

Р. Е. ШАХГАЛДЯН

БЛОК ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО
ОТДЕЛЕНИЯ, СТРУКТУРА, ЗАДАЧИ

Рассмотрены структура и задачи службы блока интенсивной терапии эндокринологического отделения, который предлагается создать из двух палат интенсивной терапии (одна—для коррекции резко нарушенного метаболизма без существенных сердечно-сосудистых осложнений, другая—с сердечно-сосудистыми и другими осложнениями) и палаты интенсивного наблюдения. Указаны примерное расположение постов мед. обслуживания, количество коек, оборудование и т. д., а также варианты и порядок работы медицинского персонала, показания для поступления больного в блок.

Создание таких блоков будет иметь большое значение для снижения летальности и быстрого выздоровления больных.

Количество палат интенсивной терапии растет из года в год во всех крупных больницах и клиниках страны, и целесообразность этого очевидна.

В эндокринологических отделениях преобладающее большинство больных составляют больные сахарным диабетом. Тяжелым осложнением сахарного диабета является диабетический кетоацидоз. В ряде отечественных и зарубежных клиник летальность от диабетической комы еще высока и составляет 8—18%, что связано с наличием у больных тяжелых сопутствующих заболеваний [6].

Среди причин, способствующих возникновению кетоацидоза и комы, выделяются острые сердечно-сосудистые расстройства (инфаркт миокарда, инсульт, тромбоэмболии). Несмотря на большие успехи в диабетологии, распространенность сердечно-сосудистых нарушений у больных сахарным диабетом и летальность от них еще высоки. По данным Стафиери (по [4]), процент летальности больных сахарным диабетом от сердечно-сосудистых расстройств возрос с 17,5 до 67,7. Инфаркт миокарда у больных сахарным диабетом встречается чаще и протекает тяжелее, чаще встречаются повторные инфаркты и осложнения (разрывы миокарда, тромбоэмболии и др.), а в клинической картине преобладают атипические формы (безболевого, астматического и др.), и нередко все это развивается на фоне кетоацидоза и комы. Такое сочетание инфаркта миокарда и нарушений метаболизма ставит сложные задачи перед практическими врачами в вопросе регуляции нарушенной гемодинамики, метаболизма и других функций организма.

В борьбе за снижение летальности при сахарном диабете, осложненном инфарктом миокарда, кетоацидозом и комой, большое значение

имеют своевременная диагностика заболевания и быстрое оказание специализированной помощи. Мы поддерживаем идею создания при эндокринологических отделениях палат интенсивной терапии для больных сахарным диабетом с резким нарушением углеводного обмена и сопутствующими кардиоваскулярными осложнениями [3]. В этих палатах должны лечиться определенные группы тяжелобольных с плохим прогнозом, требующих особого внимания во время клинического лечения [2].

Цель данной работы—разработать структуру и задачи блока интенсивной терапии эндокринологического отделения.

Блок интенсивной терапии для больных сахарным диабетом и других эндокринных больных организуется по принципу существующих в настоящее время палат интенсивной терапии для больных инфарктом миокарда. Но в отличие от последних здесь большое значение должна иметь регуляция нарушенного метаболизма. Поэтому блок должен состоять из двух палат интенсивной терапии и одной палаты интенсивного наблюдения. Одна из палат интенсивной терапии должна быть предназначена для больных с резким нарушением метаболизма без существенных кардиоваскулярных осложнений (в ней должны быть проведены мероприятия по коррекции метаболических сдвигов), другая—для больных с преимущественным поражением сердечно-сосудистой системы (инфаркт, инсульт, тромбоэмболии) на фоне кетоацидоза и комы.

В палате интенсивной терапии (или неотложной помощи) для больных сахарным диабетом в коме предлагается иметь 2—3 функциональные кровати с подводом к ним систем для подачи кислорода, внутривенных капельных вливаний, проводов от кардиоскопа и электрокардиографа, а также необходимые медикаменты. В данной палате больной находится до тех пор, пока имеются угрожающие жизни нарушения метаболизма, затем переводится в палату интенсивного наблюдения до полной ликвидации кетоацидоза, а в последующем—в общие палаты для дальнейшей компенсации обменных процессов. Перевод больного в отделение осуществляется только после стойкого восстановления гемодинамики и спонтанного дыхания и коррекции метаболических нарушений, когда нет необходимости в дальнейших ежедневных трансфузиях, дренировании дыхательных путей и других специальных мероприятиях.

Вторая палата интенсивной терапии предназначена для неотложной помощи больным сахарным диабетом с кардиоваскулярными катастрофами (инфаркт миокарда). Здесь предлагается поместить функциональную кровать на колесах с подводом к ней необходимой аппаратуры для экстренной диагностики и оказания неотложной помощи: кардиоскоп, электрокардиограф, дыхательный прибор для искусственного дыхания, электроотсосы, газонаркозные аппараты, электрокардиостимулятор, дефибриллятор, бикс со стерильным материалом, набор инструментов для венесекции, интубации и трахеотомии, системы для

внутривенных вливаний, иглы для внутрисердечного введения лекарств и набор необходимых медикаментов [7].

В палате интенсивного наблюдения размещаются функциональные кровати. Их количество варьирует в зависимости от числа больных и коек отделения. Рекомендуется иметь в палате не менее четырех коек. Размер площади в палатах составляет от 9 до 12 м² на одну койку. Койки устанавливаются с учетом визуального наблюдения с поста медсестры. Проход между кроватями в блоке должен быть не менее 1,2 м. Койки можно разделить друг от друга шторами. Больных целесообразно разделить по секциям, в одни—с преимущественным нарушением метаболизма (без осложнений), в другие—с кардиоваскулярными осложнениями. В этих палатах желательно дневное освещение. Окна рекомендуется оборудовать шторами так, чтобы каждую кровать можно было защитить от прямых лучей солнца. Искусственное освещение должно быть более равномерным, позволяющим регулировать силу света [5].

К каждой койке нужно подвести систему для увлажненного кислорода, электрическую сигнализацию от больного к пульту сестринского поста блока, датчики для дистанционного наблюдения на кардиоскопе и записи ЭКГ на аппаратах, установленных у пульта поста медсестры. В этой палате необходимо иметь наркозный аппарат для проведения закисного наркоза в случае возобновления тяжелого приступа стенокардии. Блок должен обеспечиваться телефонной связью с ординаторской и другими отделениями.

В отделении необходим круглосуточный пост врача-реаниматолога, знакомого с данной патологией и владеющего всеми методами реанимации (интубация, искусственное дыхание, прямой массаж сердца и т. д.). В случае отсутствия этой возможности работа врачей в блоке должна заключаться в ежедневном ведении больных и обеспечении продолжения интенсивного наблюдения после окончания работы. В этом случае может быть предложено несколько вариантов организации труда блока интенсивной службы: I—иметь постоянный штат врач-ординатора, в функции которого входит ежедневная работа в блоке (ведение больных, назначения, наблюдение и т. д.), затем сдача больного дежурному врачу; II—обученные ординаторы отделения (все врачи отделения должны быть обучены работе интенсивной терапии) в порядке очередности (по «скользящему графику») работают в блоке. После работы больной сдается дежурному врачу; III—для удлинения времени наблюдения над больным непосредственно лечащими врачами отделения можно ввести двухсменную работу (1-я смена—с 9 ч. утра до 15 ч., 2-я смена—с 15 ч. до 21 ч., а с 21 ч. вечера до 9 ч. утра и в выходные дни—дежурные терапевты [7].

Этот вариант особенно целесообразно применять при наличии больных с инфарктом миокарда, протекающим на фоне диабетического кетоацидоза или комы. Всеми вариантами можно при необходимости

варьировать (особенно 2- и 3-м), однако желательно иметь четкий график работы без частых изменений в нем.

В блоке необходимо круглосуточное дежурство медицинской сестры, в обязанности которой входит выполнение врачебных назначений и непрерывное наблюдение за состоянием больного (визуальное и дистанционное), а также при необходимости проведение массажа сердца, искусственного дыхания и других реанимационных мероприятий [8]. Сведения о каждом больном, находящемся в палате для интенсивного наблюдения, заносятся в лист наблюдения или в специальную карту.

Пост дежурной медсестры может находиться в палате неотложной помощи или в отдельном отсеке, откуда хорошо обзревается палата интенсивного наблюдения. Сюда подводится электрическая сигнализация и устанавливается необходимая аппаратура.

В этой же палате или рядом в смежной комнате площадью в 10—12 м² можно устроить лабораторию для проведения самых необходимых и экстренных исследований (сахар крови, ацетон и др.). Многие специалисты считают, что такая лаборатория обязательна для палатных секций всех терапевтических специализированных отделений [5]. Мы находим, что работа блока интенсивной терапии для эндокринных больных немыслима без лабораторной службы, т. к. успех в регуляции нарушенного метаболизма главным образом зависит от показателей лабораторного исследования, на основании которых вносятся коррективы и разрабатывается тактика дальнейшего лечения. Она должна выполнять роль мониторингового наблюдения за обменными процессами. Поэтому очень желательно иметь в лаборатории автоанализаторы, которые позволяют многократно повторять необходимые анализы в течение суток, сокращают сроки исследований, облегчают труд лаборантки и повышают качество работы службы блока в целом.

