

ВОЕННАЯ И ТАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА, МЕДИЦИНА НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2782-3296



9 772782 329006 >



**2022
№1-Д (4)**

ISSN 2782 - 3296 (PRINT)

<https://mtmem.ru/>



Министерство здравоохранения
и социального развития
Республики Южная Осетия
и
Министерство обороны
Республики Южная Осетия



Министерство здравоохранения и социального развития
Республики Южная Осетия
Министерство обороны Республики Южная Осетия

Научно-практический журнал

«Военная и тактическая медицина, медицина неотложных состояний»

Материалы конференции, посвященной 75-летию
Заслуженного деятеля науки РФ, доктора медицинских
наук, профессора **Слепушкина Виталия Дмитриевича**.

28-29 января 2022 года
(Дополнительный)

Scienetifi practical journal

«Military and tactical medicine, emergency mesicine» (Supplement)

Materials of the conference dedicated to the 75th
anniversary of the Honored Scientist of the Russian
Federation, Doctor of Medical Sciences, Professor
Slepushkin Vitaly Dmitrievich.
January 28-29, 2022

№1-Д (4), 2022
Основан в 2021

«Военная и тактическая медицина, медицина неотложных состояний»

ISSN -2782-3296 (PRINT)

Ответственный секретарь
Чочиева М. В. - (Цхинвал, РЮО)
Колесникова Н. А. - (Донецк, ДНР)
Редактирование и корректура -
Колесникова Н.А. (Донецк, ДНР)

Основатель - Министерство
здравоохранения и социальной политики
РЮО и Министерство обороны РЮО.

Свидетельство о регистрации СМИ РЮО
№38 (20 августа 2021 г.)

Основание издательства: 06 августа 2021
Периодичность издания; 4 раза в год

Ответственность за содержание и орфографию статей несут авторы. редакция не несёт ответственности за достоверность фактов, имен и другой информации, использованных в публикациях. Перепечатка или иное воспроизведение в любой форме полностью или частично статей, иллюстраций, или других материалов разрешено только с предварительного письменного согласия редакции с обязательной ссылкой на источник. Материалы публикуются на языке оригинала. Подписано в печать 24.01.2022

Формат 60x84/8

Гарнитура Roboto

Тираж 100 экз.

Распространяется бесплатно

Заказ № 2 Издательский номер 4

Полиграфическое производственное
объединение Республики Южная Осетия,
РЮО, г.Цхинвал, ул.Путина 5.
телефон:(+995344)454225

Свидетельство о регистрации серия 98
№000123 Издательский номер 1.
Издатель: Колесников Андрей Николаевич
Адрес издателя:
Республика Южная Осетия, г. Цхинвал,
ул.Сталина, 27

Главный редактор:

Колесников Андрей Николаевич

Редакционная коллегия:

Лобанов Г.В. (Донецк, ДНР) (зам.глав.ред.)

Наниев С.О. (Цхинвал, РЮО) (зам.глав.ред.)

Гассеев И.А. (Цхинвал, РЮО) (зам.глав.ред.)

Чочиева А.Р. (Цхинвал, РЮО)

Алборов А.Н. (Цхинвал, РЮО)

Плиев А.М. (Цхинвал, РЮО)

Слепушкин В.Д. (Владикавказ, РФ)

Тотиков В.З. (Владикавказ, РФ)

Редакционный совет:

Абазова И.С. (Нальчик, РФ)

Беслекоев У.С. (Владикавказ, РФ)

Брижань Л.К. (Москва, РФ)

Городник Г.А. (Донецк, ДНР)

Ивченко А.В. (Луганск, ЛНР)

Кирпичев И.В. (Иваново, РФ)

Коктышев И.В. (Донецк, ДНР)

Кувшинов Д.Ю. (Кемерово, РФ)

Лебедева Е.А. (Ростов- на-дону, РФ)

Лубнин А.Ю. (Москва, РФ)

Луцкий И.С. (Донецк, ДНР)

Обедин А.Н. (Ставрополь, РФ)

Осканова М.Ю. (Магас, РФ)

Тарасов А.Н. (Астрахань, РФ)

Тотчиев Г.Ф. (Москва, РФ)

Ярыгин Н.В. (Москва, РФ)



ПРОГРАММА



*XX МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ
научно-практической конференции с международным
участием*

«Работа службы анестезиологии- реаниматологии, врачей хирургических специальностей в экстремальных условиях»

Дорогие коллеги!

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» МЗ
РФ, Министерство здравоохранения РСО-Алания, Региональная общественная
организация анестезиологов - реаниматологов РСО-Алания,
Региональная общественная организация хирургов РСО-Алания
приглашают Вас принять участие в работе XX научно-практической
конференции

*посвященной 75-летию Заслуженного деятеля науки РФ, доктора
медицинских наук, профессора*

Слепушкина Виталия Дмитриевича



Место проведения конференции

Республика Северная Осетия-Алания, г. Владикавказ
ул. Пушкинская, 40. ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России.

Сроки проведения конференции:

28-29 января 2022 года

Вниманию участников конференции! При регистрации просим точно указывать свой электронный адрес для начисления кредитов в рамках НМО (6 кредитов)

Программа

28 января 2022 года

09:00 - 09:30 - регистрация участников конференции

09:30 - 10:00 - открытие конференции:

Ремизов Олег Валерьевич - ректор СОГМА, профессор

Реутов Александр Викторович - заместитель председателя Правительства
Республики Северная Осетия - Алания

Лебединский Константин Михайлович - Президент Федерации анестезиологов-
реаниматологов России, профессор

Рабочее заседание

Председатели

Профессор Тотиков Валерий Зелимханович (Владикавказ)

Профессор Лебединский Константин Михайлович (Санкт-Петербург)

10:00-10:25 Клиническая физиология кровообращения: неочевидные и
странные аспекты. *Лебединский К.М. (Санкт-Петербург)*

10:25-10:50 Нарушения гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной оси у
пациентов с новой коронавирусной инфекцией.
Колесников А.Н., Матиева Л.А. (Донецк, Магас)

10:50-11:15 Факторы, влияющие на продолжительность действия
круарона. *Бестаев Г.Г. (Владикавказ)*

11:15-11:40 Тканевая оксиметрия меняет алгоритм в хирургии,
неврологии, кардиологии, анестезиологии и реаниматологии. *Шелухин
Д.А. (Санкт-Петербург)*

11:40-12:05 Абдоминальный сепсис: от патофизиологии к оптимальной стратегии лечения. *Маскин С.С., Карсанов А.М., Дербенцева (Волгоград, Владикавказ)*

12:05-12:30 Анестезия в бариатрической практике - особенности и подводные камни. *Обедин А.Н. (Ставрополь)*

12:30-12:55 Особенности проведения метаболической терапии в клинической практике врача реаниматолога. *Разин А.Ю. (Ростов-на-Дону)*

12:55 - 13:15 Вопросы к докладчикам, мнения участников конференции

13:15 - 14:00 - работа на выставке, кофе-брейк

Председатели:

**Профессор Колесников Андрей Николаевич (Донецк)
Доцент Беслекоев Урузмаг Соломонович (Владикавказ)**

14:00-14:20 Холедохолитиаз. Наш опыт лечения. *Ардасенов Т.Б., Беслекоев У.С., Ревазов Е.Б., Тотиков З.В., Четиев А.Н., Доев Г.С., Фарниев Т.Х., Кокоев М.А. (Владикавказ)*

14:20-14:40 Ключевые технологии парентерального питания в ОРИТ. *Лейдерман И.Н. (Екатеринбург, Санкт-Петербург)*

14:40-15:00 Анафилактический шок = адреналин. Тактика интенсивной терапии. *Лебедева Е.А. (Ростов-на-Дону)*

