работы.

Общее руководство организацией анестезиологической и реаниматологической помощи, определение ее содержания в лечебных учреждениях МО РФ, анализ результатов осуществляют главный анестезиолог-реаниматолог Министерства обороны РФ и его заместители, а также главные анестезиологи-реаниматологи видов Вооруженных Сил, военных округов и флотов.

В военных госпиталях (омедб) оказание анестезиологической и реаниматологической помощи осуществляют единые для лечебного учреждения отделения анестезиологии и реанимации. В главном и центральных госпиталях, госпиталях видов Вооруженных Сил, окружных и главных флотских госпиталях отделения анестезиологии и реанимации в организационно-штатном отношении, как правило, разделены на самостоятельные отделение анестезиологии-реанимации и отделение реанимации и интенсивной терапии. Они входят в состав штатного центра анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, включающего также отделения (кабинеты) гипербарической оксигенации, искусственной почки, заготовки и переливания крови в связи с тем, что гипербарическая оксигенация, экстракорпоральная детоксикация и гемокоррекция по существу являются элементами реаниматологической помощи, в частности интенсивной терапии.

Возглавляет центр анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (в дальнейшем по тексту "центр") начальник – врач анестезиолог-реаниматолог. Он подчиняется непосредственно заместителю начальника госпиталя по медицинской части. В свою очередь, начальнику центра подчинены начальники отделений (кабинетов) анестезиологии-реанимации, реанимации и интенсивной терапии, гипербарической оксигенации, искусственной почки, заготовки и переливания крови, а также лабораторной экспресс-диагностики (при вхождении его в состав центра).

Начальники центров анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии госпиталей видов Вооруженных Сил, окружных и флотских госпиталей одновременно являются главными анестезиологами-реаниматологами соответствующих видов Вооруженных Сил, округов и флотов. Как главные специалисты, они в части, касающейся руководства организацией анестезиологической и реаниматологической помощи, непосредственно подчиняются начальникам медицинской службы соответствующих видов Вооруженных Сил, военных округов и флотов и свою работу строят в тесном взаимодействии с главным хирургом и главным терапевтом видов Вооруженных Сил или военных округов и флотов.

В госпиталях, где нет штатного центра анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, но есть отделение анестезиологии и реанимации, а также отделения (кабинеты) гипербарической оксигенации, искусственной почки, заготовки и переливания крови их целесообразно объединять в нештатный центр анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии под руководством начальника отделения анестезиологии и реанимации. В таком случае он выполняет обязанности начальника центра в полном объеме, предусмотренном настоящими Методическими указаниями для начальника штатного центра анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии. Создание нештатного центра оформляется приказом начальника госпиталя.

Отделения анестезиологии-реанимации, реанимации и интенсивной терапии размещают, по возможности, в непосредственной близости к хирургическим отделениям и операционно-перевязочному блоку. Отделение анестезиологии должно иметь в операционно-перевязочном блоке оборудованные рабочие места анестезиологов в каждой операционной и перевязочной, анестезиологическую, аппаратную и материальную комнаты. Отделение реанимации и интенсивной терапии развертывает палаты интенсивной терапии, перевязочную и процедурную, санитарную комнату, бельевую и другие помещения (кабинет начальника отделения, ординаторскую, сестринскую).

В госпиталях с большим объемом анестезиологической работы целесообразно оборудовать палату "пробуждения" после общей и сочетанной анестезии. В нее под наблюдение следует помещать больных после небольших хирургических вмешательств на 2-3 ч до полного восстановления сознания, стабилизации дыхания и кровообращения. После этого больных отправляют в профильное отделение. Это позволяет своевременно освобождать операционный стол и рационально использовать койки отделения реанимации и интенсивной терапии. Палату "пробуждения" целесообразно развертывать на территории операционно-перевязочного блока. Для работы в ней формируют временную бригаду в составе врача и медицинской сестры-анестезиста за счет личного состава отделения анестезиологии.

