

Тема 5 Реанимация. Внезапная остановка сердца

Внезапная остановка сердца

Под внезапной остановкой сердца, требующей немедленной реанимации, принято понимать остановку кровообращения в случаях, когда человек без видимых причин неожиданно потерял сознание, и у него исчез пульс на сонной артерии (в случаях заболеваний сердца). Либо когда остановка сердца произошла в результате поражения электрическим током, утопления, дорожно-транспортного происшествия, падения с высоты и прочего.

Это состояние достаточно легко диагностируется обученным очевидцем.

При остановке кровообращения последовательно развиваются три этапа умирания организма: клиническая смерть, социальная смерть и биологическая смерть.

Тактика очевидца внезапной остановки сердца — не допустить гибели коры головного мозга и наступления социальной смерти.

Социальная смерть

В случае гибели коры головного мозга наступает социальная смерть — человек превращается в организм-растение. Он способен самостоятельно дышать, у него есть сердцебиение, но интеллект и личность погибли. В этом случае усилия реанимации оказались напрасными.

При появлении признаков социальной смерти реанимация теряет смысл,

хотя в отдельных случаях ее продолжают проводить профессиональные медицинские работники для сохранения жизнеспособности донорских органов. Диагноз социальной смерти или смерти коры головного мозга можно поставить только после регистрации потери активности коры головного мозга с помощью специального диагностического оборудования.

Клиническая смерть

Это скорее не медицинский диагноз, а тактическое обозначение сверхопасного состояния, которое по своей сути является ранним, но еще обратимым

этапом умирания и нацеливает очевидца на незамедлительное проведение реанимационных действий.

Точный диагноз клинической смерти может быть поставлен только в случае удачной реанимации: возвращения умершего к жизни, то есть, следуя точной трактовке термина («re» — возвращение, «anima» — душа, лат.), возвращения души, которая уже успела покинуть тело.

Принято считать, что продолжительность клинической смерти не превышает 4-5 минут после остановки сердца. Именно за это время в коре го-

ловного мозга могут произойти необратимые изменения, которые приведут к ее гибели и наступлению социальной смерти.

На месте происшествия поставить точный диагноз клинической или социальной смерти невозможно.

Причем особое внимание следует обратить на отсчет продолжительности времени клинической смерти. Он начинается с момента остановки кровообращения, что в реальности крайне редко подтверждается документально, и заканчивается с первыми реанимационными действиями.

С момента начала реанимации начинается отсчет времени реанимационных действий, а точнее — поддержание жизнеспособности коры головного мозга в надежде на спонтанное восстановление сердечной деятельности, либо

восстановление кровообращения после медикаментозного или электроимпульсного воздействия.

На практике отмечено множество случаев удачного оживления умерших, когда реанимационные действия проводились более часа.

Поэтому во всех случаях внезапной остановки сердца, пока еще не появились признаки биологической смерти, следует обязательно использовать шанс на оживление и приступить к реанимации пострадавшего.

В случае неудачи и появления признаков гибели коры головного мозга или биологической смерти, нет ни одной статьи Уголовного или Гражданского кодекса, признающей эти действия противоправными.

Более того, в ситуации, когда внезапная остановка сердца произошла в присутствии родственников умершего, можно, из соображений гуманности к его близким, приступить к реанимации даже при наличии ранних признаков биологической смерти. Но в дальнейшем в своих показаниях обязательно отметить, что признаки биологической смерти были выявлены до начала реанимационных действий.

Биологическая смерть

Это состояние диагностируется обученным очевидцем в случае появления у пострадавшего, находящегося без сознания, ранних признаков биологической смерти: высыхания роговицы и деформации зрачка (признак Белоглазова). Эти признаки появляются через 20-30 минут после остановки кровообращения. При их появлении реанимация становится бессмысленной.

