**РЕФЕРАТ**

**на тему:**

**"Организационные аспекты деятельности анестезиолога"**

**Москва 2008**

**1. Терминология и классификация методов анестезии**

Анестезиологическая терминология с течением времени претерпевает изменения. В процессе развития анестезиологии наряду с увеличением числа специфических для нашей профессии терминов меняется толкование некоторых из них. В результате на сегодня в одни и те же термины нередко вкладывают разное содержание и, наоборот, - для обозначения одного и того же понятия используют различные термины.

Несмотря на то, что отсутствие единой общепринятой терминологии не привносит больших помех в практическую деятельность анестезиологов, данный недостаток при некоторых обстоятельствах может приводить к определенным недоразумениям. Особенно это относится к тем случаям, когда в связи с какими-то причинами возникает необходимость в экспертной оценке проведенной анестезии. Во избежание этого рекомендуем в практической работе пользоваться следующей терминологией.

Термины "анестезиологическое обеспечение операции" и "анестезиологическое пособие" имеют одинаковое содержание, но первый из них определяет сущность на более высоком профессиональном уровне.

Термин "анестезия" в буквальном понимании означает потерю чувствительности. В анестезиологии этот термин используют для определения состояния, искусственно вызванного фармакологическими средствами, характеризующегося отсутствием болевых ощущений с одновременной потерей или сохранением других видов чувствительности у больного, подвергающегося оперативному лечению.

Если такое состояние достигается путем влияния средств общего действия на ЦНС, его определяют термином "общая анестезия". При местном выключении болевой чувствительности с помощью местных анестетиков, действующих на те или иные структуры периферической нервной системы, состояние определяют терминами "местная анестезия" или "местное обезболивание". В последние десятилетия предпочтительно пользуются первым из названных терминов, учитывая, что средства, которыми достигается эффект, называются местными анестетиками.

В зависимости от уровня и техники воздействия местными анестетиками на нервные элементы выделяют ряд разновидностей местной анестезии, в частности: терминальную, инфильтрационную, проводниковую и плексусную, эпидуральную, спинальную, каудальную, внутрикостную и внутривенную под жгутом.

Методы проводниковой, плексусной, эпидуральной, спинальной, каудальной, внутрикостной и внутривенной под жгутом анестезии объединены также в группу методов регионарной анестезии.

Для определения эффектов, достигаемых подведением раствора местного анестетика к нервным проводникам, с достаточным основанием пользуются еще одним термином - "блокада". Этим термином обычно отражают выключение проводимости в конкретном нерве или сплетении нервов (блокада бедренного нерва, вагосимпатическая блокада, блокада плечевого сплетения и т.д.) при решении тех или иных задач вне связи с хирургической операцией.

Для определения состояния, характеризующегося потерей чувствительности под влиянием средств общего действия, наряду с термином "общая анестезия" до сих пор используют термины "общее обезболивание" и "наркоз". Оба этих термина в настоящее время считаются неприемлемыми, так как каждый из них определяет лишь один компонент анестезии, в то время как она обычно включает в себя, помимо устранения болевых ощущений, выключение сознания и другие компоненты (торможение нейро-вегетативных реакций, миорелаксацию, ИВЛ, регуляцию кровообращения). Анестезия, заключающая в себе большинство из упомянутых выше компонентов, называется "многокомпонентной анестезией". Таким образом, в основу последнего термина заложено количество компонентов анестезии, а не число использованных для нее фармакологических средств.

Общую анестезию, обеспечиваемую только ингаляционными средствами, называют "ингаляционной анестезией", а только неингаляционными средствами - "неингаляционной анестезией".

В последние годы анестезиологи в своей практической деятельности стали использовать еще одно понятие – «тотальная внутривенная анестезия». Фактически оно идентично прежнему – «неингаляционная многокомпонентная анестезия», так как современные неингаляционные анестетики вводят, как правило, внутривенно. Тем не менее, в связи тем, что теоретически введение некоторых из них возможно другим путем (например, внутримышечно), в целом данное понятие имеет право на существование.