15:00-15:20 Новая волна-новый подход: как менялась тактика экстракорпоральной гемокоррекции в комплексной терапии пациентов в критическом состоянии с COVID-19. *Соколов Д.В. (Санкт-Петербург)*

15:20-15:40 Неисчерпанные возможности диагностики и лечения больных механической желтухой опухолевого генеза. *Ревазов Е.Б., Хутиев Ц.С., Четиев А.Н., Беслекоев У.С., Ардасенов Б., Ревазова М.Р., Доев Г.С., Фарниев Т.Х., Кокоев М.А. (Владикавказ)*

15:40-16:00 Бета-амилоид 1-42 (Ав 1-42) как предиктор тяжести гипоксически-ишемической энцефалопатии (ГИЭ) в раннем неонатальном периоде. *Маноченко Г.В. (Зерноград, Ростовская область)*

16:15-16:30 Использование режима вспомогательной вентиляции легких PSV для проведения анестезии в амбулаторных условиях. *Алексеев А.А. (Донецк)*

16:30-16:45 Особенности личностно-ориентированного подхода при последствиях постпандемического коронавирусного стресса. *Бабура Е.В., Расторгуева И.С. (Макеевка, ДНР)*

16:45-17:00 - вопросы к докладчикам, мнения участников конференции

Стендовые доклады

Степень оксигенации тканей как предиктор одонтогенных изменений.
Короева М.А. (Владикавказ)

Оксигенация головного мозга у больных с нарушением мозгового кровообращения. *Хасуева А.У., Слепушкин В.Д. (Грозный, Владикавказ)*

Медикаментозная и не медикаментозная стимуляция антиноцицептивной системы как метод периоперационной защиты пациентов. *Гасиев З.М. (Владикавказ)*

29 января

Сателлитный симпозиум компании Медтроник

1.Использование соматического/церебрального оксиметра для оценки кислородного статуса у больных с COVID-19.

Слепушкин В.Д. (Владикавказ)

2.Опыт использования оксиметрии в неврологии и интенсивной терапии.

Хасуева А.У. (Грозный, Владикавказ)

3.Опыт использования оксиметрии в амбулаторной стоматологии.

Короева М.А. (Владикавказ)

СОДЕРЖАНИЕ

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С COVID-19 В РЕСПУБЛИКЕ ЮЖНАЯ ОСЕТИЯ

Плиев А.М., Алборов Б.Р.,
Келехсаева А.Р.....5

ПОЧЕЧНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 В ОТДЕ- ЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Кузнецова И.В., Шраменко Е.К.,
Толстова Н.В.....10

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО- ЛИЧНОСТНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ С ПСИХИАЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Бабура Е.В.....13

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Абазова И.С., Тутуков И.С.,
Шомахова Б.Ю.,
Кабалоева М.В.....19

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ГРУДИНЫ

Тутуков А.Б., Абазова И.С., Абу Тог
Недаль, Шомахова Б.Ю.....23

ПЕДИАТРИЯ И НЕОНАТОЛОГИЯ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ (АЛГОРИТМЫ ДЕЙСТВИЯ ПРИ ЧС)

Мальцева О.С.....26

Плиев А.М., Алборов Б.Р., Келехсаева А.Р.

Государственное бюджетное учреждение Республиканский медицинский
многопрофильный центр, Республика Южная Осетия (РЮО), г.Цхинвал

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С COVID-19 В РЕСПУБЛИКЕ ЮЖНАЯ ОСЕТИЯ

Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) — зооантропонозная респираторная инфекция, вызываемая коронавирусом SARS-CoV-2. Вирус распространяется дыхательным путем, главным образом каплями и контактом с загрязненными поверхностями, а также путем образования аэрозоля во время инвазивных респираторных процедур. Вирус также обнаруживается в моче, кале и слюне [1]. Распоряжением Министерства здравоохранения Российской Федерации (РФ) 2 февраля 2020 года 2019-nCoV была внесена в перечень опасных заболеваний и 03 февраля 2020 года опубликованы “Временные методические рекомендации” для медицинских работников по эпидемиологии, диагностике, ведению пациентов и профилактике COVID-19 [2,3]. Система противоэпидемических мероприятий, проводимых в разных странах, оказывает большое влияние на распространение и контроль такого инфекционного заболевания как COVID-19 [4]. Течение заболевания и инкубационный период имеют свои особенности, так у пациентов, выздоровевших от COVID-19, может сохраняться обнаруживаемая РНК SARS-CoV-2 в образцах верхних дыхательных путей в течение 3 месяцев после начала заболевания. Однако вирус, способный к репликации, не был обнаружен у таких пациентов, и они, скорее всего, не могут заразить других людей [5]. Бессимптомное течение является распространенным явлением, особенно у детей, и может также распространять инфекцию [6,7]. Опираясь на опыт других государств, имеет смысл придавать большое значение разработке противоэпидемических мероприятий, внедрению их в массы и обязательному выполнению.

Южная Осетия - новое независимое, признанное РФ государство в Закавказье. Населения Республики 54 тысячи человек. Особенности географического положения и политических отношений в значительной мере повлияли на распространение пандемии COVID-19 на данной территории. На примере РЮО проиллюстрирован положительный эффект, приносимый своевременным введением противоэпидемических мероприятий и относительным изолированием населения.

Цель исследования - выявление зависимости уровня заболеваемости от адекватности проводимых противоэпидемических мероприятий, а также их связь с количеством благоприятных и неблагоприятных исходов.

Ключевые слова: пандемия, карантин, COVID-19, эпидемиологическая ситуация.

ВВЕДЕНИЕ

С востока, юга и запада РЮО граничит с Грузией, с севера проходит граница с РФ. Единственная дорога, соединяющая Республику с РФ и остальным миром – транскавказская магистраль, так как граница с Грузией закрыта в виду неуставленных дипломатических отношений. Данные особенности в большинстве своем повлияли на возникновение и распространение новой коронавирусной инфекции.

С появлением пандемии в мире, в марте 2020 года власти Южной Осетии ввели

экстренный карантин для пребывающих в Республику. Вышеперечисленные географические особенности дали возможность закрыть границу с одновременным обязательным карантином на 14 суток.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Наблюдение и анализ данных проводились на базе центра анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, инфекционной больницы, клинической лаборатории РММЦ с 2020 по 2021 год. В исследовании приняли участие пациенты с подтвержденной инфекцией COVID-19. Всем пациентам проведено тестирова-

ние методом ПЦР при поступлении и в динамике. По показаниям проводилась компьютерная томография (КТ) органов грудной полости.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Противоэпидемические мероприятия были развернуты с марта по сентябрь 2020 года. Во всех медицинских учреждениях Республики проводился карантин. Лицам, прибывшим в РЮО, в обязательном порядке проводилось тестирование методом ПЦР к SARS-CoV-2. Инфицированные помещались в специализированную ковид клинику на базе инфекционной больницы и получали лечение по временным клиническим рекомендациям РФ. После выздоровления и двойного отрицательного результата ПЦР-исследования, пациенты были выписаны.

При въезде в Республику, лица, у которых был отрицательны результат ПЦР к SARS-CoV-2, также обязательно находились на карантине в течение 14 дней в районных больницах и государственных гостиницах.

За вышеуказанный период выявлено 42 случая инфицирования. Все больные прибыли в РЮО из РФ. Из этого количества 13 пациентов получали лечение по поводу пневмонии. У 8 человек поражение легких составило менее 25% (КТ 1), у 4 человек от 25 до 50% (КТ 2), у 1 пациента было обнаружено поражение до 75% (КТ 3). Важно сказать, что среди местного населения случаев инфицирования обнаружено не было, хотя активно проводилось тестирование методом ПЦР в случае любых подозрительных симптомов.