Правила экстренного определения состояния пострадавшего, не подающего признаков жизни

У неподвижно лежащего человека, прежде всего, следует посмотреть наличие признаков биологической смерти. В подобных ситуациях никто не может с точностью до минуты указать хронометраж несчастья. Если появи-

лись признаки биологической смерти, то можно сделать вывод о бессмысленном проведении реанимации, но, тем не менее, следует обязательно попытаться определить пульс на сонной артерии. Определение пульса на сонной артерии позволяет выяснить три состояния пострадавшего:

1. Если нет пульса, нет реакции на боль, которая неизбежно причиняется при его определении и есть признаки биологической смерти, то реанимация потеряла смысл.
2. Если нет пульса, нет реакции на боль и нет признаков биологической смерти, то речь заходит о клинической или возможной социальной смерти. Следует немедленно приступить к реанимации.
3. В случае, когда есть пульс, но нет реакции на боль, то тогда можно утверждать, что пострадавший жив, и находится в состоянии комы. Следует повернуть пострадавшего на живот.

Причины (варианты) внезапной остановки сердца

Различают следующие причины внезапной остановки сердца:

1. Фибрилляцию желудочков сердца.
2. Электромеханическую диссоциацию сердца.
3. Асистолию.

Признаки различных вариантов внезапной остановки сердца, частота их возникновения и эффективность действий очевидца в оказании первой помощи на месте происшествия разобраны в сводной таблице №1 «Причины внезапной остановки сердца и эффективность действий очевидца» и сводной таблице №2 «Соотношение эффективности, безопасности и реальности использования отдельных манипуляций на месте происшествия».

Таблица 1

Причины внезапной остановки сердца и эффективность действий очевидца

	Фибрилляция	Электро-механическая диссоциация	Асистолия
Частота и причина возникновения	Составляет более 70-80% случаев внезапной смерти после поражения электрическим током или развития осложнений заболеваний сердца с нарушением сердечного ритма	Составляет не более 5% случаев внезапной остановки сердца при поражениях сердечной мышцы вследствие тяжелых заболеваний, либо ранения сердца	Составляет не более 20% случаев внезапной остановки сердца
Отображение на ЭКГ	Хаотичные сокращения	Электрические импульсы возбуж-	Регистрируется изолиния,

	отдельных волокон миокарда в виде пилообразной кривой.	деня сердечной мышцы есть, а пульса на сонной артерии нет. Электрическая активность сердца есть, а механическая составляющая мышечного сокращения полностью утрачена.	отражающая полное отсутствие сердечной активности.
Наличие пульса на сонной артерии	нет	нет	нет
Внешние признаки	Признаки клинической смерти	Признаки клинической смерти	Признаки клинической или биологической смерти
Эффективность действия очевидцев на месте преступления	Эффективность прекардиального удара превышает 70% от всех случаев внезапной остановки сердца	Эффективность прекардиального удара не превышает 1%. Эффективность медикаментозного или хирургического лечения не превышает 1%, но его могут проводить только медицинские работники. В условиях несчастного случая такие пострадавшие обречены. Тем не менее, очевидцам следует приступить к реанимации	Эффективность прекардиального удара не превышает 1%. Эффективность медикаментозного лечения не превышает 10%, но его могут проводить только медицинские работники. В условиях несчастного случая такие пострадавшие обречены. Тем не менее, очевидцам следует приступить к реанимации.

Таблица 2

Соотношение эффективности, безопасности и реальности использования отдельных манипуляций на месте происшествия

	Удар по груди	Разряд дефибрилятора	Непрямой массаж сердца
Принцип действия	Удар по груди кулаком превращает эффект механического воздействия с усилием не более 3 кг, сжатого	Для проведения электрической дефибриляции используется как постоянный, так и переменный	Состоит из двух составляющих: «сердечного насоса», возникающего за счет незначительного сжатия са-