"Комбинированная анестезия" - анестезия, достигаемая одновременным или последовательным применением разных ее методов, относящихся, однако, к одному виду анестезии (например, в рамках местной – эпидурально-спинальная, а общей - ингаляционная и неингаляционная).

Под "сочетанной анестезией" ранее понимали сочетание местного инфильтрационного обезболивания (анестезии) с препаратами общего действия, причем без полного выключения сознания. Внедрение в практику рутинного использования премедикации с внутримышечным или внутривенным введением анальгетика и гипнотика стало автоматически переводить в разряд сочетанной анестезии практически все методы местного обезболивания. В то же время анестезиологи все чаще стали сочетать различные варианты регионарной анестезии с общей, что также потребовало внесения определенных корректив в терминологию. Поэтому, с нашей точки зрения, сегодня о сочетанной анестезии следует говорить только тогда, когда одновременно используются методы анестезии, принадлежащие к разным ее видам (местной и общей). Потенцирование местной анестезии препаратами общего действия без выключения сознания не является основанием для изменения названия вида анестезии.

Таблица 1.1 - Классификация анестезии

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид | Метод | Способ  поддержания дыхания |
| Местная | Терминальная  Инфильтрационная  Проводниковая  Плексусная  Эпидуральная  Спинальная  Каудальная  Внутрикостная  Внутривенная под жгутом  Комбинированная | Спонтанное дыхание или ИВЛ через маску (от аппарата, ларингеальную),  эндотрахеальную трубку,  трахеотомическую канюлю  и т.д. |
| Общая | Ингаляционная  Неингаляционная  Комбинированная |
| Сочетанная |  |

Единой общепринятой классификации методов анестезиологического обеспечения не существует, хотя в целом представить ее несложно (табл.1.1). Полагаем, что осуществляя формулировку избранных подходов перед операцией, анестезиолог должен охарактеризовать вид (местная, общая или сочетанная) и метод анестезии (терминальная, инфильтрационная, проводниковая, плексусная, эпидуральная, спинальная, каудальная, внутрикостная, внутривенная под жгутом, ингаляционная, неингаляционная, комбинированная), а также методику ее проведения. Характеристика методики по возможности должна предусматривать отражение наиболее принципиальных ее аспектов – чем будут достигнуты аналгезия и седация, какова техника введения препаратов (инфильтрация тканей, внутривенно по целевой концентрации, ингаляционно по закрытому контуру и т.п.). При использовании общей и сочетанной анестезии целесообразно также отражать способ поддержания газообмена (с ИВЛ или при спонтанном дыхании, с помощью маски или эндотрахеальной трубки).

В качестве примеров могут служить следующие формулировки:

1. местная инфильтрационная анестезия по способу тугого ползучего инфильтрата;
2. эпидуральная анестезия лидокаином и фентанилом с использованием катетерной техники введения на уровне L1;
3. спинальная анестезия лидокаином посредством болюсного введения на уровне L1;
4. комбинированная эпидурально-спинальная анестезия лидокаином на уровне Th10-11;
5. общая ингаляционная масочная анестезия изофлюраном по закрытому контуру при спонтанном дыхании;
6. общая ингаляционная эндотрахеальная анестезия галотаном по полуоткрытому контуру с ИВЛ;
7. общая комбинированная анестезия с применением диазепама, фентанила, закиси азота с интубацией трахеи и ИВЛ;
8. общая неингаляционная внутривенная анестезия диприваном по целевой концентрации с внутримышечным введением кетамина и сохранением спонтанного дыхания;
9. сочетанная анестезия: эпидуральная лидокаином с использованием катетерной техники и атаралгезия с интубацией трахеи и ИВЛ.

Ряд методик, предполагающих использование конкретных препаратов, определенный порядок или технику их введения, известны по фамилиям внедривших их авторов (проводниковая анестезия по Оберст-Лукашевичу) либо имеют свое конкретное название (нейролептаналгезия, атаралгезия и т.д.). В этих ситуациях подробная их характеристика необязательна.

