

***АНДРЕЕВ А.Н., ИБРАГИМОВ М.С., КОРНИЕНКО Н.Ю.,
ТУНИС А.В., ЦУРКАН М.А.**

ОРГАНИЗАЦИОННО – МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ В УСЛОВИЯХ БЛОКА РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

**Уральская государственная медицинская академия,*

Достижения современной медицины, биологии, техники значительно увеличили возможность эффективного лечения больных, состояние которых ранее считалось безнадежным. Борьба за жизнь таких больных стала возможной при условии проведенных лечебных мероприятий в специально созданных для этого отделениях и включает использование высокотехнологичной аппаратуры и сложных, как правило, инвазивных, методов терапевтического воздействия, получивших название интенсивной терапии [1].

Интенсивная терапия - это комплекс мероприятий, направленных на профилактику, поддержание и лечение нарушенных жизненно важных функций организма, представляющих реальную угрозу для жизни пациента, и состоящих из интенсивного постоянного наблюдения, собственно терапевтических мероприятий и интенсивного ухода.

Интенсивная терапия - область, в которой значительно повышены требования к анализу, пониманию и решению проблем. Многое в будущем прогрессе медицины зависит от использования методов интенсивной терапии. Уже сегодня она оказывает серьезное влияние на уровень больничной помощи [2].

В отделении интенсивной терапии лечение или наблюдение за явной или скрытой недостаточностью жизненно важных функций основывается на предположении, что непосредственная причина, вызвавшая функциональную недостаточность, является временной и может быть ликвидирована с помощью соответствующей терапии. Целью лечения должно быть восстановление того прогноза, который был до возникновения недостаточности. Для больных в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) одинаково важны и терапия, и наблюдение. В последние годы возможности ОРИТ широко используются также по отношению к больным, у которых была только скрытая недостаточность жизненно важных функций. Эти больные требуют наблюдения при высокой степени готовности к проведению терапии [2,3].

ОРИТ занимает ключевую позицию между отделением приема

неотложных больных и палатами различных отделений. ОРИТ имеет также аналогичные функции с палатами восстановительной терапии и палатами наблюдения, например с палатами, в которых находятся больные с инфарктом миокарда. Функционально ОРИТ связано с обычными палатами, но с увеличенными ресурсами для проведения терапевтических методов лечения [4].

Цель исследования. Рассмотреть систему мероприятий клинического и организационно-методического плана оказания неотложной помощи больным в условиях ОРИТ.

Задачи исследования

1) Провести анализ некоторых клинически важных показателей по различным нозологическим формам встречающихся в структуре заболеваемости ОРИТ за период 2002-2005 гг.

2) Разработать и обосновать клинические аспекты методов неотложной диагностики и терапии неотложных состояний в условиях ОРИТ.

Материал и методы. Обобщен материал четырехлетнего исследования проведенного в период с 2002 по 2005 гг. в ОРИТ МУ ЦГБ №24. В исследования были включены все больные, госпитализированные в ОРИТ.

Результаты и их обсуждения. Учитывая современные положения в неотложной кардиологии, а конкретно объединение некоторых нозологических форм, т.е. ИБС нестабильные стенокардии и острого инфаркта миокарда в единый «острый коронарный синдром», около 85% больных доставленных бригадами СМП с диагнозом ОКС различными видами, госпитализируются в ОАР – ПИТ. В течение последних четырех лет организована и разработана единая тактика ведения и терапия этих больных с момента поступления в ОАР – ПИТ до перевода в кардиологическое отделение. Индивидуально стандартизована организация неотложной помощи этим больным по рекомендациям ЕОК и ВНОК [5,6].

Всем больным госпитализированным в ОАР – ПИТ, проводятся: высокочувствительные диагностические тесты МВ-КФК и тропонин I; динамическое наблюдение ЭКГ, АД, с последующим ЭхоКг; различные виды обезболивания, с различными анальгетическими средствами (наркотические (НА) и ненаркотическими анальгетиками); комбинированная терапия НА, НЛА атаральгезия, клофелином у больных с ОКС в сочетании с АГ. Сотрудниками ОАР – ПИТ впервые внедрен в практическую деятельность метод обезболивания клофелином в виде моно- и комбинированной терапии с НА, ангинозного статуса, сопровождающегося высокими цифрами АД. Разработана карта обезболивания

А также этим больным проводится по показаниям тромболитическая терапия со стрептокиназой; антитромбоцитарная терапия с низ-

комолеклярными (клексан и фраксипарин) и нефракционированным гепарином по международным стандартам (в/в капельно под контролем АЧТВ, ВСК, ПТИ, ОАК и ОАМ), аспирином и плавикс; бета-адреноблокаторами, антагонистами кальция (верапамиловая группа); нитраты; метаболическая терапия (ГИК, триметазидин); кислородотерапия; седативная и антидепрессантная терапия.

