

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ СТАТЬИ

© Коллектив авторов, 2005

А.В. Герасименко, В.А. Гераськин, Н.В. Гераськина, А.В. Липин

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МАССОВОМ ПОСТУПЛЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ

Республиканский детский клинический больнич

г.Саранск Республика Мордовия РФ

В литературе имеется достаточно полная информация о деятельности медицинской службы при возникновении чрезвычайных ситуаций (техногенные катастрофы, радиоактивное или химическое заражение местности, стихийные бедствия, эпидемии и др.) [1]. Однако информация излагается применительно к подразделениям больниц, обслуживающих взрослое население, так как долгое время считалось, что одномоментное массовое поступление пострадавших в лечебное учреждение — сугубо «взрослая» проблема. События последнего десятилетия (пожары, острые отравления, автомобильные катастрофы, террористические акты и др.) убедительно доказали, что одномоментное массовое поступление пострадавших детей в педиатрические отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) стали реальностью. В этой связи поиск возможных вариантов рационализации деятельности отделения реанимации для детей в условиях чрезвычайных ситуаций приобретает особую актуальность.

Одномоментное поступление в реанимационное отделение 3 и более детей, нуждающихся в интенсивной терапии, значительно увеличивает психоэмоциональную и физическую нагрузку на дежурный персонал, вносит определенный элемент дезорганизации в работу коллектива. Возникает ряд специфических факторов, негативно влияющих на лечебно-диагностический процесс. В своей работе мы пытались последовательно их обозначить и определить возможные варианты решения возникающих проблем.

Для эффективного взаимодействия с медицинскими транспортными системами необходима четкая связь между местом происшествия, откуда отправляют больных, и принимающим их педиатрическим центром [2]. Одно звонка медицинской бригады, отправляющей больных детей с места происшествия, должно быть достаточно для организации всего необходимого для приема пострадавших. Дежурный врач, находящийся у телефона, сразу же при поступлении сигнала должен получить точную информацию относительно места нахождения больных и их количества, состояния, определить время поступления пострадавших детей в отделение, затем быстро активизировать систему оповещения администрации лечебного учреждения и персонала отделения (ОРИТ).

Постоянная связь между врачами реанимационного отделения принимающей клиники и медицинской бри-

гадой, отправляющей больных детей, создает благоприятные условия для быстрой и безопасной доставки больных в место назначения. Транспортная бригада также должна иметь возможность подробно информировать врачей-реаниматологов принимающей клиники о состоянии пострадавших, с тем чтобы сразу же по прибытии им могла быть оказана необходимая помощь.

Неожиданность и динамизм экстремальной ситуации, развивающейся в ОРИТ при массовом поступлении пострадавших, определяет необходимость наличия предварительно разработанного плана действий:

1) необходимо детализировать систему экстренного оповещения и общего сбора сотрудников реанимационного отделения (возможно использование корпоративной мобильной связи — групповые сообщения, SMS «Internet» и др.);

2) необходимо определить круг обязанностей и организационную подчиненность каждого сотрудника реанимационного отделения в условиях чрезвычайной ситуации;

3) для каждого врача и медсестры отделения целесообразно оформить индивидуальный лист (вкладыш в удостоверение личности), в котором определена последовательность действий сотрудника при получении «тревожного» сигнала, детализируется время выхода на маршрут (отсчет времени с момента получения сигнала) и место ожидания специального транспортного средства.

В связи с поступлением большого количества пострадавших детей без паспортных данных, сведений из анамнеза жизни и анамнеза заболевания в первые часы, до уточнения паспортных данных и определения возраста, расчет доз и скорости введения лекарственных препаратов необходимо производить на основании совокупности антропометрических данных. Впоследствии, после установления личности детей необходимо запросить данные с детских поликлиник для уточнения лечения сопутствующих заболеваний (предшествующая гормональная терапия, лечение противосудорожными, цитостатическими препаратами и др.).

Возникает потребность в проведении элементов медицинской сортировки в отделении педиатрической реанимации. Необходимо территориально распределить больных в зависимости от нуждаемости в проведении однородных лечебно-диагностических мероприятий (нуждаемость в оксигенотерапии, продленной ИВЛ, хирургическом лечении, дезинтоксикации и др.). Для более эффективно-

го взаимодействия различных медицинских подразделений и специалистов мы предлагаем при проведении первичного осмотра и медицинской сортировки заполнять на каждого ребенка сопроводительный лист, который постоянно сопровождает больного ребенка на этапах диагностики и лечения.