**2. Организация работы**

Объем, содержание анестезиологической помощи находятся в прямой зависимости от задач, решаемых медицинскими частями и учреждениями, их коечной емкости, организационно-штатного, материально-технического обеспечения и уровня подготовки специалистов. В связи с этим она подразделяется на квалифицированную (I уровень) и специализированную (II уровень) помощь, причем каждый уровень характеризуется конкретным содержанием.

Главная цель **квалифицированной анестезиологической** помощи заключается в защите пациента от хирургической агрессии стандартизированными методами анестезии. **Специализированная 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.

**Квалифицированная анестезиологическая помощь** в медицинских частях и учреждениях МО РФ предполагает проведение неингаляционной анестезии при спонтанном дыхании (прежде всего кетаминовой), стандартизированной многокомпонентной неингаляционной или комбинированной (нейролептанестезия и атаралгезия с интубацией трахеи и ИВЛ) анестезии, ингаляционной анестезии табельными аппаратами, проводниковой 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.

В операционно-перевязочном блоке необходимо иметь оборудованные рабочие места анестезиологических бригад в каждой операционной и перевязочной, анестезиологическую, аппаратную и материальную комнаты.

Анестезиологическая помощь предусматривает:

- оценку состояния больных перед операцией, определение анестезиологического и операционного риска;

- определение целесообразности и проведение при необходимости интенсивной терапии с целью подготовки больного к операции;

- назначение премедикации;

- выбор метода анестезии и необходимых средств;

- анестезиологическое обеспечение плановых и экстренных операций, родов, перевязок и сложных диагностических исследований;

- контроль состояния больных во время анестезии и проведение корригирующей терапии с целью профилактики и устранения опасных для жизни больного функциональных и метаболических расстройств;

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

- устранение болевого синдрома, обусловленного различными причинами (в том числе инкурабельными заболеваниями) с помощью специальных методов.

Анестезиологическое обеспечение непосредственно осуществляет анестезиологическая бригада в составе врача-анестезиолога и 1-2 медицинских сестер-анестезистов.

Для анестезиологического обеспечения операций, перевязок, родов и некоторых сложных диагностических исследований в операционных, перевязочных и по мере необходимости в некоторых кабинетах оборудуют рабочие места анестезиологических бригад, 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 предоперационном периоде врач-анестезиолог оценивает полноту обследования больного, определяет его состояние и функциональные резервы, степень риска операции и анестезии, осуществляет выбор метода анестезии и необходимых для нее средств, а также назначает премедикацию. Об избранном методе анестезии анестезиолог докладывает начальнику своего отделения и ставит в известность хирурга. После осмотра анестезиолог должен в понятной форме разъяснить больному суть рекомендуемого метода анестезии и получить от него информированное согласие на его использование. Результаты осмотра, свое заключение с отметкой о согласии пациента на избранный метод анестезии анестезиолог заносит в историю болезни.

При плановых оперативных вмешательствах анестезиолог должен осматривать больного не накануне операции, а заблаговременно, чтобы можно было при необходимости своевременно осуществить коррекцию проводимой в лечебном отделении терапии. При высокой степени риска операции и анестезии, недостаточном обследовании или неудовлетворительной подготовке больного врач-анестезиолог вправе настаивать на отсрочке операции для проведения дополнительных лечебно-диагностических мероприятий. Однако окончательное решение об отмене операции принимает начальник отделения (центра) анестезиологии (анестезиологии и реанимации) совместно с начальником хирургического отделения (ведущим хирургом), а в наиболее сложных случаях - начальник медицинской части госпиталя.

При экстренных вмешательствах осмотр больного анестезиологом также должен быть выполнен как можно раньше, еще до того, как его подадут в операционную. Лучше это осуществлять сразу после поступления пациента в хирургическое отделение или после принятия решения об операции, чтобы в случае необходимости иметь время для дополнительного обследования и предоперационной подготовки. Отказ врача-анестезиолога от участия в экстренной анестезии из-за тяжести состояния больного недопустим. Неоказание помощи в данной ситуации подлежит уголовному преследованию. Анестезиолог при этом должен сделать все от него зависящее для безопасности пациента и необходимого анестезиологического обеспечения.