Общая численность коек палат интенсивной терапии, если она не предусмотрена штатом, должна составлять не менее 2-3% коечной емкости лечебного учреждения, в госпиталях центрального подчинения, а также в окружных (флотских) госпиталях – 10-20%.

Создание узкоспециализированных отделений (палат) реанимации и интенсивной терапии для лечения больных кардиологического, кардиохирургического, неврологического, инфекционного и других профилей оправдано лишь в отдельных крупных госпиталях. Руководство такими отделениями должно возлагаться на реаниматологов с углубленной подготовкой по соответствующей смежной специальности. Начальник центра анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии госпиталя оказывает им методическую помощь.

Отделение неотложной терапии предназначено для оказания неотложной помощи, лечения и проведения интенсивного наблюдения, а также ухода за тяжело больными, которые, однако, не находятся в критическом состоянии и не нуждаются в интенсивной терапии. Возглавлять отделение может врач-терапевт, имеющий углубленную подготовку по реаниматологии.

В госпиталях небольшой коечной емкости, имеющих в штате отделение анестезиологии и реанимации или только анестезиолога-реаниматолога (старший ординатор, старший врач-специалист) оборудуют палаты интенсивной терапии в составе хирургического отделения, но с учетом возможности помещения в них и больных терапевтического профиля, нуждающихся в интенсивной терапии.

За организацию и оказание *анестезиологической помощи* в учреждении несет ответственность начальник центра анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, а при отсутствии его в штате учреждения – начальник отделения анестезиологии-реанимации (анестезиологии и реанимации) или (там, где нет отделений) старший ординатор (врач-специалист) анестезиолог-реаниматолог хирургического отделения.

В лечебных учреждениях, где отсутствуют отделения анестезиологии и реанимации, а также штатные врачи анестезиологи-реаниматологи, обязанности нештатного анестезиолога-реаниматолога возлагаются на одного из врачей хирургического профиля. Нештатный врач-анестезиолог допускается к проведению сложных методов общей и местной (плексусная, проводниковая, эпидуральная, спинальная) анестезии только после прохождения специализации по анестезиологии и реаниматологии в объеме программы первичной подготовки. Назначение нештатного специалиста - анестезиолога-реаниматолога оформляется приказом по лечебному учреждению.

Для анестезиологического обеспечения операций, перевязок, родов и некоторых сложных диагностических исследований в операционных, перевязочных и по мере необходимости в некоторых кабинетах оборудуют рабочие места анестезиологов, которые оснащают наркозно-дыхательной и контрольно-диагностической аппаратурой (кардиомонитор, пульсоксиметр и пр.), вакуумным отсосом, дефибриллятором, анестезиологическим столиком с необходимым набором лекарственных препаратов и принадлежностей для интубации трахеи. Для проведения экстренной анестезии в ургентной операционной аппаратура и принадлежности для проведения анестезии поддерживают в постоянной готовности к работе.

В поликлинике в непосредственной близости к операционной выделяется отдельное помещение на 2-3 койки (палата пробуждения), которое обеспечивается оборудованием для интенсивного наблюдения, проведения искусственной вентиляции легких, оксигенотерапии, инфузионной и другой терапии, которая может потребоваться при внезапном развитии осложнений или для наблюдения за пациентом при замедленном выходе из анестезии.

В операционной поликлиники рабочее место анестезиолога оснащается наркозно-дыхательным аппаратом, подводкой кислорода и закиси азота, кардиоскопом, пульсоксиметром, дефибриллятором, хирургическим отсосом, стойкой для проведения внутривенных вливаний, ларингоскопом универсальным, набором эндотрахеальных трубок с проводниками для них, роторасширителем, тонометром, фонендоскопом, столиком манипуляционным.

Наблюдение за выходом больного из анестезии проводится в палате пробуждения.

За организацию *реаниматологической помощи* в лечебном учреждении несет ответственность заместитель начальника учреждения по медицинской части (в омедб - командир медицинской роты).