	<p>в промежутки времени до 0,01 секунды, в электрическую стимуляцию сокращений миокарда.</p>	<p>ток. Энергетический уровень разряда варьирует от 150 до 360 Дж (2000-7000 Вт)</p>	<p>мого сердца во время надавливания на грудную клетку, и в гораздо большей степени из «грудного насоса», который создает присасывающий эффект во время ее расправления.</p> <p>Для достижения эффекта реанимации необходимо продавливать грудную клетку на 5-6 см с усилием не менее 40-60 кг</p>
<p>Эффективность использования</p>	<p>Около 50-70% от всех случаев внезапной остановки сердца</p>	<p>Превышает 80% от всех случаев внезапной остановки сердца</p>	<p>Вероятность самостоятельного восстановления сердечного ритма не превышает 20%</p>
<p>Опасность использования</p>	<p>Безопасен, как для спасающего, так и для умирающего. Хотя есть мнение, что прекардиальный удар якобы опасен при его нанесении в случаях асистолии. Практикующие врачи утверждают обратное.</p>	<p>Очень опасен для спасающих, а в случае технических неполадок и для умирающего. Энергетический уровень разряда варьирует от 150 до 360 Дж (2000-7000 Вт). Мнение о том, что нанесение разряда при асистолии или электромеханической диссоциации приносит вред, не обосновано.</p>	<p>В случае проведения при наличии пульса на сонной артерии может привести к смерти пострадавшего. В случае неверной техники проведения к множественному перелому ребер и несовместимым с жизнью травмам легких и печени</p>
<p>Ограничение использования на месте происшествия</p>	<p>Эффективен только в течение первой минуты после остановки сердца. Обучить технике удара можно только на специальном тренажере</p>	<p>Эффективен только в течение нескольких минут после остановки сердца. Каждая минута промедления в выполнении дефибриляции снижает возможность оживления на 10%.</p> <p>Высокая стоимость</p>	<p>Могут проводить только лица, обученные на специальных тренажерах.</p>

		аппарата резко ограничивает его массовое использование населением. Использование требует строгого соблюдения техники безопасности	
Реальность использования на месте происшествия	Более 50%	В условиях российской действительности равна нулю.	Не более 1%

Тактика действий очевидца внезапной остановки сердца

Главная задача очевидца внезапной остановки сердца — не допустить гибели коры головного мозга и наступления социальной смерти.

Учитывая, что внешние признаки различных причин остановки кровообращения совершенно идентичны, а самым доступным и безопасным действием является нанесение прекардиального удара, реанимацию следует начинать именно с него.

Прекардиальный удар один из наиболее эффективных и безопасных компонентов сердечно-легочной реанимации. Удар по груди кулаком превращает эффект механического (кинетического) воздействия с усилием не более 3 кг, сжатого в промежуток времени до 0,01 секунды, в электрическую стимуляцию сокращений миокарда.

При этом вероятность остановки сердца в случае нанесения удара при наличии пульса на сонной артерии крайне мала и не превышает 1:100 000, что доказано числом смертельных исходов в боксерских матчах за более чем столетний период существования этого травмоопасного вида спорта.

Для сравнения: при проведении непрямого массажа сердца на грудину производится серия из тридцати надавливаний с усилием более 40 кг, что может привести к остановке сердца, перелому ребер, повреждению легких и печени при неверной технике исполнения.