Врач-анестезиолог только определяет тактику проведения гемотрансфузионной терапии во время проводимой им анестезии. Подготовкой крови и ее компонентов к переливанию и трансфузией во время операции занимаются врачи отделения заготовки и переливания крови, а при его отсутствии в учреждении для этой цели выделяют другого врача.

При проведении общей или сочетанной анестезии врач-анестезиолог не вправе передавать ее продолжение другому лицу до окончания оперативного вмешательства и перемещения больного в палату интенсивной терапии. В исключительных случаях это можно сделать только с разрешения начальника анестезиологического отделения.

По окончании операции и общей (сочетанной) анестезии врач-анестезиолог и медицинская сестра-анестезист сопровождают больного в палату интенсивной терапии или в послеоперационную палату хирургического отделения. После восстановления сознания и стабилизации основных функциональных и метаболических показателей анестезиологическая бригада передает больного дежурному персоналу отделения реанимации и интенсивной терапии (или лечащему врачу). Если сознание больного восстановилось не полностью, есть опасность проявления остаточного действия использованных во время анестезии средств либо имеются выраженные нарушения кровообращения или дыхания, анестезиолог должен обеспечить усиленное наблюдение за ним и соответствующую терапию. При наличии отделения реанимации и интенсивной терапии (палат интенсивной терапии со специальным штатом в отделении анестезиологии и реанимации) эти меры может продолжить персонал данного отделения (врачи и медицинские сестры).

После доставки больного в палату интенсивной терапии врач, проводивший анестезию, передает больного дежурному персоналу, делает завершающую запись в истории болезни о состоянии больного и кому он передан под наблюдение.

Основные требования к анестезиологическому обеспечению операций в стационаре распространяются и на работу анестезиолога в амбулаторно-поликлинических условиях. Вместе с тем, особые условия работы анестезиолога в поликлинике предполагают ряд дополнительных требований.

К работе в поликлинике допускается анестезиолог со стажем работы по специальности не менее 5 лет, прошедший дополнительную подготовку по анестезиологическому обеспечению операций в амбулаторно-поликлинических условиях.

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 оборудуется рабочее место анестезиолога, которое оснащается аппаратом ингаляционного наркоза, подводкой кислорода и закиси азота, кардиоскопом, пульсоксиметром, дефибриллятором, хирургическим отсосом, стойкой для проведения внутривенных вливаний, ларингоскопом универсальным, набором трубок эндотрахеальных с проводниками для них, роторасширителем, тонометром, фонендоскопом, столиком манипуляционным, контрольно-диагностическими приборами.

Наличие у больных миастении, значительного избытка массы тела, ишемической болезни сердца, недостаточности кровообращения с клиническими проявлениями, респираторных нарушений с клиническими проявлениями (при бронхиальной астме, ХНЗЛ и т.д.), ювенильного сахарного диабета, судорожного синдрома, алкогольной, медикаментозной и наркотической зависимости, состояний, превышающих II степень операционно-анестезиологического риска, является противопоказанием для проведения общей анестезии в амбулаторных условиях. Относительными противопоказаниями являются плохие социально-бытовые условия (отсутствие телефона, исправного лифта в подъезде). Объективное клиническое обследование больного (общий анализ крови и мочи, глюкоза крови, флюорография легких, ЭКГ при возрасте старше 40 лет) и беседа с ним анестезиолога должны быть проведены накануне дня операции.

Выписка больного домой после амбулаторной операции возможна только при стабильности у него витальных функций в течение 1 ч, полном восстановлении исходного уровня сознания, мышления, двигательной активности, отсутствии тошноты, рвоты, сильной боли и кровотечения. При использовании мышечных релаксантов продолжительность наблюдения после завершения анестезии должна быть не менее 2-5 часов (в зависимости от миорелаксанта). Независимо от самочувствия больного его следует отпускать домой только с сопровождающим, предупредив о запрещении в течение 12 часов управлять автотранспортом, принимать алкоголь, снотворные или седативные средства.

