

ОПЫТ РАБОТЫ РЕАНИМАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БРИГАДЫ

Н.С.БИГВАВА, Г.В.МАЛАХОВ

УЗ «Минский консультационно-диагностический центр», г. Минск

Приведены методы анестезиологического сопровождения при длительных эндоскопических манипуляциях, способ выведения пациента из общего наркоза в условиях поликлиники. Описан метод усиления врачебно-сестринских бригад неотложной медицинской помощи поликлиники реанимационно-анестезиологической бригадой, в распоряжении которой имеется палата интенсивной терапии. Представлены показатели работы палаты интенсивной терапии в составе отделения дневного пребывания.

В МКДЦ на базе отделения дневного пребывания (ОДП) создана реанимационно-анестезиологическая бригада, в составе которой работают врач анестезиолог-реаниматолог, медицинская сестра-анестезист и санитарка. Одной из функций реанимационно-анестезиологической бригады является проведение анестезиологического пособия (сопровождения) ряда длительных эндоскопических манипуляций (тотальная фиброколоноскопия (ФКС), энтероскопия и эндоскопическая гастрография) в эндоскопическом отделении Центра.

Анестезиологическое пособие, в основном, представлено внутривенной анестезией (общей анестезией), реже – внутримышечной анестезией (обезболиванием).

Основная цель анестезиологического пособия – устранение психоэмоционального дискомфорта, болевых ощущений, нежелательных нейровегетативных реакций, неприятных воспоминаний, а также проведение интенсивной терапии в случае возникновения осложнений. Показания и противопоказания к проведению анестезиологического пособия определяет врач анестезиолог-реаниматолог после сбора анамнеза, осмотра пациента и ознакомления с его медицинскими документами.

К показаниям для анестезиологического сопровождения относятся:

неудавшаяся ранее попытка выполнения ФКС без анестезии;

нежелание пациента испытывать боль, неприятные ощущения и психо-эмоциональный дискомфорт;

имеющиеся анатомические особенности: врожденные – долихосигма, долихоколон, аномалии развития толстой кишки; приобретенные – массивный спаечный процесс после операции или воспалительных заболеваний малого таза, внутренние и наружные грыжи, воспалительные конгломераты в брюшной полости, дивертикулез ободочной кишки с явлениями дивертикулита;

возникновение стойких функциональных сужений кишки с сильными болевыми ощущениями, появив-

шихся под влиянием раздражителей (патологических или естественных) в области естественных сфинктеров толстой кишки;

инородные тела в желудочно-кишечном тракте.

Противопоказания для внутривенной анестезии: нежелание пациента проводить общую анестезию (при наличии показаний); риск общей анестезии не должен превышать III степени по ASA; возраст свыше 70 лет, отягощенный анамнез, патология сердечно-сосудистой системы, состояние декомпенсации; аллергические реакции на медикаменты, используемые для проведения анестезии.

Для осуществления внутривенной общей анестезии используется «Пропован» («Пропофол», «Диприван»). При дробном внутривенном введении в дозе 1,5-2,5 мг/кг обеспечивается достаточно глубокий сон и анестезия с сохранением спонтанного, адекватного дыхания, достаточная для проведения эндоскопического исследования. Препарат легко инактивируется печенью. После прекращения действия препарата пробуждение пациента делается быстрым и максимально полноценным. Во время проведения общей анестезии ведется кардиомониторное наблюдение с фиксацией АД, ЧСС, ЧД, SpO₂. Введение препарата «Пропован» осуществляется через периферический катетер, поставленный перед исследованием в локтевую вену, на фоне постоянной инфузии физиологическим раствором. Ваголитическая активность «Пропована» корректируется введением препарата «Атропина сульфат» – 0,1% раствора в дозе 0,5 мл.

В случаях противопоказаний для проведения общей внутривенной анестезии пациенту выполняется внутримышечная анестезия с использованием препаратов «Дормикума» («Мидозалм»), «Трамадола», спазмолитиков, ненаркотических анальгетиков и антигистаминных препаратов.

После завершения исследования пациент помещается в палату для посленаркозного наблюдения до полного пробуждения. Для более быстрого восстановления сознания пациента после окончания эндоско-

пического исследования внутривенно вводится «Кордиамин» («Никетамид») 25% – 2,0 мл в 50 мл физиологического раствора. В палате проводится кардиомониторирование, записывается ЭКГ. Пациент находится в палате под наблюдением около двух часов и выписывается домой в сопровождении родственника. За время работы анестезиологической бригады в МКДЦ (около 12 месяцев) охват анестезиологическим сопровождением составил около 12% всех ФКС, энтероскопий и эндоскопических исследований. Никаких осложнений или ухудшения течения основных заболеваний после проведения длительных эндоскопических манипуляций не наблюдалось.