Начальник центра анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (при отсутствии центра – начальник отделения анестезиологии и реанимации) отвечает за постоянную готовность центра и его отделений к оказанию реаниматологической помощи в установленном объеме; оказывает методическую помощь начальникам приемного и лечебно-диагностических отделений (кабинетов) в проведении занятий с врачебным и сестринским составом по диагностике терминального состояния и реанимации, консультирует их по вопросам оказания неотложной, в том числе реанимационной помощи, обеспечивает методическую помощь начальникам специализированных Центров (кардиологического и пр.) по организации работы имеющихся в их составе отделений реанимации и интенсивной терапии.

Начальники отделений реанимации и интенсивной терапии независимо от профиля Центра несут полную ответственность за работу отделения и качество интенсивной терапии.

За организацию оказания неотложной помощи и проведение реанимации в приемном и лечебно-диагностических отделениях (кабинетах) отвечают начальники этих отделений (кабинетов). Неотложную помощь при критическом состоянии, в том числе и сердечно-легочную реанимацию, в рамках своей компетенции должны уметь оказывать врачи всех специальностей, а также средний медицинский персонал.

При поступлении раненых и больных в лечебное учреждение в терминальном состоянии или при развитии его во время их приема реанимацию осуществляют непосредственно в приемном отделении. Реанимационные мероприятия проводит дежурный медицинский персонал с привлечением врачей и медицинских сестер центра (отделения анестезиологии и реанимации), а при необходимости и специалистов других отделений. Соответствующее оснащение должно храниться на подвижном столике в перевязочной приемного отделения, которую при необходимости используют в качестве реанимационной палаты.

В крупных госпиталях с большим объемом работы по скорой помощи в приемном отделении может оборудоваться палата интенсивной терапии с круглосуточным дежурством анестезиолога-реаниматолога. В его задачу входит оказание неотложной помощи и проведение синдромальной интенсивной терапии больным и пострадавшим в процессе выполнения в приемном отделении диагностических исследований, а также поддержание витальных функций посредством симптоматической терапии при транспортировании пациентов, находящихся в критическом состоянии, в операционную или отделение реанимации и интенсивной терапии.

Для оказания реаниматологической помощи вне госпиталя оборудуется специальный автомобиль - "реанимобиль". Он оснащается всем необходимым, должен быть в постоянной готовности к выезду и находиться в распоряжении дежурного (ответственного дежурного) врача по госпиталю.

Для обеспечения реанимационной и другой неотложной помощи в лечебно-диагностических отделениях (кабинетах) оборудуют специальные шкафы или укладки.

В госпитале (омедб) для проведения интенсивной терапии отделение реанимации и интенсивной терапии центра (отделение анестезиологии и реанимации) развертывает палаты интенсивной терапии.

Отделение реанимации и интенсивной терапии предназначено не только для больных хирургического, но и терапевтического, неврологического и других профилей. При большом потоке больных в рамках Центра (отделения) целесообразно осуществлять профилизацию отделений (палат) на «хирургические» и «терапевтические». Создание узкоспециализированных отделений (палат) интенсивной терапии для лечения больных кардиологического, кардиохирургического, неврологического и других профилей оправдано лишь в крупных (1000 и более коек) лечебных учреждениях или госпиталях центрального подчинения. Для инфекционных больных отделения (блоки) реанимации и интенсивной терапии развертывают на базе инфекционного отделения в связи с необходимостью соблюдения мер санитарно-противоэпидемического режима. Ответственность за организацию работы узко специализированных отделений реанимации и интенсивной терапии несут начальники соответствующих специализированных Центров (кардиологического, неврологического и пр.).

Отделение анестезиологии и реанимации с палатами интенсивной терапии является штатным коечным отделением лечебного учреждения. Отделение не следует заполнять больными более чем на 75 %, так как в нем всегда должны быть свободные резервные места и возможность проведения дезинфекционных мероприятий.