Анестезиолог-реаниматолог и медсестра-анестезист отделения несут полную личную юридическую ответственность за те действия, которые согласно существующим нормативным документам входят в их обязанности и компетенцию. Нарушение профессиональных обязанностей может служить основанием для привлечения к установленной законодательством ответственности – моральной, гражданской, административной (дисциплинарной) или уголовной.

Права и здоровье гражданина охраняются «Конституцией Российской Федерации, 1993 г. (ст. 21, 22, 41),«Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, 1993 г.» (раздел IV), «Законом о медицинском страховании в Российской Федерации**,** 1993 г.» (ст. 28, 76), «Уголовным Кодексом Российской Федерации, 1996 г.». В случаях опасных для жизни последствий анестезии или интенсивной терапии виновный в этом медицинский работник может быть привлечен к уголовной ответственности в соответствии с Уголовным кодексом.

При лечении больных анестезиологи-реаниматологи и медсестры ОАРИТ должны обеспечивать выполнение не только основных прав пациента, но и обязанностей медицинского работника как гражданина и должностного лица, а также соблюдать этические нормы, которые регламентированы «Этическим кодексом российского врача» и «Клятвой российского врача, 1994», «Международным кодексом медицинской этики, 1983», «Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, 1993», «Этическим кодексом медицинской сестры России, 1997».

В своей профессиональной деятельности анестезиологи-реаниматологи и медсестры-анестезисты должны также руководствоваться другими нормативными документами, которыми являются инструкции и методические указания, утвержденные МО или МЗ РФ, а также приказы и директивы, стандарты МО или МЗ РФ и другие документы.

Характер правонарушения и степень уголовного наказания определяет только суд на основании результатов, представленных следственным органом и экспертной комиссией. В экспертную комиссию включают ведущих специалистов (в т. ч. анестезиолога-реаниматолога), имеющих хорошую подготовку и достаточный опыт клинической работы.

Виновным в преступлении признается лицо, совершившее деяние умышленно или по неосторожности (ст. 24 УК РФ). Умышленным признается преступление, при котором лицо, совершившее его, желало (не желало, но сознательно допускало эти последствия либо относилось к ним безразлично), осознавало и предвидело общественную опасность своих действий (бездействий).

Совершенным по неосторожности признается преступление, при котором лицо, совершившее его, предвидело, но без достаточных оснований самонадеянно рассчитывало на предотвращение общественно опасных последствий своих действий (не предвидело, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности могло предвидеть последствия).

Степень наказания за правонарушения возрастает, если преступление по неосторожности совершено вследствие ненадлежащего выполнения лицом своих профессиональных обязанностей.

При отсутствии профессиональной неосторожности (небрежности или легкомыслия) ответственность за некачественную медицинскую помощь может нести медицинское учреждение и (или) государство в случае необеспечения ими своего работника всем необходимым для нормальной трудовой деятельности (ст. 1068 Гражданского кодекса).

Не является преступлением причинение вреда при обоснованном риске для достижения полезной цели и при других ситуациях.

Анестезиолог должен исчерпывающе информировать пациента о своих действиях, вероятном прогнозе, риске и последствиях избранного вида помощи, после чего получить у него добровольное информированное (осознанное) согласие на предполагаемое вмешательство (метод анестезии, инвазивные манипуляции). Все это должно быть зафиксировано в истории болезни. Объем представляемой информациизависит от необходимости и состояния больного, а также неотлагательности предлагаемого вмешательства.Разъясняет врач, который проводит вмешательство. Пациент должен быть уверен, что анестезиолог сделает все достаточно компетентно и со знанием дела. Судопроизводство при определении полноценности разъяснения ориентируется на информационную потребность среднего по интеллектуальным возможностям пациента.

При плановых вмешательствах (анестезии) разъяснение должно быть дано не позже, чем в последний вечер перед вмешательством.

При вмешательствах, выполняемых в амбулаторно-поликлинических условиях, пациента необходимо спросить в конце разъяснительной беседы, нуждается ли он во времени для обдумывания решения и не помешает ли ему в принятии решения уже предстоящая подготовка к анестезии. Это должно быть зафиксировано в истории болезни.

