



ВЛАДИМИР ШПИНЕВ

# Записки РЕАНИМА- ТОЛОГА

ПРО  
МЕДИЦИНУ  
И ДРУГОЕ



ТОП БЛОГ LIVEJOURNAL

# Владимир Владимирович Шпинев

## Записки реаниматолога

### Серия «Звезда соцсети»

*текст предоставлен правообладателем*

*[http://www.litres.ru/pages/biblio\\_book/?art=24865091](http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=24865091)*

*Владимир Шпинев. Записки реаниматолога: АСТ; Москва; 2017*

*ISBN 978-5-17-102868-8*

### Аннотация

Владимир Шпинев – обычный реаниматолог, каждый день спасающий жизни людей. Он обычный врач, который честно делится своей историей: о спасенных жизнях и о тех, что не получилось спасти. Удивительно трогательные, безумно смешные и честные истории сделали «Записки реаниматолога» одним из самых читаемых блогов на LiveJournal. Здесь вы найдете только правду, и ничего, кроме правды и смеха.

*Книга также издавалась под названием "Реанимация. Как спасают наши жизни"*

# Содержание

От автора	5
Про то как я стал врачом	5
Наша работа	8
Ангелы и демоны врача реаниматолога	12
Записки реаниматолога	16
Тяжелое дежурство	16
Эпилептическое	26
Орешек в трахее	30
Конец ознакомительного фрагмента.	32

# **Владимир Шпинеv**

## **Записки реаниматолога**

© Шпинеv В. В., текст

© ООО «Издательство АСТ»

# От автора



## Про то как я стал врачом

Меня спрашивают: «как же я дожился до жизни медицинской».

Ну погнали...

В медицину я стремился с раннего детства. В игрушках у меня были тонометр, фонендоскоп, ампулы с морфием. Первую кошку препарировал уже в четыре года, прям с добротой вспоминаю еще бьющееся теплое сердечко кошечки.

Потом собачки, крысы. А в восьмом классе, я с корешем, тоже хирургом стал, пошли на кладбище, дождались, когда похоронят свежего человека. Ночью, когда светила луна, мы откопали свежую могилку, достали гроб. Вытащили мужика и там же, сделали первый разрез по груди. И тут, мужик как вскочил и каак рванул, с криками сиганул в сторону реки. Мы тогда чуть не обосрались, но взяв себя в руки, мы догнали мужика и вынули его еще бьющееся сердце, потом вернули его в ящик и заново захоронили.

Как потом узнали, что похоронили то мужика в летаргическом сне! Вот так и появился мой первый спасенный пациент и первый холмик от моего лечения. Потом вскрыли еще троих, но те уже были реально умершими. Зато мы точно узнали, что у людей в животе и что душа не находится в области мочевого пузыря ибо он был пуст.

Институт. Корпение над учебниками. Пока все гуляли, я учил, учил, учил. Окончил институт с красным дипломом. До сих помню, когда все пошли отмечать это дело, я же залез под стол и сожрал мой красный диплом, он был солоноватым на вкус, видимо это так же была проверка на психологическую устойчивость, бумагу для дипломов изготавливали вполне себе съедобной.

Потом, когда все два года проходили интернатуры, я лечился в психиатрической клинике. Много всего тогда передумал, глотая очередную таблетку галоперидола и понял, что я нужен людям, во мне не должен умереть знахарь! Как же я теперь занимаюсь врачебной практикой? Да просто – купил в Москве, в подземном переходе, обычный диплом врача, вместе с интернатурой.

Бойтесь нас.

Это конечно была шутка, отец мой – врач, брат – доктор, бабушка по отцовской линии была операционной сестрой, ну и я ни куда не сворачивал, тож на дохтура выучился.

