

В.Ф. Учайкин, В.П. Молочный

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПЕДИАТРИИ

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2013

Часть I.

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАНИМАЦИИ ДЕТЕЙ

Глава 1.

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ

Внешней причиной, послужившей толчком к созданию службы реанимации и интенсивной терапии, была пандемия холеры, начавшаяся в 1957 г., именно тогда были внедрены в медицинскую практику специальные растворы и методы инфузионной терапии (ИТ) для лечения обезвоживания при диарее. В те же годы в Швеции для респираторной поддержки больных с бульбарной формой полиомиелита были созданы (С. G. Engström) первые аппараты для искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

Однако в действительности в создании службы интенсивной терапии сыграли роль не столько внешние обстоятельства, сколько научно-техническая революция на рубеже XIX—XX веков и накопление новых знаний в области физиологии и патологической физиологии. Оставшиеся чрезвычайно высокими показатели смертности от инфекционных заболеваний («морových» болезней, сеявших ужас среди населения), а также частые летальные исходы у детей раннего возраста при острых кишечных инфекциях (ОКИ), нейроинфекциях и так называемой злокачественной тетрады детского возраста (корь, скарлатина, коклюш, дифтерия) с летальностью от 5 до 20 % стали своеобразным мотивационным фоном в обществе (прежде всего в умах медиков) для создания системы оказания неотложной помощи инфекционным больным.

Основные положения о работе отделения реанимации и интенсивной терапии

Первые реанимационно-анестезиологические отделения в нашей стране создаются в крупных клиниках в 60-е годы прошлого века. Приказом МЗ СССР № 1188 от 29.12.75 о реанимационной помощи населению были утверждены положение и штатные нормативы отделения. Оно разворачивалось (не менее 6 коек) в стационарах на 500 коек, в детских больницах с численностью не менее 200 коек при наличии хотя бы одного хирургического отделения на 50 коек. С 1986 г. (Приказ МЗ СССР

№ 841) были регламентированы штатное расписание отделений, система внутриведомственных отношений, показания и противопоказания к госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). В отделении на 6 коек предусматривались 1 врачебный и 2 сестринских круглосуточных поста, 0,5 ставки заведующего отделением, полставки старшей сестры и сестры-хозяйки и около 5 ставок санитарок. По современным СанПиН, норматив на 1 койку в ОРИТ должен составлять 12—17 м², общая площадь отделения — 200—250 м².

Задачи ОРИТ определяются самими понятиями «реанимация» и «интенсивная терапия». *Реанимация (reanimatio* — оживление организма) — комплекс лечебных мероприятий, направленный на восстановление жизненно важных функций у пациентов, находящихся в терминальном состоянии или в состоянии клинической смерти. *Интенсивная терапия* — лечение больных, у которых одна или несколько жизненно важных функций нарушены настолько, что без искусственной их компенсации или активной поддержки организм не может нормально существовать. Речь идет главным образом об остро возникших нарушениях. Интенсивная терапия — это не только коррекция, но и профилактика декомпенсации функционального состояния органов или систем у тяжелобольных пациентов (предупреждение полиорганного каскада). Она всегда носит компенсаторный характер, искусственно возмещая полностью или частично угнетенную или резко нарушенную функцию органов или систем, обеспечивая ИВЛ, поддержку кровообращения, парентеральное питание, водно-электролитный обмен (ВЭО) и другие показатели гомеостаза. По своим задачам интенсивная терапия относится к комплексному патогенетическому лечению; ее программа, как правило, индивидуальна, однако в основе лежит синдромный подход к диагностике и лечению.

Переводу в ОРИТ, безусловно, подлежат больные с декомпенсацией функции органов или одной из систем, возмещение которой осуществимо только в условиях данного отделения: с судорожным статусом, острой дыхательной недостаточностью (ОДН) II—III степени, шоком, токсикозом с эксикозом II—III степени, нейротоксикозом II—III степени, комой различной этиологии, острой почечной (ОПН) или печеночной недостаточностью (ОПечН), нуждающиеся в эндотрахеальной интубации.

Вместе с тем, как показывает наш опыт, с целью предупреждения развития у детей критических и тем более агональных состояний важно использовать более широкие показания к госпитализации, исходя из прогноза динамики болезни. Так, нормальные показатели артериального давления (АД) у больного менингококковой инфекцией с менингокок-

кемией и быстро прогрессирующим геморрагическим синдромом позволяют предвидеть угрозу развития инфекционно-токсического шока (превентивной мерой будет немедленная госпитализация в ОРИТ).

Показания к госпитализации детей с инфекционными заболеваниями нередко обусловлены нозологической формой. По данным В.И. Покровского, необходимость в интенсивной терапии чаще возникает при столбняке (40 % случаев), ботулизме (20 %), полиомиелите (10—12 %), менингококковой инфекции (7—17 %), холере (9—12 %). Причиной поступления в ОРИТ детей с инфекционной патологией в 68,5 % случаев (В.Ф. Учайкин, 2000) были острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) с судорожным синдромом (27 %) или синдромом дыхательных расстройств (41,5 %), а также кишечные инфекции, септикопиемия, гнойный менингит; в последние годы не только среди госпитализированных, но и в группе с летальным исходом увеличилось число детей с генерализованными вирусными инфекциями, вызванными вирусом коксаки, цитомегаловирусом, вирусом герпеса.

Оборудование ОРИТ должно обеспечивать выполнение основной задачи коллектива — оперативную диагностику и лечение детей, находящихся в критическом состоянии. В палатах интенсивной терапии размещаются функциональные кровати для детей разного возраста со всем необходимым для интенсивного наблюдения (кардиомониторами, электроотсосами, кислородной подводкой с дозатором воздушного потока и увлажнителем — банкой Боброва), в реанимационном зале имеются наркотный аппарат, дефибриллятор, отсосы. ОРИТ оборудованы аппаратами для ИВЛ, всем необходимым для проведения гемосорбции и плазмафереза.

Интенсивное наблюдение — неотъемлемая и очень важная часть всей службы интенсивной терапии и реанимации детей.

Задачей палатных сестер является систематическое измерение основных параметров, отражающих функциональное состояние ребенка. Обычно регистрируется 7—8 показателей: число сердечных сокращений (ЧСС), число дыханий в 1 мин (ЧД), АД, центральное венозное давление (ЦВД), температура тела, диурез, другие водные потери (с рвотой, патологическим стулом, через дренажи), масса тела (МТ) ребенка. ЧСС, ЧД измеряют ежечасно, вычерчивая непрерывную линию на реанимационной карте, остальные параметры — в зависимости от состояния больного, но не менее 3—4 раз в сутки.

Реанимационная карта — общепринятый для работы в ОРИТ документ, в котором получают отражение не только результаты наблюдения за больным, но и весь план лечения и обследования.