Отношения между анестезиологом и пациентом должны основываться прежде всего на взаимном обмене информацией, которая должна быть соразмерной, непротиворечивой, достаточной и понятной, способствовать принятию правильного решения.

Волеизъявление пациента может быть дано письменно или устно. Подпись больного в истории болезни обязательна в случае отказа от лечения, если такой отказ опасен для жизни, и больной об этом информирован, а также при использовании методов диагностики и лечения, имеющих реальных риск осложнений.

Пациенту, отказывающемуся от предложенного вмешательства или анестезии (в том числе от переливания крови), необходимо разъяснить возможные жизненно опасные следствия их решения или предлагать альтернативный метод лечения, на который также должно быть получено его согласие.

При совместной работе нескольких специалистов каждый отвечает юридически только за свои действия или бездействие. Юридические взаимоотношения работающих вместе представителей самостоятельных специальностей строятся на основании юридической концепции совместной деятельности, определяющей равноправие специалистов и их ответственность за свои профессиональные действия, строгое соблюдение принципов труда и доверия. Процессуальные нормы при лечении больного не допускают преимуществ одного перед другим вне сферы их специальности, дачи указаний и выполнения действий в области, относящейся к компетенции другого специалиста, несмотря на возможное различие в их служебном положении.

**3. Функциональные обязанности членов анестезиологической бригады**

Врач-анестезиолог перед анестезией **обязан:**

- оценить состояние раненых и больных, достаточность их обследования и качество подготовки к операции;

- осуществить выбор метода анестезии и необходимых для нее средств с учетом состояния раненого и больного, особенности оперативного вмешательства или специального метода исследования,

- продумать и наметить план анестезиологического обеспечения, получить на него информированное согласие пациента,

- сообщить медицинской сестре-анестезисту перечень требующихся фармакологических средств и инфузионных растворов, последовательность их применения и дозировки;

- при затруднениях с выбором метода анестезии согласовать вопрос с начальником отделения анестезиологии;

- назначить необходимые дополнительные контрольно-диагностические мероприятия, связанные с подготовкой больного к анестезии и операции;

- проверить правильность действий медицинской сестры-анестезиста по подготовке рабочего места анестезиологической бригады.

В ходе анестезии врач-анестезиолог **должен**:

- реализовывать избранный план проведения анестезии и при необходимости своевременно вносить в него коррекцию;

- уметь применять современные (апробированные) методы и средства диагностики и лечения острых системных нарушений;

- осуществлять контроль состояния больных, адекватности проводимой анестезии, работы следящей и наркозно-дыхательной аппаратуры, своевременно принимать меры по устранению выявляемых недостатков;

- контролировать работу медицинских сестер-анестезистов и руководить ими;

- следить за правильностью ведения анестезиологической карты медицинскими сестрами-анестезистами;

- строго соблюдать меры санитарно-гигиенического и бактериологического режима, требования охраны труда, техники безопасности, противопожарной безопасности при эксплуатации оборудования и оснащения;

- соблюдать и обеспечивать инфекционную безопасность пациента и медицинского персонала, требования асептики и антисептики;

- соблюдать морально-правовые нормы профессионального общения.

Во время анестезии анестезиолог не имеет права отлучаться из операционной.

По окончании анестезии анестезиолог **обязан**:

- доставить больного в палату пробуждения или в отделение реанимации и интенсивной терапии, оценить его состояние, добиться стабилизации функционирования систем жизнеобеспечения или передать его для дальнейшего лечения и наблюдения персоналу отделения реанимации и интенсивной терапии (палаты пробуждения),

- оформить медицинскую документацию.