# Наша работа

Каждый день выходя на работу в свою клинику мы встречаемся с относительно плановыми пациентами, которые особо не напрягают нашу нервную систему – обычное грыже-сечение, лечение неосложненных инфарктов миокарда, очаговые пневмонии, несложные анестезии. Но иногда появляются «штучные» больные, которых очень хочется кому-нибудь спихнуть, дабы не влезть в неприятную ситуацию, когда возможно течение болезни, манипуляции может выйти из-под контроля. Я думаю, у каждого практикующего доктора встречались такие и только силой своей воли, стиснув зубы, идешь на спасение, лечение такого пациента, и при благоприятном исходе по детски в душе радуешься положительному эффекту.

Чем хороши крупные клиники – это возможностью максимально обследовать больного, получить помощь со стороны коллеги, дополнительная аппаратура, значительно облегчающая ту или иную сложную, а под час рискованную манипуляцию.

Хочу пояснить выше сказанное из своей практики анестезиолога. Практически ежедневно у нас оперируют под эндотрахеальной (когда в легкое подается газовая смесь из кислорода, воздуха и газового анестетика), либо под внутривенной с искусственной вентиляцией легких анестезией. Для дан-



ных видов обезболивания необходима интубация трахеи, то есть установка специальной эндотрахеальной трубки в трахею, данная манипуляция необходима для полного контроля над внешней функцией дыхания и подключения больного к аппарату искусственной вентиляции. При этом в вену вводятся релаксанты подобные яду кураре и больной не в силах сократить ни одну поперечно-полосатую мышцу организма, в том числе отключается, и дыхательная мускулатура, этим создаются идеальные условия для оперативного вмешательства. В большинстве случаев данная манипуляция никаких трудностей не предвещает и все идет по плану. Но иногда по особым признакам мы можем предвидеть сложности при установке данной трубки. Чем грозит неудача интубации? Поясню по порядку. Обычная анестезия начинается с так называемой индукции анестезии – в вену вводится анальгетик (фентанил), анестетик (тиопентал, диприван), больной глубоко засыпает, далее следует миорелаксант, обычно короткого действия (дитилин), сокращаются все мышцы с последующей полной релаксацией, вплоть до остановки дыхания, производится принудительная вентиляция легких через маску, далее, вводится специальный аппарат (ларингоскоп) с лампочкой на конце в ротовую полость, поднимается надгортанник, доктор визуализируя голосовые связки вводит трубку в трахею, подключая больного к аппарату ИВЛ. В подавляющем большинстве случаев так и происходит. Однако изредка в силу анатомических особенностей больного, неопытности

анестезиолога, неисправности ларингоскопа, трубку установить не удастся, чаще всего она оказывается в пищеводе, тут главное не теряться и принудительно раздышать пациента через маску с мешком, иначе при отсутствии дыхания больной попросту может погибнуть.



Так вот предвидя сложности интубации, анестезиолог готовится к операции особенно щепетильно – просит коллегу постоять рядом (как говорится поддержать штанишки коллеге), вызывает бронхоскописта (можно заинтубировать посредством бронхоскопа), попросить более опытного колле-

гу произвести данную манипуляцию. Благодаря этому риск данной манипуляции практически сводится к нулю.

Но я начал сие повествование не для устрашения, а для того что бы Вы поняли насколько тяжело докторам работать в одиночестве, в условиях малых клиник, где нет ни оборудования, ни чувство локтя от коллеги. Сам периодически работая в маленьких больничках, при этом часто днюя и ночуя возле тяжело больных, да еще если поступают «сложные» клиенты, только собственные знания, опыт и немного везения и помогают избежать тяжелых осложнений от различных манипуляций. Я то ладно, как говорится – приехал и уехал, тяжело докторам, которые постоянно работают в данных условиях: дома их практически не видят родные, маленькая заработная плата, серьёзные осложнения вызывают постоянную депрессию, оттого доктора и спиваются, находя облегчение на дне бутылки. Благо есть главные врачи, которые с пониманием относятся к сложностям нашей работы, периодически отправляют доктора на курорты, поднимают им заработную плату.

Пишу эти строки, надеясь Вашего понимания, жду, что люди читающие корявое изложение моих мыслей, хоть чуточку проникнутся уважением к труду врачей малых больниц.

