номенклатурой медицинских услуг. Следование клиническим рекомендациям среди прочего призвано обеспечить соблюдение конституционно значимых стандартов доступности и качества медицинской помощи для граждан (статья 72, пункт «ж» части 1, Конституции РФ; пункт 4 статьи 10 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»)». 5. Постановлением Пленума Верховного Суда РФ от 15.01.2022 г. № 33 «О практике применения судами норм о компенсации морального вреда» предусмотрено для судов: «48. Медицинские организации, медицинские работники государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения несут ответственность за нарушение прав граждан в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью гражданина при оказании ему медицинской помощи, при оказании ему ненадлежащей медицинской помощи и обязаны компенсировать моральный вред, причиненный при некачественном оказании медицинской помощи (статья 19 и части 2, 3 статьи 98 закона № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"). Разрешая требования о компенсации морального вреда, причиненного вследствие некачественного оказания медицинской помощи, суду надлежит, в частности, установить, были ли приняты при оказании медицинской помощи пациенту все необходимые и возможные меры для его своевременного и квалифицированного обследования в целях установления правильного диагноза, соответствовала ли организация обследования и лечебного процесса установленным порядкам оказания медицинской помощи, стандартам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения), повлияли ли выявленные дефекты оказания медицинской помощи на правильность проведения диагностики и назначения соответствующего лечения, повлияли ли выявленные нарушения на течение заболевания пациента (способствовали ухудшению состояния здоровья, повлекли неблагоприятный исход) и, как следствие, привели к нарушению его прав в сфере охраны здоровья».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обязательность применения КР в клинической практике анестезиологии и реаниматологии, как одной из наиболее рисковых специальностей по частоте причинения вреда здоровью пациента, диктуется сложившейся судебной практикой высших судов РФ, в т.ч. постановлением Пленума Верховного Суда от 15.01.22 г. № 33. Немотивированный отказ от выполнения требований КР представляет серьезный риск привлечения к юридической ответственности при причинении вреда здоровью или оказании медицинской помощи ненадлежащего качества.

ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ, КАК КОМПОНЕНТ КОМПЛЕКСНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПОСТРЕАНИМАЦИОННОГО СИНДРОМА

Куртасов А.А., Лебедева Е.А., Ващенко В.Г., Чардаров К.Н.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ВВЕДЕНИЕ

Одним из основных повреждающих факторов большинства пациентов, независимо от этиологии патологического процесса перенёсших клиническую смерть является гипоксия [1, 2]. И единственным способом неинвазивной, но достаточно эффективной, коррекции критического патологического состояния является гипербарическая оксигенация [5, 6]. Это даёт основание утверждать, что применение