С 15 сентября 2020 года граница была полностью открыта, сняты все ограничения на массовые мероприятия и национальные праздники.

Уже в октябре 2020 года в стационары республики поступило 390 больных с новой коронавирусной инфекцией. Инфекционная больница, развернутая на 100 коек со своим медицинским персоналом и ресурсами (в основном ограниченное количество кислородных точек), не могла осилить такой поток больных. В связи со сложившейся ситуацией, в авральном режиме были развернуты дополнительные

койки на базе других стационаров, проведены кислородные сети. Недостаток ресурсов имел тяжелые последствия как для больных, так и для медицинского персонала. Частично ситуацию спасли российские военные медики, которыми в конце октября был развернут военный госпиталь на 100 коек, за что мы им очень благодарны.

В период с октября по декабрь 2020 года с инфекцией COVID-19 в РММЦ поступило 942 человека, из них 853 выписаны с улучшением, 89 случаев закончились летальным исходом. Летальность за три месяца составила 9%.

К маю 2021 года пик пандемии значительно снизился. Наглядны данные: в октябре 2020 года поступило 390 человек, а в мае 2021 года всего 29 человек.

Второй пик пандемии продолжался с сентября по декабрь 2021 года. В этот период COVID-19 инфекция лабораторно подтвердилась примерно у 10 тысяч человек (около 20% населения Республики). С вирусной пневмонией были госпитализированы 3612 человек, из которых 195 случаев летальные (5,3%). Рис. 1 наглядно показывает уровень заболеваемости в 2020 и 2021 годах.

Несмотря на то, что в пик пандемии 2021 года количество поступивших было почти в 4 раза больше, чем в 2020 году, летальность в абсолютных значениях и процентах оказалась ниже (рис. 2).

Диагноз COVID-19 был подтвержден методом ПЦР с обнаружением РНК SARS-CoV-2. Широко использовались мультиспиральная компьютерная томография и рентгенография органов грудной полости. Диагноз вирусной пневмонии во всех случаях был выставлен только на основании данных КТ исследования. При лабораторной диагностике обращали на себя внимание: уровень СРБ, ЛДГ, ферритина, прокальцитонина, АсТ, АлТ, Д-димера, показатели коагулограммы.

Пациенты получали лечение по клиническим рекомендациям РФ [8] и временным клиническим рекомендациям министерства здравоохранения РЮО. По данным стандартам в этиотропную терапию включены такие препараты как фа-

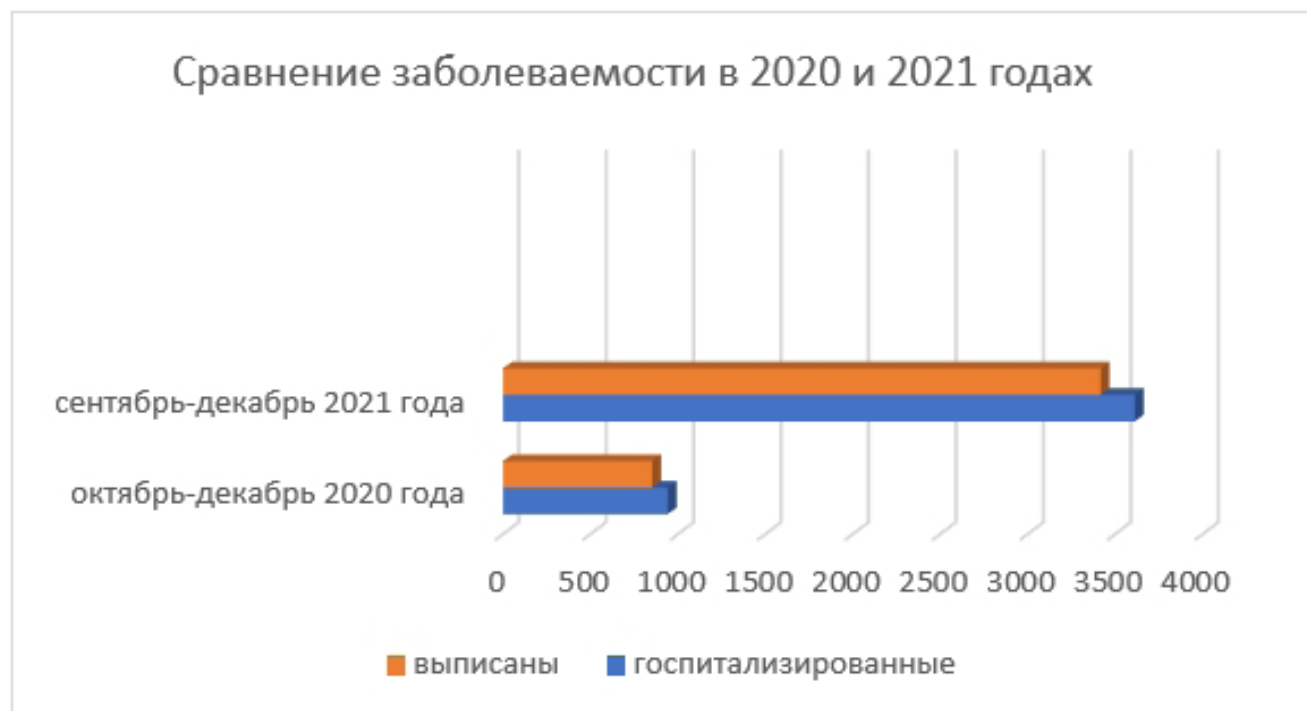


Рис.1

Сравнение заболеваемости в 2020 и 2021 годах

випиравир, ремдесивир, умифеновир и интерферон-альфа. Применение интерферона-альфа или умифеновира, который обладает широким спектром активности, оправдано из-за сходства клинической картины легких форм COVID-19 с клинической картиной сезонных ОРВИ. К этиотропному лечению также относят применение антиковидной плазмы и человеческого иммуноглобулина. Основ-

ным направлением патогенетической терапии является купирование гипервоспалительного ответа. Для этого применяют глюкокортикоиды (дексаметазон, метилпреднизолон, описано возможное применение ингаляционного будесонида), ингибиторы янус-киназ (барицитиниба или тофацитиниба), антагонисты рецептора ИЛ-6 (тоцилизумаб, сарилумаба, левилимаб). Большинство пациентов нуждается