В последнее время в ОАР - ПИТ для оценки эффективности проведенной терапии пользуемся методом интегральной тетрареографии с прослеживанием за состоянием центральной и периферической гемодинамики: определяется тип гемодинамики, сократительная функция миокарда, объем внеклеточной жидкости, среднее артериальное давление, ОПСС и др.[7].

Благодаря стандартизации терапии ОКС и региональной программе «ИНТЕНСИВНАЯ ПОМОЩЬ», в последние годы наблюдается тенденция к снижению среднего койко-дня, пребывания больших в ОАР-ПИТ (табл. 1), а также снижения летальности (табл. 2).

Таблица 1

Средний койко-день пребывания больных в ПИТ-ОАР

Год	2002	2003	2004	2005
Средний койко-день	3,3	3,4	3,3	2,6

Таблица 2

Динамика летальности по ПИТ-ОАР

Год	2002	2003	2004	2005
Летальность в абсолютных цифрах	71	103	76	85
Летальность в относительных цифрах	12,2%	16,6%	15,8%	15,6%

Для оказания качественной неотложной помощи, больные, с острыми нарушениями сердечного ритма; все виды ургентных аритмий, а также аритмии сопровождающейся нарушением и/или нестабильности центральной гемодинамики, госпитализируются в ОАР-ПИТ.

В настоящее время имеется большой выбор для проведения антиаритмической терапии в условиях ОАР-ПИТ. В большинстве случаев врачи ОАР-ПИТ пользуются препаратами хорошо себя рекомендовавших в конкретных нарушениях сердечного ритма [8]. С 2004 года всем больным с мерцанием предсердий проводится лабораторный тест анализ – международный нормализующий индекс (МНИ). Отработана схема для восстановления синусового ритма у больных с мерцательной аритмией при неэффективности консервативной медикаментозной те-

рапии. Это контроль АЧТВ, ВСК, МНИ, ПТИ, ОАК, ОАМ на фоне проведенной гепринотерапии, с последующим проведением чреспищеводной УЗИ сердца. При отсутствии внутрисердечных тромбов больному предлагается восстановление синусового ритма в плановом порядке на фоне базисной терапии. С целью обезболивания и седации для проведения ЭКВ применяется тиопентала натрия 200 – 600 мг, сибазон, промедол, лидокаин, кетамин 1-2 мг /кг. При наличии внутрисердечных тромбов продолжается антикоагулянтная терапия (гепарином), в последующем назначается варфарин под контролем дозы МНИ.

В последние годы заметно увеличилось количество больных молодого возраста с нарушенным ритмом сердца (как у женщин, так и у мужчин). В основном причиной нарушения ритма у этой категории больных является синдром дилатированного сердца различной этиологии. Поводом для госпитализации ОАР-ПИТ, является нарастающая сердечная недостаточность, в сочетании, в большинство случаев с тахисистолической формой мерцательной аритмии.

Оказание неотложной и интенсивной помощи больным с хронической сердечной недостаточностью в фазе декомпенсации является одной из основных задач ОАР-ПИТ. Учитывая, что в основном причиной ХСН является ИБС, этим больным с первых дней проводится комплексная терапия по международным стандартам. Отработана индивидуальная тактика ведения этих больных с элементами дифференциальной терапии включая положительные инотропные препараты, мочегонные их комбинация, ингибиторы АПФ (блокаторы АТ2), бета – адреноблокаторы, антикоагулянты, проведения плевральной пункции, парацентез и др.

Основной целью при госпитализации больных в фазе декомпенсации и нарастающих формах ХСН, является стабилизация гемодинамики (ЧСС, АД, уменьшение избыточной жидкости) и профилактика ургентных нарушений сердечного ритма, а также тромбоэмболий и т.н. защита гибернирующего миокарда (зона, которая находится в критических условиях – существует, но не участвует в процессе сокращения).

Показанием для госпитализации в ОАР-ПИТ также является все виды тромбоэмболии легочной артерии, воспалительные заболевания сердца с выраженной клинико-лабораторной симптоматикой. Тактика ведения больных разработана и стандартизована врачами ОАР-ПИТ и кардиологического отделения.

Из общего числа больных госпитализированных в ОАР-ПИТ 21% составляет больные терапевтического профиля. Основными нозологическими формами госпитализированных в ОАР-ПИТ являются острые пневмонии, бронхиальная астма приступный период, ХОБЛ, ОПН, ХПН,

острые отравления, тяжелые формы аллергических реакций.