Медицинская сестра-анестезист перед анестезией **обязана:**

- подготовить к работе аппараты ингаляционного наркоза и ИВЛ, контрольно-диагностическую аппаратуру и другое специальное оборудование и следить за их исправностью;

- провести метрологическую проверку средств измерений;

- при обнаружении неисправности аппаратов или недостаточного снабжения кислородом и закисью азота немедленно доложить об этом врачу-анестезиологу и старшей медицинской сестре-анестезисту;

- подготовить необходимые для анестезиологического обеспечения медикаментозные средства, шприцы, инфузионные растворы, системы для инфузионно-трансфузионной терапии;

- подготовить ларингоскопы, дыхательные маски, воздуховоды, набор эндотрахеальных трубок;

- вписать в анестезиологическую карту уже имеющиеся сведения о больном до поступления его в операционную;

- помочь уложить больного на операционный стол;

- установить аппаратуру для инфузионно-трансфузионной терапии.

При проведении анестезии онадолжна**:**

- следить за состоянием больного,

- периодически (через 5 мин, а при необходимости и чаще) измерять артериальное давление и частоту пульса, уровень центрального венозного давления (ЦВД) и другие параметры, характеризующие состояние больного;

- контролировать адекватность самостоятельного дыхания или ИВЛ и отмечать показатели в карте;

- регистрировать в анестезиологической карте показания дозиметров аппаратов ингаляционного наркоза и ИВЛ, данные кардиомониторных систем и других контрольно-диагностических приборов, ширину зрачков;

- проводить под контролем врача инфузионную и трансфузионную терапию;

- по указанию анестезиолога вводить лекарственные препараты, учитывать их расход во время проведения анестезии в анестезиологической карте;

- измерять величину кровопотери и диурез;

- вести анестезиологическую карту.

После окончания анестезии медицинская сестра-анестезист **обязана:**

- сопровождать больного при перемещении его в палату интенсивной терапии;

- при необходимости наблюдать за состоянием больного до полной стабилизации показателей основных жизненно важных функций организма;

- с разрешения и в присутствии врача-анестезиолога-реаниматолога передавать больного медицинской сестре палаты интенсивной терапии, при этом о передаче отмечать в анестезиологической карте;

- проводить комплекс мероприятий по дезинфекции и стерилизации аппаратов ингаляционного наркоза и ИВЛ;

- приводить в порядок анестезиологический столик и пополнять запас израсходованных медикаментов и других средств;

- регистрировать анестезиологическую карту в книге учета анестезий;

- вести учет расхода во время анестезии лекарственных средств.

В обязанности медицинской сестры-анестезиста также **входит**:

- при работе в операционной и перевязочной строгое соблюдение мер санитарно-гигиенического и бактериологического режима, требований охраны труда, техники безопасности, противопожарной безопасности при эксплуатации помещений, оборудования и оснащения;

- соблюдение и обеспечение инфекционной безопасности пациента и медицинского персонала, требований асептики и антисептики;

- соблюдение морально-правовых норм профессионального общения, выполнение требований трудовой дисциплины;

- по указанию начальника отделения участие в дежурствах в палате интенсивной терапии.

Медицинская сестра-анестезист должна **уметь**:

- проводить ИВЛ через маску аппарата и методом "изо рта в рот", "изо рта в нос", с помощью дыхательной трубки и непрямой массаж сердца;

- владеть техникой использования у больных методов мониторного наблюдения (электрокардиографии, пульсоксиметрии и т.п.).

Медицинская сестра-анестезист имеет право:

- проводить анестезию под контролем врача-анестезиолога (при сохранении за врачом ответственности за ее проведение);

- повышать свою профессиональную квалификацию на курсах усовершенствования (один раз в 3 года);

- получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей;

- вносить предложения старшей медицинской сестре отделения по вопросам улучшения организации и условий своего труда;

- принимать участие в работе совещаний, конференций, профессиональных медицинских ассоциаций, секций, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к ее профессиональной компетенции;

- повышать профессиональную квалификацию на курсах усовершенствования, аттестовываться на присвоение квалификационной категории в установленном порядке.

Медицинская сестра-анестезист несет ответственность за четкое и своевременное выполнение обязанностей, изложенных в соответствующих нормативных документах и правилах внутреннего трудового распорядка лечебного учреждения. За невыполнение своих профессиональных обязанностей несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством.