

УДК 616-053.2-083.98

МОСКАЛЕНКО С.В., МАЛЕЕВ А.А., ГРИНЕНКО Д.В., МОИСЕЕВ А.М., ШАЙДА В.А.  
Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького  
Областная детская клиническая больница, г. Донецк

## ОПЫТ ОКАЗАНИЯ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОМОЩИ И ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

Одной из составляющих проблемы оказания адекватной помощи детям, находящимся в критических состояниях, является отсутствие необходимого оборудования или специалистов соответствующей квалификации в медицинском учреждении по месту нахождения пациента. Организованная на уровне областных медучреждений структура в виде центра экстренной медицинской помощи позволяет улучшить качество диагностики и лечения детей с угрожающими жизни состояниями.

**Целью** статьи является обобщение 10-летнего опыта работы выездной реанимационной бригады коммунального лечебно-профилактического учреждения «Областная детская клиническая больница» (ОДКБ) г. Донецка.

### Материалы и методы

В период 2003–2012 гг. было осуществлено 1773 выезда бригады врачей-анестезиологов в стационары Донецкой области. Проведен анализ качества оказания консультативной и лечебной помощи детям с соматической, хирургической и инфекционной патологией.

### Результаты

Из проведенных 1773 выездов эвакуация из местных стационаров в лечебные учреждения областного центра была осуществлена в 92,5 % случаев. Результатом 109 вызовов было оказание только консультативной помощи, а в 24 случаях фатальный исход происходил до эвакуации. Рациональная организация работы реанимационной бригады позволила избежать летальных исходов во время транспортировки и практически исключить их в ближайшее время после эвакуации детей.

В Донецкой области хорошо развита сеть автомобильных дорог, что дает возможность добраться из областного центра к самому отдален-

ному стационару максимум за 2 часа, а в среднем за 45–70 минут. Это позволяет активно использовать для нужд санитарной авиации наземный транспорт, который в отличие от воздушного в меньшей степени зависит от погодных условий и наличия оборудованных мест парковки.

Организация работы отделения интенсивной терапии ОДКБ построена таким образом, что один из дежурных врачей-анестезиологов может в любое время суток выехать из стационара на вызов в сопровождении медицинской сестры. Наиболее оптимальным в плане обоснованности вызова стал следующий алгоритм действий. Если в местном стационаре есть больной, который требует консультативной помощи и/или эвакуации в областной центр по мнению дежурного врача, последний связывается в круглосуточном телефонном режиме непосредственно с врачом отделения интенсивной терапии ОДКБ. На основании полученной в результате подробного опроса информации детский анестезиолог принимает решение о необходимости и обоснованности выезда бригады. И в любом случае дает рекомендации по дальнейшему обследованию и лечению ребенка в местном стационаре. При необходимости телефонные консультации повторяются несколько раз.

Абсолютным приоритетом необходимо признать выезды к пациентам в возрасте до 1 года, учитывая их выраженную морфофункциональную незрелость и склонность к быстрому развитию генерализованных патологических реакций. Дежурный анестезиолог также определяется с необходимостью привлечения к консультативной помощи врачей смежных специальностей (педиатр, хирург, инфекционист).

© Москаленко С.В., Малеев А.А., Гриненко Д.В.,  
Моисеев А.М., Шайда В.А., 2013  
© «Медицина неотложных состояний», 2013  
© Заславский А.Ю., 2013

Существуют ситуации, когда непосредственно в текущий момент угрозы для жизни ребенка нет, однако высока вероятность усиления тяжести состояния (например, отравление грибами). В таких случаях при отсутствии нарушений витальных функций рационально осуществлять эвакуацию в лечебное учреждение санитарным транспортом местного стационара в сопровождении медицинского персонала. Это позволяет ликвидировать пролонгацию госпитализации в стационар, где будет оказываться специализированная помощь.