Выводы. Во всех случаях врач-эндоскопист получал возможность проводить исследование или операцию в спокойных условиях, в полном объеме, так как эмоциональная и двигательная активность пациента практически полностью исключалась. Следовательно, все манипуляции проводились с максимальной эффективностью.

Минский консультационно-диагностический центр ежедневно посещают около 4500 пациентов. Для оказания неотложной медицинской помощи пациенты обращаются как самостоятельно, так и по направлению врачей специалистов центра. Части из них требуется срочная госпитализация, а в ряде случаев – оказание неотложной медицинской помощи. Для этих целей в центре организовано шесть бригад для оказания неотложной медицинской помощи. Бригады оснащены переносными укладками врача скорой медицинской помощи и рассредоточены равномерно по центру с учетом режима его работы. Для усиления этих бригад и оказания интенсивных и реанимационных мероприятий пациентам, на базе ОДП функционирует палата интенсивной терапии, где работает реанимационно-анестезиологическая бригада.

Палата интенсивной терапии (ПИТ) дает возможность: оказывать в полном объеме необходимую медицинскую помощь, включая реанимационную, на догоспитальном этапе; наблюдать больных с тяжелой патологией до решения вопроса о способе их транспортировки в больницы г. Минска; проводить осмотр больного консилиумом специалистов; выполнять комплекс мероприятий для анестезиологического сопровождения перед сложным инструментальными исследованиями больных с нарушением сердечно-сосудистой, дыхательной систем, выраженным болевым синдромом; наблюдать больного в посленаркозном периоде.

При необходимости в работе по оказанию неотложной медицинской помощи принимают участие врачи-консультанты узкой специальности (кардиолог, невро-

лог, гематолог, хирург). Для оказания неотложной медицинской помощи с элементами реанимационных мероприятий и динамического наблюдения больного ПИТ оснащена следующим оборудованием: аппаратом для проведения ИВЛ типа МК (1); дефибриллятором (1); электрокардиографом (1); монитором переносным (1); электроотсосом (1); инструментальным набором анестезиолога-реаниматолога; укладкой для оказания экстренной помощи на месте вызова к больному.

За время работы (с 17.08.2011 г. по 01.08.2012 г.) в ПИТ была оказана экстренная помощь 111 пациентам: с гипертоническими кризами – 72 пациента, некупирующаяся нестабильная гемодинамика (гипотензии) – 8 пациентов; гипогликемическая кома – 2 пациента; транзиторная ишемическая атака после обследования – 2 пациента; аллергическая реакция – 2 пациента; пароксизмы мерцательной аритмии – 3 пациента; желудочно-кишечные кровотечения после взятия биопсий (в основном, полипы) – 6 пациентов; судорожный синдром – 2 пациента; прочие (закрытая ЧМТ, пищевое отравление, обморок) – 14 пациентов.

После купирования острых симптомов болезни пациенты выписывались в поликлинику по месту жительства или эвакуировались в стационары городских больниц бригадами «Скорой медицинской помощи». Палата интенсивной терапии функционирует около одного года. Все это время нарабатывается опыт для повышения эффективности осуществления как плановой, так и экстренной медицинской помощи.

Литература

1. Савищев А.А., Хоружая В.А., Козлов В.С. // Актуальные проблемы деятельности консультативно-диагностических центров. – Екатеринбург, 2009. – С.32–33.
2. Климко Т.В., Капустин А.В., Кудрявцев Л.П. [и др.] // Актуальные проблемы деятельности консультативно-диагностических центров. – Екатеринбург, 2005. – С.71–72.
3. Спиридонова Т.В., Боб И.В. // Актуальные проблемы деятельности консультативно-диагностических центров. – Екатеринбург, 2010. – С.65–66.

EXPERIENCE OF REANIMATION-ANESTHETIC TEAM WORK

N.S. Bigvava, G.V. Malakhov

Methods of the anesthetic maintenance during long endoscopic manipulations and ways of anesthesia removal while staying at hospital were presented. The method to reinforce the doctor-nurse teams of emergency medical care by means of reanimation-anesthetic teams with the intensive care ward was described. Indicators on the work of the intensive care ward at the day-stay department were presented.