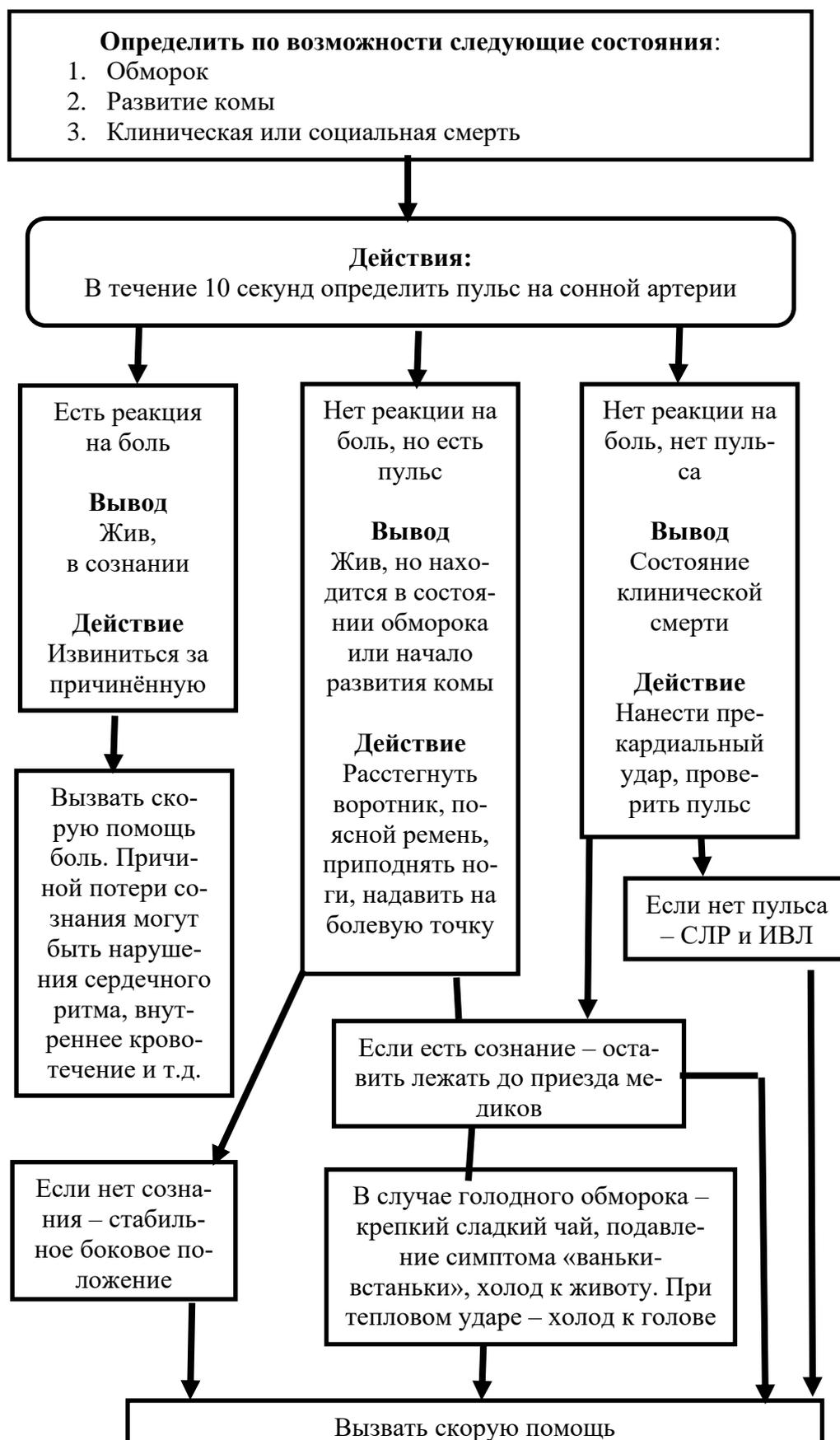
А теперь, когда изложены все аргументы «за» и «против» нанесения прекардиального удара, предлагается ответить на два простых вопроса:

1. Что опаснее, — нанести удар кулаком по груди с силой не более 5 кг и тут же проконтролировать пульс на сонной артерии, или сделать серию из 30 и более надавливаний с силой 40-80 кг с угрозой повторной остановки сердца, перелома ребер, повреждения легких и печени?
2. Кто и почему пытается запретить прекардиальный удар и, в то же время, настаивает на массовом использовании непрямого массажа сердца?

Алгоритм действий очевидца, не видевшего момента потери сознания у пострадавшего



**Алгоритм действий очевидца,
увидевшего момент потери сознания у пострадавшего**



О клинической смерти, а также гибели коры головного мозга (социальной смерти) можно судить только по исходу реанимации.

Обученный очевидец может достаточно легко подтвердить или отвергнуть ранние признаки биологической смерти, наличие или отсутствие реакции на боль и пульса на сонной артерии.

Признаки дыхания являются трудно уловимыми при поверхностном типе дыхания. Агональное дыхание при внезапной остановке сердца легко спутать с нарушением дыхания в коматозном состоянии. Но, так или иначе, дыхание после остановки кровообращения продолжается не более 10-30 секунд.

Поэтому не имеет смысла терять время на определение признаков дыхания.

Вдох ИВЛ при наличии самостоятельного дыхания для взрослого человека не представляет ни малейшего вреда.