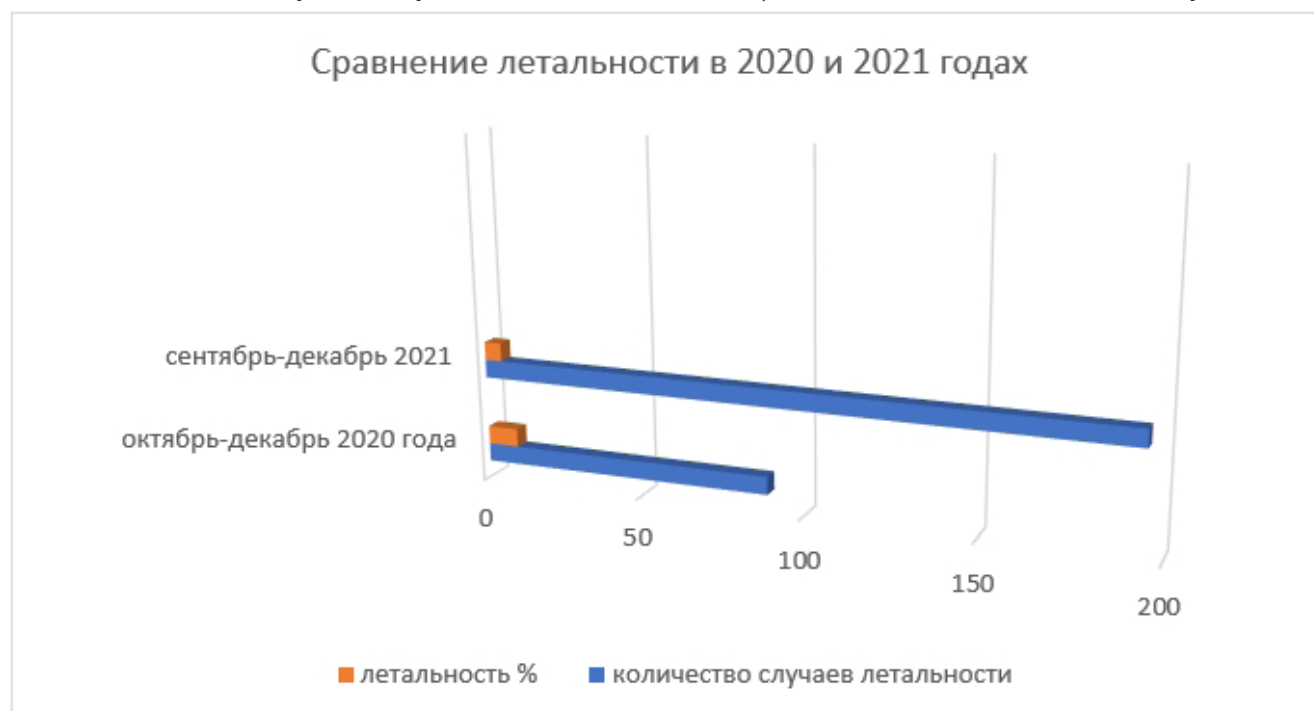


Рис.2

Сравнение летальности в 2020 и 2021 годах

Поражение органов и систем при COVID-19 на основании сопутствующих заболеваний в ОРИТ

Поражение органов и систем у инфицированных	Количество (n)	Удельный вес
Пневмония	274	87,0%
Энцефалит, внутричерепная гематома	29	9,6%
ОНМК	21	6,4%
ИБС/инфаркт миокарда	122	38,7%
Сахарный диабет	60	19,0%
ДВС	20	6,4%

в анти тромботической терапии с применением профилактических и лечебных доз низкомолекулярных или нефракционированных гепаринов. Обязательным является применение антикоагулянтов лицам с отягощенным анамнезом (ИБС, сахарный диабет), под контролем коагулограммы. Согласно вышеуказанным рекомендациям, важным моментом является адекватное поступление жидкости в организм. Восполнение суточной потребности в жидкости должно обеспечиваться преимущественно за счет пероральной регидратации. С целью профилактики отека легких пациентам следует ограничить объем вводимой жидкости, соблюдать нулевой или отрицательный гидробаланс. Необходимо отметить, что поддержание нутритивного статуса пациента крайне важный аспект, влияющий на исход заболевания. Рацион пациента должен быть разнообразным и обеспечивать необходимым количеством калорий. Симптоматическая терапия заключается в назначении антибиотиков (только при наличии достоверных признаков бактериальной инфекции!), антимикотических, жаропонижающих, бронхоактивных препаратов и т.д.

Следуя временным клиническим рекомендациям, в ковид-клинике РММЦ по показаниям применялись оксигенотерапия (высокопоточная, НИВЛ, ИВЛ), антикоагулянтная, гормональная терапия (в том числе пульс-терапия), противовирусные препараты (коронавир, авифавир), иммунобиологические препараты (алумиант, козентикс, артлегия, актепра).

Через палату интенсивной терапии ЦАРИТ прошли 316 человек. Средний воз-

раст заболевших составил 69 лет. В 87% пациенты имели тяжелые вирусные поражениями легких (КТЗ-КТ4) и нуждались в НИВЛ и ИВЛ. Также необходимо учитывать фоновые заболевания данной категории пациентов. Наибольшую группу составили пациенты с ишемической болезнью сердца (38,7%), а также с сахарным диабетом (19%). В таблице 1 представлен удельный вес сопутствующей патологии у больных, госпитализированных в ОРИТ. Несмотря на проводимую терапию, смертность в ПИТ составила 61 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Через карантин в период с марта по сентябрь 2020 года прошли более 2 тысяч человек - это и гости республики (учитывая летние месяцы и время отпусков) и граждане РЮО, вернувшиеся домой. Необходимо отметить, что введенные мероприятия период имели прекрасные результаты и соответствовали классическим представлениям эпидемиологии. Грамотные противоэпидемические меры в этот период имели 100% результат. К крайне отрицательным моментам в действиях властей можно отнести то, что за период с декабря 2020 года по сентябрь 2021 года Республика не подготовилась к новой вспышке пандемии. Последний пик активности вируса вызвал высокую летальность у пациентов, требующих интенсивной терапии. Несмотря на проводимое лечение, причиной роста неблагоприятных исходов также могут служить несвоевременность обращения за медицинской помощью, возраст пациентов, а также наличие фоновых заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Beeching NJ, Fletcher TE, Beadsworth MBJ. Covid-19: testing times. BMJ. 2020;369:m1403. doi:10.1136/bmj.m1403.
2. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (2019-ncov). Версия 1 (29.01.2020). с. 52.
3. Биличенко Т.Н. Эпидемиология коронавирусной инфекции (COVID-19). Академия медицины и спорта. 2020;1(2):14-20. doi:10.15829/1560-4071-2020-2-15
4. Коронавирус в России 30 сентября: сколько заболевших на сегодня, последние новости распространения. 2020. Available at [https:// coronavirus-stop.ru/rossiya/koronavirus-v-rossii-30-sentyabrya-skolko-zabolevshih-nasegodnya-poslednie-novosti-rasprostraneniya/](https://coronavirus-stop.ru/rossiya/koronavirus-v-rossii-30-sentyabrya-skolko-zabolevshih-nasegodnya-poslednie-novosti-rasprostraneniya/).
5. Wang C, Liu L, Pan A, et al. Evolving epidemiology and impact of non-pharmaceutical interventions on the outbreak of coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. 020.03.03.20030593. [Preprint]. doi:10.1101/2020.03.03.20030593.
6. Estimating the asymptomatic proportion of coronavirus disease 2019 (COVID-19) cases on board the Diamond Princess cruise ship, Yokohama, Japan, 2020. Euro Surveill-2020;25:2000180. doi:10.2807/15607917.ES.2020.25.10.2000180 pmid:32183930
7. Hui DS, I Azhar E, Madani TA, et al. The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel coronaviruses to global health – The latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. Int J Infect Dis. 2020;91:264-266. doi:10.1016/j.ijid.2020.01.009.
8. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021).

Сведения об авторах

Плиев А. М.;
Заместитель Председателя Парламента
РЮО, председатель Комитета по
социальной
политике и здравоохранению;
Кандидат медицинских наук

Алборов Б.Р.,
врач анестезиолог-реаниматолог

Келехсаева А.Р.
врач анестезиолог-реаниматолог

Кузнецова И.В., Шраменко Е.К., Толстова Н.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького»,
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО) ДНР,
г.Донецк

ПОЧЕЧНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

РЕФЕРАТ

У пациентов отделений интенсивной терапии (ОИТ) с COVID-19 частота развития острого почечного повреждения (ОПП) достигает 25% и является независимым предиктором летального исхода. Многофакторный характер поражения почек при COVID-19 предполагает дифференцированный подход к профилактике и терапии почечной дисфункции.

Цель работы -изучение частоты встречаемости и характера ОПП у пациентов ОИТ с тяжелой формой течения коронавирусной инфекции и оценка эффективности проводимой нефропротективной терапии.

Проведен ретроспективный анализ 157 историй болезни пациентов с COVID-19, находившихся на лечении в ОИТ. Показанием для перевода в ОИТ у всех пациентов была прогрессирующая острая дыхательная недостаточность: при поступлении показатель SpO_2 не превышал $67,8 \pm 8,5 \%$ при $FiO_2=0,21$. Респираторная поддержка в виде неинвазивной вентиляции легких (НИВЛ) проводилась у 138 больных. У всех пациентов были выражены признаки системной воспалительной реакции в виде умеренного лейкоцитоза, гиперфибриногенемии, резкого повышения уровня СРБ, ферритина, лактатдегидрогеназы (ЛДГ), ИЛ-6. Повышение уровня креатинина, соответствующее различным уровням шкалы RIFLE, было выявлено у 37 (23,5%) пациентов, из них у 27 больных ОПП развилось на фоне сахарного диабета и гипертонической болезни. У 6 пациентов в анамнезе был инфаркт миокарда и сердечная недостаточность со сниженной систолической функцией левого желудочка. У 3-х пациентов высокий уровень креатинина (1- I, 2 - F по шкале RIFLE) был обусловлен на-

личием хронического гломерулонефрита и подагры.

Причинами развития ОПП, помимо прямого вирусного повреждения, в 75% случаев были острые циркуляторные расстройства в результате нарушения водно-электролитного баланса, сгущения крови, стойкой гипотонии еще до поступления в ОИТ. В 25% случаев к ОПП привели токсические воздействия на фоне приема нефротоксичных препаратов на предыдущих этапах лечения (ванкомицина, гентамицина, L- лизина эсцината, фуросемида, нестероидных противовоспалительных препаратов). Консервативная нефропротекция с учетом ведущих патогенетических механизмов позволила улучшить почечную функцию у 10 выживших больных.

ВВЕДЕНИЕ

Больные с COVID-19 представляют группу особого риска для развития острого повреждения почек (ОПП), особенно при наличии таких сопутствующих заболеваний, как сахарный диабет (СД) и гипертоническая болезнь (ГБ). Развитие ОПП является одним из важных факторов риска летального исхода у этой категории пациентов [1]. Изучение точных механизмов, лежащих в основе почечной недостаточности при COVID-19 и разработка на этой основе оптимальных методов терапии ОПП позволят улучшить результаты лечения [2].

ЦЕЛЬ

Изучить частоту встречаемости и характер ОПП у пациентов в ОИТ с тяжелой формой течения COVID-19, провести анализ эффективности проводимой ренопротективной терапии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В ОИТ ДОКТМО с 23.10.20г по 13.03.21г (141 день) всего пролечено 157 больных с тяжелым

течением COVID-19, из них женщин - 89 (57%), мужчин - 68 (43%). Возраст пациентов: 65 лет и старше – 90 (57,4%), 40 - 64 года - 62 (39,3%), до 40 лет - 5 (3,3%) человек.

В ОИТ пациенты поступали, как правило, на 8-12 день болезни с клиникой тяжелой острой дыхательной недостаточности (ОДН). В пробах крови, помимо общеклинических, биохимических и коагулологических показателей, контролировали в динамике маркеры воспалительной реакции: С-реактивный белок (СРБ), ферритин, лактатдегидрогеназу (ЛДГ), ИЛ-6, д-димера, прокальцитонина.

Лечение проводилось согласно действовавшим на анализируемый период Временным Методическим Рекомендациям Российской Федерации (8, 9 и 10 версии).

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью компьютерного анализа (программы Microsoft Excel, Statistica и MedStat v.4.1).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При поступлении в ОИТ у всех пациентов была выражена ОДН: SpO₂ - 67,8 ± 8,5 % при FiO₂=0,21. Неинвазивная вентиляция легких (НИВЛ) проводилась у 138 (87,8 %) больных длительностью от 2-х до 52 суток. Перевод на ИВЛ осуществляли при сохранении гипоксемии, признаках повышенной работы дыхания, усталости пациента, нарушении сознания, неэффективности проводимой терапии, в том числе и НИВЛ.

В анализах крови отмечали умеренно выраженный лейкоцитоз (10,5±1,6 Г/л), лимфопения (3,2±1,9 %), повышение СОЭ до 39,7±8,2 мм/час. Уровень СРБ превышал референсные значения в 100-700 и более раз, ферритина – в 10-12 раз, ЛДГ – в 2-3 раза, ИЛ-6 – в 4-6 раз. У всех больных отмечалась гиперфибриногенемия – 5,7±1,4 г/л, при этом значения д-димера не всегда были критично высокими: колебания от 0,64 мкг/мл (норма <0,44 мкг/мл) до 7,2 мкг/мл. Повышение уровня креатинина, соответствующее различным уровням шкалы RIFLE, было выявлено у 37 (23,5%) пациентов, из них у 27 больных ОПП развилось на фоне сахарного диабета и гипертонической болезни. У 6 пациентов в анамнезе был инфаркт

миокарда и сердечная недостаточность со сниженной систолической функцией левого желудочка. У 3-х пациентов высокий уровень креатинина (1- I, 2 - F по шкале RIFLE) был обусловлен наличием хронического гломерулонефрита и подагры.

Базовая медикаментозная терапия: до 10-х суток от начала заболевания из этиотропных препаратов применяли фавипиравир и умифеновир. Из средств патогенетической терапии, согласно действующим протоколам лечения, использовали противовоспалительные средства (глюкокортикостероиды, ГКС), генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) и антикоагулянты (низкомолекулярные или нефракционированные гепарины). Рекомбинантные человеческие антитела к рецепторам ИЛ-6 получили 19 больных: тоцилизумаб (Актемра) – 12 и левилимаб (Илсира) – 7. Рекомбинантные человеческие антитела, нейтрализующие биологические эффекты фактора некроза опухоли-α (ФНО-α), - адалимумаб (Хумира и Далибра) были назначены 24 пациентам. Иммуноглобулин нормальный человеческий для в/в введения (Привиджен) был использован у 34 больных.

Мероприятия ренопротективной терапии: коррекция гипоксии, восстановление нормоволемии, улучшение почечного кровотока, стимуляция диуреза и коррекция дизэлектролитемии.

Анализируя механизмы развития почечной дисфункции, пришли к заключению, что при COVID-19 у пациентов развивалось ОПП преренального и ренального циркуляторно-токсического генеза. При этом большинство пациентов имели факторы риска формирования нефропатии еще до инфицирования вирусом SARS-CoV-2: возраст превышал 65 лет у 57,8 % пациентов, имела место тяжелая сопутствующая соматическая патология (ИБС, сахарный диабет, ожирение, гипертоническая болезнь). Особенности течения ОПП у пациентов с COVID-19 были выраженные циркуляторные нарушения, сгущение крови, дизэлектролитемия на фоне тяжелой гипоксии. Эти нарушения в большинстве случаев поддавались консервативной терапии, направленной

на коррекцию гипоксии, восстановление нормоволемии, улучшение почечного кровотока, стимуляцию диуреза и коррекцию дизэлектrolитемии. Показаний к заместительной почечной терапии у них не было. Из 37 пациентов с ОПП тяжелая форма (F по шкале RIFLE), была только у 3. У 1 пациента по мере регресса признаков ОДН на фоне проведения нефропротекции восстановился диурез и нормализовались показатели азотистого обмена, а у 2-х больных отсутствовали условия для проведения гемодиализа (неуправляемая гипотония на фоне введения больших доз симпатомиметиков).

Из 157 больных 76 летальных исходов (46 %) на фоне прогрессирующей ОДН. Выявлены гендерные отличия в летальности: женщины - 41,6 % (37), мужчины - 57,4 % (39). Летальность пациентов с ОПП - 53,4%.