# Ангелы и демоны врача реаниматолога

Здесь можно было бы вести речь о любой другой специальности, но нет, именно наша специальность «славится» смертностью. Именно за нашими дверями вершатся судьбы тяжело больных, а иногда и неизлечимых людей. Мы не роботы, мы такие же люди, подверженные эмоциям и влияниям, как внешним так и внутренним.

Однако, если другой врач, тот же хирург – на виду и его действия видны окружающим, то наша специальность окутана тайной, а помыслы врача реаниматолога тем более. Мы единственные специалисты, кто профессионально знает действия лекарств, да не простых, а по сути – ядов. Опытный врач, может сотворить с больным, что душе заблагорассудится. Жизнь пациента в руках доктора, в реанимационном отделении это особенно ощущается. Ведь что есть жизнь больного находящегося в критической ситуации? Это как камешек находящийся на краю обрыва, тот камешек, который некогда был сцементирован с горой, но по какой либо причине – откололся. И вот он качается, туда, сюда, куда дунет ветер, готовый в любую секунду сорваться с обрыва. Наши препараты могут снова цементировать эту осколок жизни с общей горой, а могут ослизнить скалу, ускоряя падение.

«Лекарства у всех на виду», – напишут знающие люди. Да,

на виду, но ведь можно сделать так, что умный врач, незаметно сдвинет баланс электролитов, баланс кислотно-щелочной, в «нужную» ему сторону. Да и не обязательно действовать препаратами, можно накрутить ручки дыхательного аппарата и баланс жизни и смерти постепенно сместиться туда – в сторону бездны и никто не поймет – от чего, ведь аппарат гудит, все подумают, что от болезни.

Поступает крайне тяжелый пациент, с полиорганной недостаточностью. Его «сажают» на искусственную вентиляцию лёгких. Проводят мощную химиотерапию. Если пациент до заболевания страдал ожирением, его нужно каждые два часа ворочать. День за днем, сутками напролет, проходит неделя, другая. Из одной болезни вылезает другая, но пациент не умирает, но и не живет. Персонал устал, у врача опускаются руки.

В это время коллеги начинают: «он уже не жилец». Уставшие сестры: «доктор, ну что вы его мучаете?» У лечащего врача просыпаются внутренние ангелы и демоны.

Демон нашептывает: «ну правда, ну все устали, больного ты уже не спасешь – отпусти его!»



Ангел: «есть, есть еще средство, нужно бороться».

Врач, перепробовав все возможности, приходит к выводу – не жалец. Решил, что больше ни чего не поможет. Демон победил? Кто знает. Если в это время его помыслами было – все, этому пациенту уже не помочь, мозг погиб, продлевать жизнь и агонию нет смысла, то это будут видимо ангелы. А если была мысль, что надо потянуть, посмотреть что будет, несмотря на то, что мозг умер, и вроде активность врача за жизнь – благо, но помыслы его другие, кто победил? Демонны?

А если при констатации смерти мозга были выполнены не все процедуры, но все решили, что мозг умер, а у одного, лишь лечащего врача появились сомнения и он будет тянуть,

цепляясь за эти сомнения. Кто им руководит?

Врача можно характеризовать – умный, глупый. Но кто внутри его победит, если в каждом докторе сидят и ангелы и демоны?

Все видят как лечит доктор, но не видят, что бушует у него внутри...

Вы скажете – ага, значит вы – убийцы! Однако, с приходом смерти, могут прийти последствия, в виде расследования, поэтому врач, боясь, чаще всего тянет любого пациента до последнего, лишь бы не в его смену. Нам проще вбухать уйму препаратов, возможно дорогостоящих, чем обрывать жизнь, останавливая мучения и агонию.

# Записки реаниматолога



## Тяжелое дежурство

Подавляющее большинство моих дневниковых записей, несут в себе сухую информацию о прожитом дежурстве, наверное, они мало интересны для читателя, но для меня это ценная информация о прожитом дне или ночном дежурстве.