Почему Европейский совет по реанимации отрицал эффективность прекардиального удара

Следует особо отметить, что время эффективности удара крайне ограничено. Чем быстрее он будет нанесен, тем больше шансов на оживление. Однако Европейский совет по реанимации долгое время навязывал так называемую «азбуку реанимации» — АВС.

Следуя расшифровке этой аббревиатуры, изначально необходимо было обеспечить проходимость дыхательных путей (А — air open the way), затем сделать несколько вдохов ИВЛ (В — breath support), только после этого убедиться в отсутствии пульса на сонной и бедренной артериях и лишь затем приступить к непрямому массажу сердца (С — circulation support). При этом нарушать последовательность исполнения строго запрещалось.

Возможно, именно поэтому у наших западных коллег сложилось мнение о неэффективности прекардиального удара. Действительно, когда на выполнение «А» и «В» затрачивалось до 2-3 минут, его эффективность сводилась к нулю.

При этом следовало окликнуть пострадавшего очень уместным в этой ситуации вопросом: — «Все ли у тебя в порядке?» — затем похлопать в ладоши, нажать на болевую точку, прислушаться к шуму выдыхаемого воздуха, ощутить его тепло на своей щеке, подставить ко рту пострадавшего зеркальце или перышко, посмотреть поднимается ли его грудная клетка, позвать окружающих на помощь и только после этого подумать о необходимости реанимации.

Попытка уложить эти действия в оценке состояния пострадавшего, хотя бы в одну минуту, невозможна даже для Великого Чаплина с эффектом ускоренной киносъемки немого кино.

Российский вариант действий в случае внезапной остановки сердца

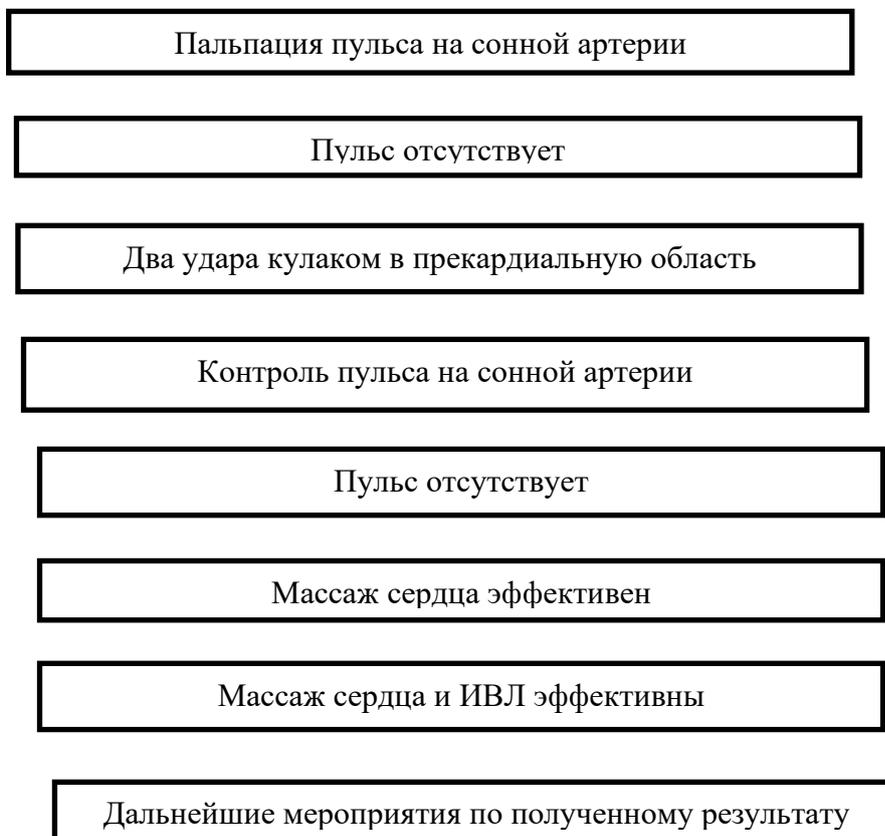
В то же время российские врачи, начиная уже с 70-х годов прошлого столетия, использовали совершенно другой алгоритм, который был впервые опубликован в 2001 году в журнале «Анестезиология и реаниматология» под аббревиатурой русского алфавита — УНИВЕРСАЛ.