ВЫВОДЫ

1. ОПП различной степени тяжести встречается почти у 25% пациентов. В 75% случаев ОПП имеет прerenальный характер, связанный с острыми циркуляторными расстройствами. У 25% больных к ОПП приводят токсические воздействия, преимущественно на фоне приема нефротоксичных лекарственных препаратов.

2. Консервативная ренопротективная терапия, направленная на обеспечение нормоволемии и улучшение почечного кровотока у больных с ОПП, эффективна в большинстве случаев. Увеличение скорости и объема диуреза приводит к восстановлению функции почек без заместительной почечной терапии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Шамхалова М.Ш., Мокрышева Н.Г., Шестакова М.В. COVID-19 и почки /Сахарный диабет, 2020;23(3):235-241.
2. Cheng Y., Luo R., Wang K. et al. Kidney disease is associated with in hospital death of patients with COVID-19 /Kidney Int. 2020, 97: 829-38

Сведения об авторах

Кузнецова И.В. – д.мед.наук, профессор, каф. анестезиологии, интенсивной терапии, медицины неотложных состояний ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького».

Адрес: пр. Ильича, 16, г. Донецк, 83003.
Email: kiv@mail.ru

Шраменко Е..К. - д.мед.наук, профессор каф. анестезиологии, интенсивной терапии, медицины неотложных состояний ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького».

Адрес: пр. Ильича, 16, г. Донецк, 83003.
Email: k.shramenko@gmail.com

Толстова Н.В. –

зав.отделением реанимации Донецкого клинического территориального медицинского объединения.

Адрес: пр. Ильича, 14, г. Донецк, 83003.
Email: oitdoktmo@mail.ru

Бабура Е.В.
Психиатрическая больница № 1, Макеевка, ДНР

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ЛИЧНОСТНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ С ПСИХИАЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

В статье последовательно изложено содержание феноменологических проявлений аффективных, стрессовых и тревожно – депрессивных расстройств у переболевших COVID – 19. Рассмотрено понятие «пандемический стресс», его психологические особенности (быстрая распространённость информации, массовое негативное восприятие экстремальной ситуации и её последствий, масштабность людей, вовлечённых в эту ситуацию, полиморфизм и неопределённость) и состояние мотивационно – потребностной, эмоционально – волевой и когнитивной сферы личности.

Для совладания с экстремальной коронавирусной ситуацией на базе Психиатрической больницы №1 г. Макеевки внедрён личностно – ориентированный подход, который делает основной мишенью при оказании психиатрической помощи личность пациента в контексте ее многоуровневого функционирования на биологическом, психологическом, социальном, культуральном и духовном уровнях. Сделана комплексная оценка эффективности экзистенциально – личностной реабилитации, которая показала, что позитивная динамика ресурсных возможностей наблюдалась у всех больных, включенных в программу экзистенциально – личностной реабилитации.

Ключевые слова: пандемический стресс, коронавирусная инфекция, личность, экзистенциально – личностная реабилитация.

Babura E.V.
Psychiatric hospital number 1, Makeevka, DPR

EXISTENTIAL AND PERSONAL REHABILITATION OF PERSONS WITH MENTAL IMPAIRMENTS AFTER A POSTED CORONAVIRAL INFECTION

The article consistently outlines the content of the phenomenological manifestations of affective, stressful and anxiety-depressive disorders in COVID-19 patients. The concept of «pandemic stress», its psychological this situation, polymorphism and uncertainty) and the state of the motivational - need, emotional - volitional and cognitive spheres of the personality.

To cope with the extreme coronavirus situation, a personality-oriented approach has been introduced on the basis of Psychiatric Hospital No. 1 in Makeyevka, which makes the patient's personality the main target in the provision of psychiatric care in the context of its multi-level functioning at the biological, psychological, social, cultural and spiritual levels. A comprehensive assessment of the effectiveness of existential-personal rehabilitation was made, which showed that a positive dynamics of resource capabilities was observed in all patients included in the program of existential-personal rehabilitation.

Key words: pandemic stress, coronavirus infection, personality, existential - personal rehabilitation.

За последнее время коронавирусная инфекция COVID – 19 превратилась в глобальную пандемию. Миллионы людей застала врасплох необычайной силы эпидемия, тем самым обрушила их привычный образ жизни, обесценила то, что считалось важным.

Новая коронавирусная инфекция – мощ-

ный стрессогенный фактор для населения. Социальная депривация, изменение привычного образа жизни, невозможность контактировать с близкими людьми, новости о большом количестве заболевших, летальных исходах, обеспокоенность по поводу своего будущего, всё это негативно повлияло на психическое

здоровье людей и психоэмоциональное состояние общества, что создало ситуацию пандемического стресса, так как психика многих людей оказалась менее устойчивой к психологическим последствиям пандемии.

Актуальность проблемы последствий коронавирусной инфекции обусловлена беспрецедентно высоким уровнем психического напряжения в обществе преимущественно в связи с воздействием стрессоров информационного характера, а также необходимостью приспособления к новым условиям жизнедеятельности, что явилось предрасполагающими факторами для развития реакции стресса и её дезадаптивного исхода с возникновением ряда психопатологических нарушений.

Феноменология и выраженность стрессовой симптоматики у переболевших COVID – 19 довольно разнообразна и прямо коррелирует с тяжестью заболевания. Наиболее часто встречаются характерные гнетущие воспоминания или представления, связанные с нехваткой воздуха и другими неприятными ощущениями острого периода; яркие сновидения на ту же тему с частыми пробуждениями, трудности засыпания, беспокойный, не освежающий сон; панические реакции с тахикардией, удушьем, неприятными ощущениями в груди, сопровождающиеся тревогой, страхом смерти и вегетативной реакцией; депрессивные расстройства; быстрая истощаемость и утомляемость и как следствие повышенная раздражительность, трудность в концентрации внимания, снижение работоспособности. Иногда развиваются иллюзии, психосенсорные расстройства и диссоциативные симптомы. Особенности личностного потенциала, включая доминирующие защитные психологические механизмы, влияют на экспрессию и модификацию феноменологических проявлений аффективных, стрессовых и тревожно – депрессивных расстройств.

Беспрецедентно высокий уровень напряжения в мире является достаточным основанием для того, чтобы все переживания, связанные с коронавирусной

реальностью, рассматривать как трудную жизненную ситуацию - широкий спектр событий и обстоятельств, предъявляющих повышенные требования к личности, её адапционным механизмам и ресурсам, связанных между собой коронавирусом содержанием, воспринимаемый людьми как угрозу безопасности и реализации жизненных целей [4].

Трудная жизненная ситуация в данном случае возникает за счёт неуравновешенности в системе отношений человека с окружающим миром, несоответствия между стремлениями, ценностями, целями субъекта и возможностями их реализации [8].

Наиболее характерным психическим состоянием, развивающимся под воздействием трудной жизненной ситуации, является стресс – это психологические и поведенческие реакции, отражающие состояние внутреннего беспокойства или его подавления, возникающие при действии чрезвычайных или патологических раздражителей и приводящие к напряжению неспецифических адаптационных механизмов организма [12]. Анализ психологического стресса у каждого человека требует учёта таких факторов, как значимость ситуации для субъекта, её интенсивность и продолжительность, когнитивные процессы, личностные особенности.

Социальный стресс связан с переживанием критических жизненных ситуаций, многие из которых по-настоящему драматичны (потеря близких, основных источников средств к существованию, социальные кризисы, отдаление от семьи и друзей и др.), и является наиболее опасным, так как представляет угрозу физическому, психологическому и психическому здоровью [1, 9, 15].