Таким образом, при крупных эндокринологических отделениях мы считаем целесообразным обеспечить работу блока круглосуточным дежурством врача-лаборанта, а в небольших отделениях этого можно достигнуть в случаях острой необходимости круглосуточной работой только лаборанта.

Показанием к приему больного в блок интенсивной терапии являются: 1. Коматозные состояния, сопровождающиеся нарушением витальных функций (гипо-гипергликемическая кома и др.). 2. Острая сердечная недостаточность у больных сахарным диабетом, особенно отеки легких, острые нарушения ритма, полная поперечная блокада сердца с приступами Морганьи-Эдемса-Стока, не поддающиеся консервативной терапии и сопровождающиеся нарастающим кетоацидозом с угрозой развития комы. 3. Острые нарушения периферического кровообращения (коллапс, кардиогенный шок и др.) на фоне диабетического кетоацидоза и комы. 4. В блок интенсивной терапии можно помещать больных с любой другой эндокринной патологией, когда имеются угрожающие жизни состояния (острая надпочечниковая недостаточность, гиперотоксический криз, катехоламинный криз при феохромоцитоме и др.).

На практике иногда возникают затруднения в вопросе правильного стационарирования больного в то или иное отделение. Мы считаем, что в основе разрешения всех лечебных вопросов должен лежать общеизвестный принцип максимальной специализированной помощи больному [8].

Наконец, в работе блока интенсивной терапии важное значение имеет четкое ведение медицинской документации (историй болезни, лист наблюдения и др.), куда заносятся динамические изменения основных физиологических показателей, а также лечебные мероприятия.

Таким образом, создание блоков интенсивной терапии (или палат интенсивного наблюдения) в эндокринологических отделениях является вариантом специализированной формы реанимации. В принципе они могут быть созданы во всех эндокринологических отделениях. Однако, исходя из того, что для оснащения блоков и обслуживания больных требуется дорогостоящая аппаратура и высококвалифицированные кадры, данная служба рекомендуется прежде всего для крупных эндокринологических центров. В отделениях, где нет условий применять наиболее современные достижения медицины, целесообразно создать палаты интенсивного наблюдения с более общим характером действия, более скромным оснащением аппаратурой и концентрировать всю работу на терапевтических мероприятиях. В основе медицинского обслуживания должна лежать максимальная интенсификация врачебно-сестринского надзора за особо тяжелыми больными.

Создание блока интенсивной терапии в эндокринологических отделениях позволит оказать своевременную и высококвалифицированную помощь эндокринным больным, что будет иметь большое значение для снижения летальности.

Эндокринологическое отделение
I клинической гор. больницы

Поступила 1/X 1975 г.

Ռ. Ե. ՇԱԽԳԱԼԴՅԱՆ

ԻՆՏԵՆՍԻՎ ԹԵՐԱՊԻԱՅԻ ԲԼՈԿԸ ԷՆԴՈԿՐԻՆՈԼՈԳԻԱԿԱՆ
ԲԱԺԱՆՄՈՒՆԲՈՒՄ, ՆՐԱ ԿԱՌՈՒՑՎԱԾՔԸ ԵՎ ԽՆԴԻՐՆԵՐԸ

Ա. մ. ֆ. ո. ֆ. ո. լ. մ.

Դիտվել են էնդոկրինոլոգիական բաժանմունքում ինտենսիվ թերապիայի բլոկի (Ի. Թ. Բ.) ծառայության կառուցվածքը և խնդիրները: Առաջարկվում է Ի. Թ. Բ.-ում ստեղծել խանգարումների կարգավորման և ինտենսիվ հսկողության պալատներ: Տրվում է բժշկական ծառայության կետերի օրինակելի տեղակայումը, մահճակալների քանակը, կահավորումը և այլն, ինչպես նաև բժշկական անձնակազմի աշխատանքի տարբերակները և կարգը:

Հեղինակը նպատակահարմար է գտնում Ի. Թ. Բ.-ների ստեղծումը նախ և առաջ խոշոր էնդոկրինոլոգիական կենտրոններում:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Абер В. Я. В кн.: Организация эндокринологической службы. М., 1972.
2. Асканас З. В кн.: Реанимация в кардиологии. Варшава, 1972.
3. Бостанджян О. Ш. Автореферат докт. дисс. Ереван, 1975.
4. Васюкова Е. А. В кн.: Актуальные проблемы диабетологии. М., 1972.
5. Гоцциридзе Г., Сафонов А. В кн.: Современные больницы за рубежом. М., 1970.
6. Клячко В. Р. В кн.: Сахарный диабет. М., 1974.
7. Козловский В. Н. Сов. мед., 1971, 4, стр. 130.
8. Неговский В. А. В кн.: Основы реаниматологии. М., 1975.