У — удар кулаком по груди;
Н — непрямой массаж сердца;
И — искусственная вентиляция легких;
В — венепункция или катетеризация;
Е — электрокардиография;
Р — разряд дефибриллятора;
С — стимуляция сердца;
А — адреналин/атропин;
Л — лидокаин.

Для лиц без медицинского образования достаточно использовать формулу УНИ:

1. Удар;
2. Непрямой массаж сердца;
3. Искусственная вентиляция легких

Схема действий при невозможности ЭКГ/диагностики вида внезапной остановки сердца



В чем специалисты ЕСР приблизились к российской системе массового обучения навыкам оказания первой помощи

Только в 2005 году Европейский совет по реанимации (ЕСР) после долгих лет метаний в своих рекомендациях пришел к прописной истине: «... в первые минуты внезапной остановки сердца непрямой массаж сердца более важен, чем искусственное дыхание.

Именно такой алгоритм был заложен в действия личного состава спасательных служб и силовых структур, персонала опасных видов производства и транспорта, работников энергетики России. Именно такой порядок действий в оказании первой медицинской помощи на месте происшествий используется уже около 10 лет.

В чем профессора ЕСР даже в мыслях не догнали российских электромонтеров

Еще с 1997 года во всех перечисленных выше инструкциях и учебных пособиях четко описаны правила проведения реанимации командой из трех человек. Данная российская методика позволила проводить реанимацию более 30-40 минут без потери ее качества. На конкурсах профмастерства энергетиков команды наказываются штрафом, если не сделана ротация участников реанимации в течение двух минут. Тогда как ведущие европейские реаниматологи только задумались над тем, что реанимация более двух минут физически трудно выполнима.

Случился забавный конфуз: с проблемой, над решением которой безуспешно бьются лучшие европейские профессора, российские электромонтеры справляются не задумываясь.

Более того, специалисты ЕСР рекомендуют очевидцу внезапной потери сознания, убедившись в отсутствии признаков дыхания, немедленно приступить... к вызову спасательных служб, и только потом начать непрямой массаж сердца. Это является грубейшей тактической ошибкой.

В инструкции энергетиков от 2007 года четко прописаны ситуации, когда сначала следует приступить к оказанию первой помощи, и только потом позаботиться о вызове Скорой.

Для кого прекардиальный удар представляет смертельную опасность

«Прекардиальный удар представляет смертельную опасность для умершего человека».

Это абсурдное утверждение изложено в официальном документе под грифом автономной некоммерческой организации (АНО) «Национальный

Совет по Реанимации» за подписью его исполнительного директора А.Н. Каргина:

«При проведении первичного реанимационного комплекса (сердечно-легочной реанимации) на догоспитальном этапе выполнение прекардиального удара с целью восстановления сердечного ритма противопоказано.

До 2005 г. Европейский реанимационный совет не рекомендовал его проведение.

Остановка сердца до 20% у пострадавших происходит не через фибрилляцию, а через асистолию (электромеханическую диссоциацию), где прекардиальный удар является смертельно опасным для пострадавшего».

Для подобного категоричного и серьезного заявления требуется предоставить серьезное обоснование. Однако нет ни одного факта или доказательства, позволяющего на основе клинических исследований сделать подобный вывод.

Для столь важного заключения необходимо было исследовать эффективность или вредность использования удара на группе умирающих в асистолии, а затем на аналогичной группе провести реанимацию без удара (контрольной группе умирающих). Для большей убедительности сделать патологоанатомическое исследование (вскрытие) до удара, а затем после удара. Как в реальности провести такие исследования для аргументации столь категоричного заключения — проблемы тех, кто настаивает на опасности удара для умерших в состоянии асистолии.

Тот же, кого кандидат медицинских наук лукаво называет «пострадавшим в состоянии асистолии», на самом деле является умершим в асистолии. По мнению профессора А.П. Зильбера, «Правильнее называть реанимацией оживление внезапно умерших людей, а реаниматологией — науку об оживлении».