Со временем, дежурственная острота проходит, вначале мы забываем эмоции иногда нас переполняющие, навалившуюся физическую тяжесть, потом в голове забывается синхронизация всех событий происходивших в этот день. Оста-



ется лишь самое самое, нечто вон выходящее, но и оно потом видится неким мутным пятном в уголках нашего сознания и сложный день исчезает, появляются новые впечатления от новых дежурств и так по кругу.

Чем хороши дневниковые записи, пусть даже сухие, написанные в полудреме, это тем, что можно почти заново восстановить тот самый тяжелый и полный впечатлений день или ночь.

Возможно, это странно, нормальных людей впечатляет ночь бурная приключений в ночном клубе, ну или проведенное время с девушкой. Так и должно быть, но так уж получилось, что жизнь врача, особенно в глубинке, мало насыщена обыденными радостями жизни, он подавляющее большинство своего времени проводит в больнице помогая вылечить недуг или хотя бы облегчить страдание. Нередко именно в таких больницах и создаются новые семьи. Да и чего греха таить, на одну ставку выжить в наших реалиях крайне сложно, вот и приходится брать дежурства сверх необходимого минимума, дабы обеспечить нормальное существование своей семье.

Остановлюсь на одном впечатляющем рабочем дежурстве.

Утро 27 ноября, 9 -30 утра пришел с суточного дежурства из госпиталя. В планах было принять душ, позавтракать, выспаться, посмотреть фильм и уже после неспешно идти на другое ночное дежурство в городскую больницу. Но, к сожа-

лению, за меня ни кто не будет делать те дела, которые входят в мои обязанности, как жителя многоквартирного дома. Будь то – услуги ЖКХ, ссуда, таскание документов из одного офиса в другой. Так и проваландался я все утро и обеденное время. Душ и вкусный обед я конечно же отменять не стал, пятнадцать минут лёжки на диване, так же оставил за своим правом. А вот фильм посмотреть не удалось, выгул моей любимой собаки куда важнее и интереснее, нежели сериал, хотя неплохо было бы эти два занятия объединить, но не всегда это удастся.

16-00 Прибыл на дежурство в городскую больницу. Проходя по реанимации, возникает ощущение, как будто очутился в машинном отделении, старые, российского и советского образца дыхательные аппараты издают звук, весьма похожий, будто мы не в больнице, а где то на насосной станции. Хотя по сути, ИВЛ, это тот же аппарат с функцией насоса, вдувающий принудительно воздух в дыхательные меха. Но так откровенно отстать от прогрессивного человечества и застрять в семидесятих годах прошлого столетия... Это в последние десять лет, государство сменило позорные, малофункциональные аппараты на машины с множество функций.

Принял полную палату тяжелых, требующих особого внимания реанимационных больных. На шести койках к моему приходу, лежало шестеро пациентов:

1. Малышка 8 месяцев от роду – острая кишечная инфек-

ция, заставляет практически ежечасно менять полный памперс жидкого кишечного отделяемого. Ко всем бедам, ребенку еще удалось подцепить очаговую пневмонию, заставляя думать о нарушенном иммунитете и далеко не обязательно здесь виновата ВИЧ инфекция. Неправильное питание, тяжелая кишечная инфекция, антисанитария, ведет к тому, что на фоне одной инфекции, присоединяется другая, суперинфекция. Вместе они, без интенсивной терапии, практически гарантированно могут привести к гибели. Мыслей о переводе девочки в обычное отделение, в тот вечер у меня не возникло.

2. Был у нас пациент, мы его Кузьмичем звали. Почему такая фамильярность? Да потому, что застрял он у нас на полтора года. Полтора года выживания и ожидания индивидуального дыхательного аппарата. Если коротко, то некогда крепкий мужчина, работавший в охранным агентстве, вдруг внезапно почувствовал слабость в мышцах, которая постоянно прогрессировала, вплоть до того, что дыхательные мышцы стали отказывать. Вытянули буквально с того света, он прошел все круги реанимационного ада и к моменту моего дежурства он просто жил в нашем отделении. Периодически дышал самостоятельно, катался на своей инвалидной коляске, друзья его выводили гулять, иногда привозили пьяного с ресторана, а на ночь он сам себя подключал к аппарату искусственного дыхания, что бы спокойно выспаться, не думая о том, что следующий вдох можно забыть сделать.