Палаты интенсивной терапии развертывают в помещениях, обеспечивающих выполнение установленных санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований. Допускается боксированное и открытое размещение коек. При открытом их размещении необходимо выделять изолятор для больных с гнойно-септическими заболеваниями.

При отсутствии штатного отделения анестезиологии и реанимации палаты интенсивной терапии развертывают на базе хирургического отделения с соблюдением требований соответствующих нормативных документов.

Развертывание нештатных палат интенсивной терапии в терапевтических и прочих отделениях параллельно с существующим штатным отделением реанимации и интенсивной терапии допускается лишь при условии выделения в них круглосуточного поста специально подготовленного в области интенсивной терапии персонала и обеспечения их необходимым оборудованием. Организация работы подобных палат осуществляется в соответствии с нормативными документами, определяющими порядок оказания реаниматологической помощи.

На период нахождения больного в отделении реанимации и интенсивной терапии (анестезиологии и реанимации) лечащим врачом назначается один из его штатных сотрудников. Представитель профильного отделения, являвшийся для больного лечащим врачом ранее, оперировавший его либо закрепленный за ним, в обязательном порядке ежедневно осматривает больного, выполняет лечебно - диагностические мероприятия для контроля эффективности предпринятых по отношению к нему хирургических (терапевтических) действий, разделяя с лечащим врачом ответственность за исход лечения в рамках своих профессиональных обязанностей.

Обследованием и оказанием помощи больным, поступившим в палаты интенсивной терапии непосредственно из приемного отделения, до выяснения и устранения причины тяжелого состояния занимаются сотрудники как отделения реанимации и интенсивной терапии, так и других отделений по профилю имеющихся у больного заболеваний.

Палаты интенсивной терапии обеспечивают постоянным врачебным постом за счет персонала отделений анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (анестезиологии и реанимации), отделений (кабинетов) гипербарической оксигенации и "Искусственная почка". При невозможности этого врачебный контроль и лечение осуществляют в рабочее время анестезиологи-реаниматологи, а в нерабочее время - дежурный врач.

Круглосуточный сестринский пост обеспечивается за счет штатного медицинского персонала отделения реанимации и интенсивной терапии (анестезиологии и реанимации) или дежурного персонала других отделений в небольших госпиталях (омедб). В палатах интенсивной терапии целесообразно иметь 1 сестринский пост на 3 койки и 1 врачебный пост на 6 коек.

В госпиталях (омедб), где объем работы и штатная численность не позволяют организовать в палате интенсивной терапии круглосуточный сестринский пост, наблюдение, лечение и уход за больными обеспечивает дежурная медицинская сестра. Необходимую теоретическую и практическую подготовку этих медицинских сестер проводит врач анестезиолог-реаниматолог.

Показанием для направления в отделение реанимации и интенсивной терапии (анестезиологии и реанимации, палаты интенсивной терапии) является развитие критического состояния любой этиологии.

Противопоказаниями для направления в отделение реанимации и интенсивной терапии (анестезиологии и реанимации, палаты интенсивной терапии) служат:

- генерализованные формы злокачественных новообразований в инкурабельной стадии;

- конечные стадии хронических прогрессирующих неизлечимых заболеваний.

Во всех подразделениях анестезиолого-реаниматологического профиля ведется строгий учет проводимой работы согласно требованиям руководящих документов.

**Литертатура**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж. Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И. Кандрора, д. м. н. М.В. Неверовой, д-ра мед. наук А.В. Сучкова, к.м.н. А.В. Низового, Ю.Л. Амченкова; под ред. д.м.н. В.Т. Ивашкина, Д.М.Н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001.
2. Интенсивная терапия. Реанимация. Первая помощь: Учебное пособие / Под ред. В.Д. Малышева. — М.: Медицина.— 2000.— 464 с.: ил.— Учеб. лит. Для слушателей системы последипломного образования.— ISBN 5-225-04560-Х.