Исходя из выводов А.Н. Каргина, более логичным было бы запретить патолого-анатомическое вскрытие, кремацию и похороны. В моргах, пусть крайне редко, но случается оживление «мертвецов». Причем, чаще после того, как их уронили или бросили на кафельный пол. Подобные эпизоды описаны в биографиях поэта М. Танича и скульптора Э. Неизвестного.

Кстати, эффект оживления в этих случаях происходит после сотрясения грудной клетки, как и при ударе по груди.

Рьяно отстаивая абсурдную точку зрения о смертельной опасности удара

по груди, кандидат медицинских наук, исполнительный директор АНО «Национальный Совет по реанимации», старший научный сотрудник Государственного учреждения НИИ общей реаниматологии Российской академии медицинских наук А.Н. Каргин ввел совершенно новое понятие в медицинской науке XXI века — «Смертельная опасность для... умершего».

Для кого внедрение прекардиального удара в систему массового обучения на самом деле представляет реальную угрозу

Про курьез о смертельной опасности удара по груди для умершего можно было бы забыть, но выступление А.Н. Каргина уже от лица ведущего специалиста Государственного учреждения НИИ общей реаниматологии Российской академии медицинских наук на семинаре по охране труда в энергетике 16 апреля 2008 показало его бескомпромиссную позицию в этом вопросе.

Более того, на том же научно-практическом семинаре А.Н. Каргин привел вопиющий пример пагубности использования прекардиального удара. С его слов ученица начальных классов на глазах соседа по лестничной площадке

до смерти забила пожилого мужчину несколькими ударами детского кулачка.

О дальнейшей судьбе девочки-убийцы и подглядывавшего за ней соседа история скромно умалчивает.

Но может быть, г-н Каргин действительно прав? Было бы лучше, если девочка, следуя пресловутой азбуке АВС, сначала плотно прижалась губами к губам то ли пьяного, то ли умирающего мужчины в «поцелуе жизни», а затем

залезла бы детской ручкой в его штаны в поисках пульса на бедренной артерии где-то в области его мошонки...

Почему Государственное учреждение НИИ общей реаниматологии Российской академии медицинских наук в лице кандидата медицинских наук А.Н. Каргина так невзлюбило этот удар, что вступило в полное противоречие с его величием здравым смыслом и ее превосходительством практикой?

Ответ на этот вопрос лежит на поверхности, а точнее — на совести сотрудников Государственного учреждения НИИ общей реаниматологии Российской академии медицинских наук. Уже более 30 лет они обещают создать свой отечественный дефибриллятор для массового использования. Прошли все разумные сроки, а взятые у государства деньги уже истрачены.

Как известно, плохим танцорам всегда что-то мешает. За последние 20 лет этот институт не создал ни одной практически значимой разработки. Достаточно вспомнить инструкцию по оказанию первой помощи, созданную этим институтом в 1996 году, согласно которой, энергетики должны были проводить непрямой массаж сердца и искусственное дыхание пострадавшему, висящему на опоре, или дышать изо рта в рот в воде при спасении утопающего.

Так получилось, что после отстранения от дел своего создателя и первого руководителя В.А. Неговского институт жил только прошлыми заслугами. А тут еще этот прекардиальный удар. Его внедрение в систему массового обучения — это действительно серпом по...

Прекардиальный удар сводит на нет деятельность более 100 сотрудников за последние 20-30 лет, а главное — прекращает возможность получать финансирование на дальнейшие разработки мифического дефибриллятора.

Действующий сотрудник этого института А.Н. Каргин публично расписался в творческом бессилии своей организации, заявив на той же конференции энергетиков: «В России делают хорошо только то, что не надо делать руками».

И поэтому для внедрения европейских методик их институт, создав автономную некоммерческую организацию, «Национальный совет по реанимации», от лица России, вступил в Европейский совет по реанимации (ЕСР).

Причем, эта некоммерческая организация подрядилась на коммерческой основе продавать последние рекомендации Европейского Совета по реанимации.

Из заявлений этого же господина следует: раз его некоммерческая организация вступила в ЕСР, то и все граждане России должны неукоснительно выполнять его распоряжения.