Изменяется объем медицинской помощи, оказываемой на базе ОРИТ. Врачам отделения приходится обеспечивать анестезиологическое пособие и интенсивную терапию пациентам с самыми различными вариантами сочетанных и комбинированных поражений систем и органов. Помимо специализированных мероприятий по проведению интенсивной терапии, возникает потребность в проведении первой врачебной помощи — первичной хирургической обработке при проведении предоперационной подготовки (необходимо адекватное анестезиологическое пособие, качественное переносное местное освещение операционного поля).

Возникает необходимость в привлечении к лечебно-диагностическому процессу в ОРИТ врачей-консультантов различных специальностей — до 10 специалистов (трансфузиологи, детские хирурги, неврологи, отоларингологи, окулисты, врачи функциональной диагностики, травматологи, комбустиологи, токсикологи, педиатры и др.). Одновременно значительно увеличивается количество медицинского персонала на территории отделения реанимации, усиливаются процессы дезорганизации. Предпочтительно привлекать в качестве врачей-консультантов специалистов, хорошо знакомых со спецификой детского реанимационного отделения, лично знакомых с персоналом детского реанимационного отделения (специалистов, которые в повседневной работе неоднократно привлекались для консультативной деятельности на базе ОРИТ). Целесообразно, чтобы в отделении реанимации заблаговременно был составлен список адресов и определена система оповещения данной группы сотрудников.

Возрастает потребность в транспортном обеспечении детского отделения реанимации. Необходимо своевременно доставить в отделение реанимации врачей-консультантов, консервированную кровь, плазму, препараты и инструменты специального назначения и др. Целесообразно в этот период времени выделить на постоянное дежурство транспортное средство, водитель которого организационно будет находиться в подчинении непосредственно у заведующего реанимационным отделением.

Претерпевает изменение система связи с реанимационным отделением. Повседневный городской телефонный номер блокируется обилием поступающих звонков (родственники потерпевших, представители средств массовой информации, администрация и врачи других лечебных учреждений, учителя школ, подразделения и службы больницы). Необходимо предусмотреть выделение дополнительного канала связи или переключение на реанимационное отделение телефонной линии нефункционирующего в данный момент подразделения больницы (физиотерапевтический кабинет, отдел статистики). Данный канал связи известен ограниченному кругу лиц, определяется заблаговременно и используется исключительно для решения специальных вопросов.

Усиливается «внешнее давление» на персонал отделения с целью получения дополнительной информации о состоянии больных. Необходима модификация отчетности реанимационного отделения. По истечении каждого календарного часа все структуры отделения докладывают обстановку заведующему реанимации — краткий устный и письменный отчет на унифицированных блан-

ках (динамика в состоянии здоровья пациентов, потребность в лечебно-диагностических мероприятиях, оценка работоспособности медперсонала).

Изменяется организационная структура детского реанимационного отделения. Заведующий отделением реанимации большую часть времени вынужден уделять вопросам организации деятельности отделения в чрезвычайных условиях, дополнительного лекарственного и материально-технического обеспечения, медицинской сортировке поступающих больных и их распределения по реанимационным залам. Значительно уменьшается степень непосредственного его участия в лечебно-диагностическом процессе у конкретных больных. В каждый реанимационный зал необходимо назначить старшего врача, который организует лечебно-диагностический процесс на подконтрольной территории, налаживает взаимодействие между врачами различных специальностей, осуществляет непосредственное руководство средним медицинским персоналом (старшие врачи реанимационных залов назначаются заблаговременно из числа наиболее опытных детских реаниматологов или анестезиологов).

Изменяется последовательность действий врача при принятии решений. Врач вынужден быстро принимать и реализовывать решения по большой совокупности постоянно изменяющихся факторов. Происходит персонализация ответственности — при обычном, повседневном режиме работы преобладают коллегиальные врачебные решения (врачебные консилиумы). Несмотря на то, что лечение ребенка с поражением многих органов и систем требует привлечения ряда различных специалистов, ответственность за его ведение, в целом, ложится на детского анестезиолога-реаниматолога. Необходимо помнить, что, несмотря на всю чрезвычайность ситуации, нормы «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» остаются неизменными! [3].