3. Бабушка 78 лет, спайки связали узлом кишечник, не дав пищевому комку нормально пройти по туннелю. Проблему решили оперативным путем. Проблема возникла другая – возраст. В таком преклонном возрасте, мышцы ослабли, а если их еще бомбардировать препаратами вызывающими тотальную релаксацию, да анестетиками, но они очень и очень неохотно приходят в тонус. И чем дольше за пожилого человека дышит аппарат, тем сложнее им восстановиться. Иногда такие пациенты так и погибают, не в силах самостоятельно вдохнуть живительный воздух самостоятельно. Нет, мы их не отключаем, в их плохо защищенную легочную ткань садится злостная инфекция, вызывая пневмонию.

4. Не повезло мужчине, мало того что он перенес второй инфаркт миокарда, будучи в Новосибирске, ему провели аорто-коронарное шунтирование. А спустя всего неделю влетел на автомобиле в столб. В итоге – тяжелая черепно – мозговая травма, нейрохирургу пришлось удалить большую гематому из головы. Снять с аппарата искусственной вентиляции легких его не удалось, присоединилась пневмония, поразившая целую долю легкого. Да и к тому же он так и не смог выйти из комы, по всей видимости от сердечных дел ему не суждено погибнуть, тихо сидя в кресле дома.



5. Старушка, чуть за семьдесят. Её сердце стало не справляться с нагрузкой, в итоге в легких появилась пена. Отек легких почти купирован, но влажные хрипы, еще регистрировались в нижних отделах. Единственная пациентка, которую в случае чего можно перевести в отделение.

6. Ну и женщина, среднего возраста, нашли ее на обочине дороги, избита неизвестными, без сознания. По приезду ее сразу перевели на управляемую вентиляцию легких, проводится предоперационная подготовка, планируется удалить гематому где то в голове.

Итого 4 на ИВЛ, одну можно перевести.

Ситуация конечно, достаточно сложная, но бывало и хуже. Мысленно я понадеялся, что план сверху, на тяжело больных реанимация выполнила и я буду заниматься тем что есть. Но судьба распорядилась иначе...

16-45 поступил больной 64 года, с острым ишемическим (самолично провел пункцию спинномозговой жидкости, ликвор чист как слеза) инсультом, в коме, с низким давлением, в терминальной стадии. Пришлось перевести бабульку с отеком легких. Немедленно пришлось подключить больного к аппарату искусственного дыхания, поставил катетер в центральную вену, назначил соответствующую терапию. Прогноз у мужчины с самого начала был неблагоприятный.

Всё, больше в запасе аппаратов искусственного дыхания нет. Если поступит кто то тяжелый, выбирать кому жить, я, конечно, не стал бы, но пришлось бы оголить операционную и оттуда забрать жизненно-важное оборудование. Одно меня всегда успокаивает в подобной ситуации – то, что дежурство всё равно когда-нибудь закончится.

Анестезиологу тоже досталось – с 18–30 прооперировали внематочную беременность, следом взяли больную с ЧМТ под 6 номером, нашли субдуральную гематому объемом 90 кубов, привезли без давления, на ИВЛ в крайне тяжелом состоянии. Следом прооперировали беременную женщину (кесарево сечение), родили мальчика.

22-15 поступает молодая девушка после автодорожной

аварии, ее сбила машина, в алкогольном опьянении, рвота желудочным содержимым в смеси крови и ликвора, тяжелый ушиб головного мозга. Немедленно из операционной вытащили аппарат ИВЛ, пришлось его использовать для этой женщины. Поставил центральный катетер, начато лечение, которое с большой долей вероятности перейдет в операционную.