Для сравнения: допустим, если кто-то от лица России организует общество «Национальный совет НАТО» и вступит в Европейское общество поклонников НАТО, будет ли это означать, что Российская армия обязана служить по уставу НАТО?

Но вот незадача: события в Южной Осетии показали, что натовская боевая подготовка не самая совершенная в мире, а что касается первой помощи, то уже прошло три года, как Европейский Совет по реанимации кардинально пересмотрел свои рекомендации в сторону методик, широко используемых в России еще с конца 90-х годов прошлого столетия.

Хотя, ради справедливости, надо отметить, что с легкой руки Государственного учреждения НИИ общей реаниматологии Российской академии медицинских наук специально для энергетиков было разработано «Положение об инструкторе-реаниматоре» и 65-часовая программа его подготовки. Но, это уже другая история, а точнее — очень старая сказка.

Положение об инструкторе-реаниматоре или сказка про голого короля

Государственное учреждение НИИ общей реаниматологии Российской академии медицинских наук утверждает, что именно в его стенах еще двадцать лет назад специально для энергетиков было разработано «Положение об инструкторе-реаниматоре» и 65-часовая программа подготовки такого специалиста. За это время были выданы тысячи свидетельств «инструкторов-реаниматоров». Но вот незадача, в «Общероссийском классификаторе профессий рабочих, должностей служащих и тарифных разрядов» нет ни инструктора/реаниматора, ни просто реаниматора.

Есть графа 230506 — инструктор, без уточнения, по каким вопросам.

И совершенно логично было бы вписать любой вид деятельности тако-
го

инструктора (инструктор по забиванию гвоздей или просверливанию дырок, инструктор по использованию того же молотка или сверла). Свидетельства, в которых вписано: «Инструктор по обучению навыкам оказания первой помощи на месте происшествия» ни коим образом не противоречат общероссийскому классификатору профессий. К тому же, в этом случае речь не идет об обучении новой профессии, а только о повышении квалификации специалиста любой профессии путем приобретения полезных навыков в рамках его основной деятельности.

Но, как только в свидетельство вписано «инструктор-реаниматор», то неизбежно возникает вопрос, — а что это за профессия или должность такая, круг ее обязанностей и полномочий? Совершенно очевидно, что на протяжении многих лет в электроэнергетике шла массовая выдача свидетельств «инструктор-профанатор».

Как показывает ситуация сегодняшнего дня, с легкой руки ГНИИ общей реаниматологии многие учебные центры энергетиков продолжают выдавать свидетельства «инструктор-реаниматор» без юридического и методического на то основания:

1. В уставах этих организаций нет ни единого слова об обучении первой медицинской помощи.
2. В лицензиях на образовательную деятельность в перечне тем нет ни одной, которая бы отражала вопросы оказания первой помощи или основы медицинских знаний.
3. Время обучения специалиста с присвоением ему квалификации «инструктор-реаниматор» не превышает даже 72 часов, что явно недостаточно для обучения новой профессии.
4. В перечне методического оснащения курсов нет ни одного учебного пособия с грифом Минобразования. (Только такие учебные пособия могут быть использованы в обучении лиц без медицинского образования и дают правовую базу использования описанных в них навыков по оказанию первой помощи.)

Конечно, для нарушителей Закона самый разумный выход из сложившейся ситуации — предать забвению это нелепое словосочетание: «Инструктор-реаниматор» и больше о нем не вспоминать. Но они продолжают бравировать неким «Положением об инструкторе-реаниматоре», разработанным ГНИИ общей реаниматологии Российской академии медицинских наук, и тем самым повторяют сюжет очень старой сказки про голого короля. Однако расхаживать без одежды и хвалиться ее покроем долго нельзя.

Щеголять с «неприкрытым задом» в нашем бюрократическом государстве стало очень опасно. И, прежде всего, для тех, кто поверил в то, что в действительности является полной профанацией. А самое трагичное — обу-

чение таких реаниматоров, игнорируя последние методические рекомендации Европейского совета по реанимации и прекардиальный удар, продолжается по методикам пресловутой «азбуки реанимации».