Возникают предпосылки для ухудшения санитарно-эпидемиологической обстановки в палатах интенсивной терапии. Больные поступают непосредственно из очага поражения, минуя этап санитарной обработки. В процессе работы быстро накапливается материал со следами загрязнения — одежда, отработанный перевязочный материал, биологические жидкости. Усложняются условия для уборки и обработки помещений. Особое значение приобретают скоординированные действия младшего медицинского персонала.

В условиях напряженной и высокотехнологичной работы отделения интенсивной терапии не всегда уделяется должное внимание моральной поддержке ребенка и его родителей. Однако такая поддержка бывает иногда единственно возможным конструктивным действием. В сознательном возрасте (6—10 лет) ребенок уже способен понять суть своего заболевания и необходимость лечения, испытывает страх перед предстоящими процедурами и выражает беспокойство по поводу дальнейших событий [4]. Дети анализируют происходящие события, отслеживают изменения в состоянии своих товарищей и соседей по палате интенсивной терапии, хотя зачастую не в состоянии активно отвечать на обращение персонала из-за общего упадка сил, наличия интубационной трубки. Для облегчения условий пребывания ребенка в отделении интенсивной терапии необходимо, как только появится возможность, обеспечить посещения больного родителями.

Необходимо учитывать, что при стихийном бедствии, пожаре, террористическом акте ребенок может потерять членов семьи, свой привычный мир, многое из того, что

ему было близко и дорого. Медицинские работники реанимационных бригад должны знать, насколько тяжелы психосоциальные последствия подобных катастроф, и делать все от них зависящее для облегчения страданий ребенка [5].

Таким образом, массовое поступление пострадавших детей в педиатрические отделения реанимации и интенсивной терапии требует больших сил и средств для их медицинского обеспечения. В то же время возможности детского отделения интенсивной терапии при работе в чрезвычайных условиях ограничены. Ослабить негативное влияние возникающих противоречий возможно, лишь

применив особую систему организации деятельности детского реанимационного отделения, значительно отличающуюся от принятой в обыденной, повседневной работе. Следует отметить, что деятельность детского отделения интенсивной терапии в значительной степени зависит от складывающейся оперативной обстановки, условий размещения, укомплектования кадрами и имуществом, а поэтому не может строго регламентироваться. Тем не менее следует стремиться к тому, чтобы создать в нем необходимые условия для диагностики и лечения при массовом поступлении пострадавших детей с максимальным использованием достижений современной медицинской науки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гуськова А.К., Харитонов В.В., Барабанова А.В. и др. Массовые радиационные поражения и вопросы организации медицинской помощи.— М., 1987.— 80 с.
2. Моррей Дж. П. Интенсивная терапия в педиатрии: Пер. с англ.— Т. 2.— М., 1995.— 303 с.
3. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.— М., 1993.— С. 33.
4. Pantell R., Stewart T., Dias J. et al. // Physician communication with children and parents. & Pediatrics.— California, 1982.— P. 396.
5. Wessel M. // Clin. Pediatr.— 1973.— Vol. 102, № 12.— P. 28.

РЕФЕРАТЫ

НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ ЛАКТОЗЫ В МЛАДЕНЧЕСТВЕ, В ДЕТСТВЕ И У ПОДРОСТКОВ

Американская академия педиатрии и Комитет по детскому питанию представляют последние сведения о непереносимости лактозы в младенчестве, детстве и у подростков. Обсуждаются различия между первичной, вторичной, врожденной и приобретенной лактазной недостаточностью, следствием которой является непереносимость лактозы. Детям с предполагаемой непереносимостью лактозы должно быть проведено клиническое обследование с использованием элиминационной безлактозной диеты и таких тестов, как неинвазивный тест с определением водорода в выдыхаемом воздухе или инвазивный тест с биопсией слизистой оболочки тонкого кишечника и определением концентрации лактазы (и других дисахаридаз). Лечение включает в себя использо-

вание пищевых продуктов, обогащенных лактазой или, прием пероральных препаратов лактазы, ограничение лактозосодержащих продуктов или исключение молочных продуктов. Американская академия педиатрии поддерживает употребление молочных продуктов в качестве источника кальция, необходимого для формирования костей, а также других нутриентов, которые обеспечивают процессы роста в детстве и у подростков. Если приходится исключать молочные продукты, должны использоваться другие продукты, богатые кальцием, или кальциевые пищевые добавки.

Heuman M.B. // Pediatrics.— 2006.— Vol. 118, № 3.— P. 1279—1286.