Пандемический стресс – это масштабная угроза существованию, распространяется значительно быстрее самого вируса, подготавливая для него благоприятную «почву» и повышая восприимчивость человека к возникновению инфекционного заболевания. Наиболее чутким индикатором пандемического стресса на начальных этапах его развития является

уровень психической адаптации. Первичным является эмоциональное восприятие коронавирусной ситуации как неприемлемой, негативной, отвергаемой, но до поры до времени, не имеющей к данному человеку непосредственного отношения. В дальнейшем трудная жизненная ситуация начинает восприниматься как экстремальная или критическая, а стресс – как пандемический стресс, требующий адаптационной перестройки функциональных систем человека, постепенной мобилизации и расходования адаптационных ресурсов [7].

Сталкиваясь с пандемическим стрессом, некоторые люди, начинают относиться к окружающему миру враждебно и настороженно, прекращают общения, поток вложений в себя, который в целях саморазвития должен осуществляться непрерывно, иначе развитие прекратится. Вследствие этого развивается депрессивное, тревожное состояние, невротические расстройства, которые разрушают их окончательно, вызвав отрицание жизни [14].

Пандемический ковидный стресс вызван такими психологическими особенностями, как: быстрая распространённость информации, массовое негативное восприятие экстремальной ситуации и её последствий, масштабность людей, вовлечённых в эту ситуацию, полиморфизм и неопределённость.

Для развития пандемического стресса важным фактором является состояние мотивационно – потребностной, эмоционально – волевой и когнитивной сферы личности, которые обуславливают субъективную, личностную значимость трудной жизненной ситуации, наличие готовности и возможности к её преодолению, способность выбора рациональной стратегии поведения в этих условиях.

Субъективное отношение к ковидному стрессору, зависящее от неповторимого индивидуального опыта, личностных особенностей, характера когнитивных процессов и психического состояния, представляет собой важный психологический механизм, определяющий особенности и уровень стресса. В этом случае необхо-

димо учитывать личностные особенности человека, которые могут приводить к эмоциональной насыщенности переживаний и преувеличению субъективной оценки сложившейся стрессогенной ситуации, имеющиеся в распоряжении ресурсы организма: внешние и внутренние [3].

Внешние (социальные) ресурсы – это материальные ценности, социальные статусы и социальные связи, которые обеспечивают поддержку социума, помогают человеку снаружи. Внутренние (личные) ресурсы – это психический личностный потенциал, характер и навыки человека, которые помогают изнутри. Те и другие ресурсы тесно связаны и при утрате внешних ресурсов постепенно происходит утрата ресурсов внутренних. Надёжные внешние ресурсы обеспечивают сохранность внутренних ресурсов, но только в том случае, если эти внутренние ресурсы уже есть. Иногда человек приобретает внешние ресурсы, ещё не имея внутренних, и это подобно воздушному шару, который в любой момент может лопнуть. И в этом случае развитие болезненных состояний (апатии, тревоги, депрессии и т.п.) намного более вероятно, чем в случае, когда индивид, который, не имея достаточных внешних ресурсов, вынужден их зарабатывать сам, в процессе автоматически формируя внутренние ресурсы. Однако, минимум начальных внешних ресурсов, изначальная поддержка социума необходимы [13].

И чем больше уже приобретённые внутренние ресурсы, тем выше способность субъекта восстанавливать при утрате ресурсы внешние, тем больше их сопротивляемость стрессу, сильнее воля, самосознание и самооффективность, стрессоустойчивость при сохранении целостности личности. Хорошо развитые внутренние ресурсы позволяют какое-то время существовать без внешних ресурсов, восстанавливать их с нуля, наращивать в любой ситуации и обеспечивать адаптацию, сопротивляясь средовым факторам.

Внутренние ресурсы – это запас автономии, это то, насколько хорошо, уверенно

и целостно может чувствовать себя личностью безо всякой поддержки социума, не прибегая к защитным иллюзиям и отрицанию, то есть чётко осознавая реальное положение дел, но выдерживая стресс и сохраняя себя. Запас автономии необходим, чтобы сохранять себя в ситуации стресса, утверждать свою субъектность, волю, самость и своё Я, не становиться безвольным объектом в ситуации стресса, неодушевлённым ресурсом. Превратить в неодушевлённый ресурс при определённых обстоятельствах можно любого человека, но чем выше запас его автономии, чем сильнее его субъективность, то есть интегрированная часть его личности, аутентичность, самость, тем сложнее разрушить его, тем больше его сопротивляемость и сила [11].

Следовательно, особенности личности обуславливают степень устойчивости к психическому стрессу или стрессоустойчивости. Стрессоустойчивость - совокупная характеристика устойчивости личности к возникновению различных форм реакций на стрессовые ситуации. Она определяется индивидуальными социально – психологическими, психофизиологическими, ценностными и мотивационными особенностями человека. Её основной чертой является способность выдерживать влияние стресс – факторов, сохраняя при этом внутреннюю гармонию и успешность деятельности [7].

Способ преодоления стресса и его интеграции в общий жизненный опыт во многом определяет качество жизни индивида и психологического благополучия в дальнейшем. Субъективное проживание этого опыта пронизано базовыми темами человеческой экзистенции, на которых держится весь жизненный опыт человека. Накопление опыта переживания коронавирусной реальности может оказывать неблагоприятное влияние на психологическое благополучие личности и качество его социальной жизни.

Существует широкий диапазон стратегий преодоления стресса, каждый из них специфичен, определяется субъективным значением переживаемой ситуации и отвечает преимущественно решению

одной из задач – решению переживанию, корректировке эмоционального состояния или регулированию взаимоотношений с людьми. Механизм реализации этих усилий основан на процессах когнитивного оценивания стрессогенной ситуации и личностных ресурсов [7].

На ранних стадиях стресса люди пытаются сражаться с продолжающимися стрессорами путём интенсивного вложения личных ресурсов, направленного на преодоление (копинг) разрушающего стресс – фактора. В случае дефицита ресурсов человек переключается на защитное (пассивное) поведение для сохранения и восполнения своих персональных ресурсов. При противостоянии длительному психологическому стрессу большинство людей использует защитные примитивные механизмы психологической защиты (пассивные способы реагирования на стресс), а не механизмы совладающего поведения (копинг – механизмы), как высокий уровень психологического развития личности, что нарушает их взаимоотношение с социумом, способствует возникновению беспокойства, неуверенности в себе, приводит к формированию психосоматической патологии, развитию симптомов невротического уровня, в частности астенических и тревожно – депрессивных проявлений, результатом чего становится неудовлетворённость качеством жизни во всех сферах.

Механизмы психологической защиты и механизмы совладающего поведения рассматриваются как важнейшие формы адаптационных процессов личности. Процессы совладания направлены на активное изменение ситуации и удовлетворение значимых потребностей, в то время как процессы компенсации и, особенно, защиты направлены на смягчение психологического дискомфорта. Отличие механизмов совладания от механизмов психологической защиты в том, что первые используются индивидом сознательно, а вторые - неосознаваемы и пассивны.

Для совладания с экстремальной коронавирусной ситуацией необходимо задействовать весь потенциал человека. Это возможно при опоре на личностные

ресурсы, объединив защитные механизмы и копинг – стратегии в целостную систему адаптационных реакций личности [2, 5,10].

К сожалению, никаких специально разработанных доказательных подходов к терапии и реабилитации данных пациентов не существует [1,6].

На базе Психиатрической больницы №1 г. Макеевки внедрён личностно – ориентированный подход, который делает основной мишенью при оказании психиатрической помощи личность пациента в контексте ее многоуровневого функционирования на биологическом, психологическом, социальном, культуральном и духовном уровнях.

В оказании квалифицированной помощи лицам с психическими нарушениями после перенесенной коронавирусной инфекции принимает участие мультидисциплинарная бригада, в состав которой входят: психиатр, психотерапевт, медицинский психолог. Помимо психофармакологической терапии данному контингенту больных активно назначаются тренинговые психотерапевтические процедуры.