Выезд реанимационной бригады осуществляется врачом-анестезиологом первой или высшей квалификационной категории и медицинской сестрой отделения интенсивной терапии на специально оборудованном санитарном автомобиле с запасом сжиженного кислорода, медикаментов и инструментария. Объем и качественный состав аптечки, аппаратуры и расходных материалов необходимо подвергать коррекции перед каждым выездом с учетом особенности возраста и патологии пациента.

При наличии грубых нарушений витальных функций у ребенка в стационаре, где нет отделения интенсивной терапии, его быстрая эвакуация в ближайшее лечебное учреждение с наличием такого отделения не является задачей детского анестезиолога. Прежде всего необходимо стабилизировать состояние больного, чтобы убедиться в его возможности перенести транспортировку, а затем производить эвакуацию. Мы разделяем мнение наших коллег [1], что полноценная помощь может быть оказана только в специализированных педиатрических центрах.

Клиницисты справедливо считают, что этап транспортировки является одним из самых сложных как для пациента, так и для медицинского персонала, обеспечивающего эвакуацию. По степени риска и возможности развития внезапных осложнений, материальным и временным затратам, психологическому напряжению больного и медперсонала она сопоставима с оперативным вмешательством [2]. Общепринято мнение, что транспортировка никогда не улучшает состояние больного. Тем не менее в интересах пациента эвакуация должна быть осуществлена в максимально щадящем режиме и в кратчайшие сроки.

По данным американских специалистов [3], 85 % летальных исходов транспортируемых больных наступает в результате нарушения венозного доступа, экстубации трахеи у интубированных больных и внезапного окончания запасов кислорода. В процессе подготовки к эвакуации из местного стационара всегда следует обеспечить адекватный сосудистый доступ. В случае невозможности катетеризации периферических вен приходится катетеризировать центральные вены (подключичную, яремную, бедренную).

При необходимости проведения инфузионной терапии во время транспортировки весьма затруднителен гравитационный капельный способ, прежде всего из-за тряски автомобиля при движении. Оптимально проводить внутривенные вливания с помощью инфузионного насоса, а у детей младшего возраста — шприцевой помпы. Особенность эвакуации больных хирургического профиля заключалась в том, что почти в 80 % случаев период транспортировки приобретал вид предоперационной подготовки.

Сотрудниками кафедры детской хирургии, анестезиологии и интенсивной терапии ДонНМУ имени М. Горького периодически проводятся тренинги с врачами-анестезиологами и медицинскими сестрами выездной реанимационной бригады для совершенствования их знаний и умений. На базе отделения интенсивной терапии ОДКБ регулярно проходят стажировку на рабочем месте врачи местных стационаров, что позволяет улучшить качество оказания неотложной помощи детям области.

## Выводы

1. Круглосуточная возможность консультации в телефонном режиме со специалистами областного лечебного учреждения позволяет оптимизировать тактику лечения больных в местном стационаре.
2. Вопрос о выезде реанимационной бригады и необходимости дополнительного привлечения специалистов решает детский анестезиолог.
3. Выезд реанимационной бригады к пациентам в возрасте до 1 года приоритетен.
4. Эвакуацию из местного стационара следует проводить только после стабилизации состояния больного.
5. Во время транспортировки оптимально проводить внутривенные вливания с помощью инфузионного насоса.
6. Рациональная организация работы реанимационной бригады позволила избежать летальных исходов во время транспортировки и снизить их число в ближайшее время после эвакуации.

## Список литературы

1. Вольный И.Ф., Михайлик Ю.Г., Балтанова Е.А., Пешков Ю.В. Особенности реанимационно-анестезиологического обеспечения детей на догоспитальном этапе // *Медицина неотложных состояний*. — 2005. — № 1. — С. 63-64.
2. Durbin C.G., Doorley P.A. Managing Intra-hospital Transport and Mechanical Ventilation in the PACU // *Crit. Care Med.* — 1998. — Vol. 21. — P. 411-432.
3. Reynolds H.N., Habashi N.M., Cottingham C.A., Frawley P.M., McCunn M. Interhospital transport of the adult mechanically ventilated patient // *Respir. Care Clin. N. Am.* — 2002. — Vol. 8. — P. 37-50.

Получено 18.01.13 □