Уже шестеро на ИВЛ, всего семеро больных на шести койках! Сестры в мыле бегают, пытаюсь успевать за назначениями.

22-50 умирает больной с ишемическим инсультом, жаль его но койка хоть освободилась.

Итого 6 больных, 5 на ИВЛ.



00-30 Звонок со скорой, попросили принять в приемном отделении больного. Чертыхаясь, со всей аппаратурой, с сестрой – анестезистом топаем в приемник. Привезли молодого парня после автодорожной аварии. Бледный, разбита голова, плачет. Друг погиб в аварии, водитель был пьян, вылетели в кювет, перевернулись. Осмотрел, назначил рентген, анализы. На тот момент жизни парня ни чего не угрожало. Отправили в травматологическое отделение.

А вот друга мне спасти уже не удалось, пол черепа снесено, лицо залито кровью, в обломках костей на лбу я увидел кусочки головного мозга. Организм совершал уже последние вздохи. Поставил трубку в трахею, по которой, пеной пошла кровь. Ни адреналин, ни кислород, в такой ситуации уже не помогли. Умер, не приходя в сознание.

01-30 ночи снял с ИВЛ бабульку с непроходимостью. Тренировал практически по бразильской системе. Конечно бы я не оставил умирать женщину без аппарата, но и балдеть – лежать бревном не дал. А что делать – родине срочно нужны были аппараты дыхания. Несмотря на старость, жизнь победила. Утром, уже вполне ожившую женщину, со стабильными параметрами жизнедеятельности, перевели в хирургическое отделение.

05-30 утра привезли наркомана, избитого, в крайне тяжелом состоянии, обусловленное тяжелой черепно – мозговой травмой, скорее всего кто то его здорово саданул трубой по



затылку. В глубокой коме, с нарушением дыхания, во рту обильно смесь ликвора и крови, с наколкой на руке – «здравствуй доктор» (какая ирония), так же как и всем другим – поставил катетер в центральную вену и перевел на ИВЛ.

Дописывал утренние дневники уже мало, что соображая, в глазах двоилось, ужасно хотелось спать.

Итого к пятиминутке, семь больных на шести койках, из них пятеро на ИВЛ, одного потеряли (нормально, в такие дежурства обычно больше, труп в приемнике не считается, так как не доехал до реанимации).

Сестры, как и я усталые, выползли из отделения, поблагодарил их за стойкость и оперативность, хотя к утру уже все конкретно тупили.

Зашел в магазин, купил бутылку пива, так как знаю мой взбудораженный моск – просто так не отключится, хоть и требует сна.

# Эпилептическое

Дежурил в городской больнице. Противоречивые мысли о ночной смене, вроде никого не угробил, что конечно замечательно, но с другой стороны...

Как обычно дежурство начиналось спокойно, двое стабильных больных. Бабуля 79 лет, после гангренозного холецистита, осложнённый местным перитонитом. Обезболил, она продыхла до самого утра. С рассветом послушал её живот, кишки приятно булькали, утром её перевели в хирургическое отделение.

И парень 22 лет, катался на мопеде, врезался в столб (этим скутеристам, при покупке мопеда необходимо расписываться в документе, что они готовы по готовности, сдать свои целые органы другим страдальцам, тем кто будет более ценить своё здоровье). Получил перелом основания черепа, оперирован, удалили большую гематому. Перелом таза, лежит в позе больной лягушки. С самого начала его подключили к аппарату искусственной вентиляции легких, потом разрезали горло и поставили трахеостомическую трубку, благодаря которой, удалось отлучить от дыхательного аппарата и ко дню моего дежурства стал дышать самостоятельно, достаточно эффективно. Правда из трахеи, периодически фонтанирует зеленая с неприятным запахом мокрота. Ну да ничего, жить будет и размножаться тоже (хотя не факт).