В настоящее время при госпитализации больных с бронхолегочной патологией в ОАР-ПИТ врачи руководствуются международными и региональными рекомендациями [9]. Основной целью при госпитализации этой категории больных в ОАР-ПИТ является проведение интоксикационной, антибактериальной, бронхолитической, антиобструкционной, иммуностимулирующей терапии, кислородо-терапии, стабилизация геомодинамки.

В последние годы отмечается тенденция к повышению летальности от острых бронхо-легочных патологий. Это связано в основном с поздним обращением и госпитализацией этих больных, неадекватностью проведенной терапии на догоспитальном этапе. Большинство процентов летальных исходов приходится на долю асоциальных больных, которые госпитализируются в ОАР-ПИТ бригадой СМП. Благодаря региональной программе «интенсивная терапия» в ОАР-ПИТ последнее время имеются практически все основные группы антибиотиков, современные ингаляторы, ГКС, и медицинское оборудование: мониторы, небулайзеры, дозаторы и др.

Руководствуя приложением №6 к приказу Минздрава РФ от 21.01.1999 года № 25 и учитывая статус ОАР-ПИТ и его оснащения, все больные с острыми нарушениями мозгового кровообращения в первые 6 часов с момента наступления сосудисто-мозговой катастрофы госпитализируются в ОАР-ПИТ [10]. Имеющиеся стандарты и индивидуализация терапии со стороны врачей ОАР-ПИТ и неврологического отделения, позволяют оказать неотложную комплексную медицинскую помощь этим больным с первых минут после госпитализации в ОАР-ПИТ. Несмотря, на высоком уровне организации помощи этим больным, летальность в этой популяции остается высоким. Можно сказать, что, в перспективе учитывая все стороны оказания помощи больным с ОНМК, скорее всего, будет снижаться летальность.

Выводы

1. При разработке стандартов по оказанию неотложной медицинской помощи больным в условиях ОАР-ПИТ должны учитываться одновременно как международные, так и собственно исторические опыты. Все это в совокупности дает возможность практикующему врачу, не выходя за рамки доказательной медицины, индивидуализировать терапию и упрощать комплайнс.

2. Реализация региональной программы «интенсивная терапия» статистически достоверно улучшила качество терапии в условиях ОАР-ПИТ.

Оказанная своевременная и высококвалифицированная интенсивная терапия решает многое: дальнейшее состояние больного; тактику ведения больного в зависимости от наступления эффекта; объем терапии; сроки пребывания в ОАР-ПИТ; течения основной и сопутствующей болезнью; жизнь и т.н. качества жизни пациента. Все эти показатели в целом составляет структуру и основные показатели работы ОАР-ПИТ, которые всегда сопровождаются экономическими вопросами: количество пролеченных больных; средний койко-день; стоимость. На все эти показатели качественно влияет т.н. качественная работа всего медперсонала, которому всегда приходится быть энергичным, компетентным, и высокого уровня профессионализма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Корячкин В.А., Страшнов В.И. Интенсивная терапия угрожающих состояний. - СПб: Медицинское издательство, 2002. – С.7-8.
2. Вэлин Э., Вестермарк Л., Вандервлинг А. Интенсивная терапия. – М.: Медицина, 1978. - С.6-24.
3. Савченко В.П., Савченко Т.В. Терапия критических состояний. – М., 2004. - С.7-11.
4. Голиков А.П., Ершова Н.В., Пермякова М.К. Организация блоков интенсивной терапии и наблюдения для больных инфарктом миокарда в больницах скорой медицинской помощи. – Свердловск, 1979. - 17с.
5. Острый коронарный синдром без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ. Рекомендации рабочей группы Европейского Кардиологического Общества. Приложение к журналу «Кардиология». 2001. №4. 28с.
6. Лечение острого коронарного синдрома без стойких подъемов сегмента ST на ЭКГ. Российские рекомендации (документ ВНОК). Приложение к журналу «Кардиология». 2001. №10. 23с.
7. Комплексная оценка состояния кровообращения и дыхания с помощью метода интегральной реографии тела: Методические рекомендации. – СПб, 1998. - 149с.
8. Мерцательная аритмия / Под ред. С.А. Бойцова. – СПб: «ЭЛБИ – СПб», 2001. - 335с.
9. Лещенко И.В., Руднов В.А. Оптимизация интенсивной терапии при неотложных состояниях в пульмонологии. – Екатеринбург, 2000. - 48с.
10. Трошин В.Д., Густов А.В., Трошин О.В. Острые нарушения мозгового кровообращения. - Нижний Новгород: Изд-во НГМА, 2000. - С.414-424.