гипербарической оксигенации (ГБО) при данном патологическом состоянии необходимо в связи со способностью кислорода, инсуфлированного в условиях барокамеры под давлением нивелировать отрицательные эффекты гипоксии [3, 4, 6]. В условиях проведения ГБО кислород попадает в организм через естественные дыхательные пути и переносчиком кислорода в этих условиях на этапе легочной капилляр – тканевой капилляр является не только гемоглобин, но и плазма крови. Это повышает способность кислорода достичь клеток даже при помощи плазменных капилляров [1, 5]. В основе многообразия эффектов гипербарического кислорода лежит его высокая окислительная способность, реализующая воздействие во многих кислородозависимых процессах [6, 7]. Действуя в терапевтических дозах ГБО стимулирует активность ключевых ферментов тканевого дыхания, ускоряет транспорт электронов через цепь цитохрома и активирует процессы перекисного и свободно–радикального окисления [2, 5]. Проведено исследование и осуществлён ретроспективный анализ включения в интенсивную комплексную терапию метода гипербарической оксигенации постреанимационного синдрома у больных, перенёсших клиническую смерть. Показаны преимущество и безопасность этого метода лечения с хорошим клиническим эффектом.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение эффективности проведения интенсивной терапии с использованием ГБО после клинической смерти.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Основную группу больных из 17 человек составили 11 мужчин и 6 женщин в возрасте от 38 до 68, средний возраст 57,1±3,4. С острым инфарктом миокарда – 15, тромбоэмболией мелких ветвей легочной артерии – 1, миокардитом Абрамова-Фридлера – 1. Сеансы ГБО проводили в остром периоде заболевания (в 1 сутки поступления в стационар) в процессе выведения больных из терминального состояния в режиме умеренной гипербарии (1,4 – 1,5) ата, продолжительностью от 30 до 60 мин. Эффективность ГБО оценивали в динамике ЭКГ, показателей напряжения газов крови (PO_2, PCO_2 и КОС. Подсчитывали определение активности эндотоксина ЕАА (Endotoxin Activiti Assay), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) по методу Я.Я.Кальф-Калифа.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Применение ГБО в комплексной терапии у всех больных отмечена благоприятная динамика, выразившаяся в прояснении сознания, значительном уменьшении цианоза, снижения выраженности одышки, урежении пульса, нормализации АД. В легких аускультативно определяли значительное уменьшение влажных хрипов. Электрокардиографически констатировали регресс гипоксических проявлений PO_2 увеличивалось на 14-15%, PCO_2 снижалось на 7-8% по сравнению с исходными данными. Наблюдалась тенденция к нормализации показателей КОС; ЕАА, увеличивался до ГБО >0,49, и снижался после лечения <0,40. ЛИИ, повышенный до ГБО в 2-3 раза (6,7±3,03) по сравнению с нормальными величинами, имел тенденцию к нормализации (1,4±0,5) уже в первые сутки после проведения сеанса ГБО. Полученные данные дают основание считать целесообразным использование ГБО в указанном режиме в качестве компонента интенсивной терапии больных, а динамику PO_2, PCO_2, КОС и ЛИИ следует рассматривать в качестве информативных тестов для оценки эффективности ГБО. Всё вышеизложенное позволило нам включить в комплексную терапию пациентов, перенёсших клиническую смерть после относительной стабилизации показателей внешнего (самостоятельного) дыхания и относительной стабилизации гемодинамики, включить ГБО в комплексную тарапию постреанимационного периода пациентов с кардиологической патологией. К сожалению, процесс реабилитации данных пациентов оценивался нами только до момента их перевода по стабилизации состояния в профильного отделения.

ВЫВОДЫ

1. Включение ГБО терапии в комплекс постреанимационной терапии позволяет стимулировать кислородный обмен у пациентов в относительно коротком временном интервале, а следовательно, и общее состояние пациентов.

2. Подбор режима и продолжительности курса ГБО должен быть строго индивидуальным с целью профилактики развития гипероксии.

ПРЕДИКТОРЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ

Романов А.В.

КФ ФГАУ НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова Минздрава России»,
г. Краснодар, Российская Федерация

АКТУАЛЬНОСТЬ

Послеоперационные нейрокогнитивные расстройства (НКР) проявляются в послеоперационном периоде, начиная с 31 дня после операции и могут длиться до 1 года. Они характеризуются нарушениями памяти, трудностями с концентрацией внимания, а также нарушениями других высших корковых функций, таких как речь и мышление.

В обновлённом отчёте Lancet за 2024 год к факторам риска развития когнитивных расстройств были добавлены новые факторы, одним из которых является потеря зрения без лечения. Учитывая высокий риск развития когнитивных нарушений у пациентов с ухудшением зрения до операции, особое внимание следует уделить периоперационному ведению пациентов с целью минимизации риска развития НКР.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель данного исследования — выявить наличие нейрокогнитивных расстройств после проведения сквозной кератопластики и определить возможные факторы риска.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены пациенты, которым в период с 2022 по 2024 год была проведена сквозная кератопластика под общим наркозом. В исследование было включено 90 пациентов. Разрешение на проведение исследования было выдано внутренним комитетом по этической экспертизе клинических исследований.

Критерии включения в исследование: пациенты старше 18 лет, которым была проведена операция по трансплантации роговицы в связи с ожогами и травмами глаз, язвами роговицы, первичными и вторичными дистрофиями, кератоэктазиями, и которые соответствуют I–III классам физического состояния по классификации Американского общества анестезиологов (ASA).

На предоперационном этапе было проведено анкетирование с использованием теста MoCA Full, целью которого было выявление и оценка тяжести нейрокогнитивных расстройств (НКР). Для оценки степени тяжести тревожной симптоматики применялась шкала генерализованного тревожного расстройства (Generalized Anxiety Disorder–7, GAD–7), а для оценки степени тяжести депрессивной симптоматики использовался опросник здоровья пациента (Patient Health Questionnaire–9, PHQ–9).

На 7 день после операции было проведено повторное анкетирование с использованием теста MoCA Full. На девяностый день, помимо теста MoCA, было