Дневники написаны, вздохнул спокойно, приготовился позырить «Короли улиц». Но не тут то было, прибежала незнакомая медсестра из хирургии (почему незнакомая, да потому, что они у них каждую неделю меняются, офигевают от работы и ещё более офигевают от заработной платы), попросила меня посмотреть на подключичный катетер у больной. Захожу в палату, в нос ударил адская смесь из гнилого мяса и кишечного содержимого. Лежит женщина на животе, размеров в полторы кровати. Я ей предложил перевернуться, она отказала, так и лежит как черепаха, на кресце громадный пролежень, полученный дома. А незадолго до этого она была прооперирована по поводу парапроктита, выпи-

сана домой с улучшением. Но дома она забывала вставать или хотя бы переворачиваться, получила пролежень, воспаление распространилось на промежность. В результате прямая кишка перестала нести свою емкостную функцию, рана из околожопной области открылась, в воспаленные ткани потекло нескончаемым потоком кишечное содержимое. Воспаление распространилось на левую ногу, её пришлось ампутировать. В таком печальном виде я её и увидел. Подключичный катетер не функционировал, удалил, ставить не стал, через спину не умею, поставили кубитальный катетер в руку.

По приходу в реанимацию, позвонила терапевт (их звонки никогда ничего хорошего не предвещали, ну не разу не пригласили попить чай с тортиком). Попросила посмотреть на девушку не выходящую из эпилептического статуса. Пришёл, молодая дама 24 лет, ухоженная, красивая, часто лежала у нас в реанимации с аутоиммунной гемолитической анемией (собственный организм самостоятельно убивал свои же эритроциты), злокачественного течения. Был момент, что казалось – она не выживет, причем на практическую любую трансфузию эритроцитов она реагировала шоком, индивидуально подбирали донора и по чайной ложке переливали. Выжила. Сейчас анализы почти в идеале. Но напасти не закончились для неё, её начали долбить необычные судороги. Судороги похожие на столбнячные, вся в гипертонусе, хоть ложи её на спинки стула, в сознании, одни умоляющие гла-

за были открыты. Жаль её, сложно представить мучения, которые она испытывала. Забрал к себе. Накачал такой дозой анестетиков, что мужик бы увалился в глубокую кому (Майкл вона, с половинной дозы дубанул), а ей хоть бы что. На время расслаблялась, начинала разговаривать и тут же изгибалась в дугу. Пожаловалась сильную боль во всём теле, обезболил промедолом, сразу отключилась, проспала почти до утра и опять её стянула судорога. В области по этому поводу её обследовали (ЭЭГ, КТ, рентгены, пункции), поставили диагноз – симптоматическая эпилепсия, но как то не очень вяжется – ясное сознание с эпистатусом.

Наши предположили, что она симулянтка и просит наркотики, но как то не вяжется, хотя такие мысли и у меня были. Ну да и бог с ней, мне не жалко.

# Орешек в трахее

Мальчишка как то к нам поступил, около двух лет, мама угостила его арахисом, одну съел, соленьенький, вкусненький орешек, запросил еще, с жадностью схрумкал, а следующий вдохнул. Малыш закашлялся, посинел, начал терять сознание. Мама стала тормошить, стучать по спине, орешек провалился глубже, в правое легкое, левое легкое с шумом расправилось, в кровь проник жизненно – важный кислород, мальчик ожил.

Кусочек правого легкого, куда проник арахис – схлопнулся. Парень попал к нам возбуждённый, кашлял и метался по кровати и рядом мама, умоляющая спасти её чадо. Не буду врать, сами мы не в состоянии были ему помочь (нет детского бронхоскопа со специалистом). Наша задача заключалась – наблюдать и при необходимости провести интенсивную терапию если состояние станет угрожаемым. Ребенку дали успокоительное, кислород через масочку, а маме дали надежду на благоприятный исход. Все ждали специалистов из детской областной больницы.

Прибыла через два часа областная бригада, состоящая из реаниматолога Юрия Владимировича и бронхоскописта Петра, надо отметить – классные спецы, при виде их стало как то спокойно. Кстати говоря, с Петей мы уже доставали семечку у дитя в далеком северном поселке, все прошло

вполне удачно.

# Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.