С целью повышения уровня стрессоустойчивости и предотвращения возникновения психической дезадаптации, коррекции уже имеющихся психопатологических нарушений разработана программа экзистенциально-личностной реабилитации лиц с психическими нарушениями после перенесенной коронавирусной инфекции.

В качестве конкретно-целевых ориентиров реабилитационная программа включала: активацию самоактуализации – процесса наиболее полного раскрытия и развития потенциала личности, продуктивной и целостной самореализации собственных возможностей пациента; реконструкцию личностной направленности, путем восстановления индивидуальной ценностной системы и связанных с ней личностных смыслов и экзистенциально-личностное восстановление больного, а также три базовых модуля: модуль самоуправления болезнью, модуль самоуправления стрессом и модуль

субъективно-личностного восстановления.

Экзистенциально-личностная реабилитация осуществлялась с использованием двух разновидностей психотерапевтической тактики – пациент-центрированной и позитивной психотерапии.

Содержательная сторона экзистенциально – личностной реабилитации данного контингента больных представляла собой комплекс тренинговых процедур, направленных на активацию личностных ресурсов пациента (ресурсов совладания со стрессом), в частности, ресурсов жизнестойкости (стрессоустойчивости), саморегуляции и конструктивных копинг-стратегий: тренинг совладающего поведения, аутотренинг, тренинг жизнестойкости.

Комплексная оценка эффективности экзистенциально – личностной реабилитации показала, что позитивная динамика ресурсных возможностей наблюдалась у всех больных, включенных в программу экзистенциально – личностной реабилитации. Изменения касались как динамических, так и содержательных аспектов (в частности, изменений субъективных репрезентаций, смыслов, интерпретации и взаимодействия с затруднительными ситуациями) и выражались в изменении самочувствия, эмоционального фона и межличностных отношений.

У больных, включенных в реабилитационную программу, нарастала интенсивность используемых конструктивных вариантов копинг – стратегий и снижалась актуальность применения его неконструктивных вариантов, улучшились показатели жизнестойкости, что свидетельствует о достаточно высокой способности лиц гибко активизировать ресурсный потенциал копинг-стратегий и терапевтической эффективности предложенного комплекса экзистенциально – личностной реабилитации.

Таким образом, разработанная нами модель экзистенциально-личностной реабилитации, сфокусированная на субъективной сфере (внутреннем мире) пациентов и включавших различные тренинги совладания с трудными жизненными ситу-

ациями, показала достаточно высокую терапевтическую эффективность при психических нарушениях после перенесенной коронавирусной инфекции. Она выразилась в успешной коррекции функциональной недостаточности и неконструктивных копинг-стратегий больных, активации ресурсных возможностей и жизнестойкости.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Greenhalgh T., Knight M., Court C.A. et al. Management of post-acute COVID-19 in primary care// BMJ. – 2020, Aug. – Vol. 11. – P. 370. – m3026. –DOI:10.1136/bmj.m3026 (accessed June 12, 2021).
2. Kanner A.D., Coyne J.C. Schaefer C., Lazarus P.S. Comparison of two modes of stress measurement: daily hassles and uplifts versus major life events. Journal of Behavioral Medicine. 1981; 4 (1): 1-39.
3. Lazarus R.S., Folkman, S. Stress Appraisal and Coping. New York: Springer; 1984.456.
4. Lazarus R.S., Folkman, S. Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.445.
5. Maybery D.J., Graham D. Hassles and uplifts: including interpersonal events. Stress and health. 2001; 17 (2): 91-104.
6. National Institute for Health and Care Excellence. 2020. COVID-19 rapid guideline: Managing the long-term effects of COVID-19. NICE guideline (NG188). – Published date: 18 December 2020. – Available at: www.nice.org.uk/guidance/ng188 (accessed June 12, 2021).
7. Абрамов В.А. Коронавирусный стресс: риски для психологического здоровья человека. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2020; 3 (51): 4-15.
8. Анцупов А.Я., Шипилов А.И. Конфликтология: Учебник для вызов. М.:ЮНИТИ; 2000.551.
9. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. М.:ПЕР СЭ; 2006. 528.
10. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. СПб.: Питер; 2009. 336.
11. Краснякова А.А. Проблемы становления субъективности политически активной молодежи (Киев, Украина). Психология человека в современном мире. 2009; 5:27-29.
12. Селье, Г. Стресс без дистресса. М.: Прогресс; 1979. 49.
13. Тышкова М.Н. Исследование устойчивости личности детей и подростков в трудных ситуациях. Вопросы психологии. 1987. №1. 27-34.
14. Чудновский В.Э. Становление личности и проблема смысла жизни. М.: Изд-во Моск. Психолого-социального ин-та; Воронеж: НПО «МЛДЭК»; 2006. 173.
15. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. СПб.: Питер; 2006.256.

Сведения об авторах

Бабура Е.В., врач-психиатр
Психиатрическая больница № 1,
Макеевка, ДНР

УДК 618.5-089.5:618.1

Абазова И.С., Тутуков И.С., Шомахова Б.Ю., Кабалоева М.В.
ГБУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ КБР, г.Нальчик
ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им.Х.М.Бербекова»,
г.Нальчик

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Под критическим состоянием следует понимать крайнюю степень любой, в том числе ятрогенной, патологии, при которой требуется искусственное замещение или поддержание жизненно важных функций, т.к. собственные компенсаторные механизмы оказываются несостоятельными [2].

При общей тенденции в медицине к профилизации и самостоятельности направлений провести четкую грань между анестезиологией, реаниматологией, неотложной медициной оказалось весьма сложно, особенно при ориентации не на организационные рамки, а на их содержание. Они взаимосвязаны, дополняют и обогащают друг друга [1]. В экстремальных условиях неотложная помощь на догоспитальном этапе рассматривается в качестве важнейшей составной части реаниматологической помощи. Наоборот, разработанная в стране в последние годы концепция развития системы скорой помощи, ориентированная на повседневную практику, в определенной мере распространяется и на анестезиологическую помощь, и на интенсивную терапию в стационарах. Более того, когда анестезия у тяжелообольного или пострадавшего, очень трудно провести грань между анестезиологией и реаниматологией, тем более что в прикладном аспекте они являются составными частями единой специальности.

Ключевые слова: анестетики, бензодиазепины, кетамин, инфузионная терапия, сочетанная травма, черепно-мозговая травма.

ВВЕДЕНИЕ

При сочетанных травмах задачей анестезиолога-реаниматолога является оптимизация условий функционирования ЦНС и других важных органов и систем пострадавшего.

Первоочередной задачей является диагностика нарушений гемодинамики и дыхания, а также, их скорейшая коррекция. У пострадавших с наличием ЧМТ оценка тяжести церебрального повреждения проводится по стандартизированным схемам, наиболее распространенной и часто употребляемой из которых является Шкала комы Глазго[1].

Сложность проведения адекватной предоперационной оценки и самого анестезиологического пособия у пострадавшего с сочетанной травмой обусловлена поражением не только ЦНС, но и других органов и систем.

Клиническая часть. Кратко рассмотрим основные моменты различных вариантов сочетанной ЧМТ.

ЧМТ и скелетная травма. Сочетание ЧМТ с переломами трубчатых костей является одним из наиболее частых вариантов сочетанной травмы. Шок и жировая эмболия являются основными осложнениями у пострадавших с этим вариантом сочетанной травмы. Объем инфузионной терапии у пострадавших с шоком должен быть ориентирован на восполнение объема циркулирующей крови (ОЦК).

Из инфузионных растворов оптимальным является сочетание кристаллоидов и коллоидов, а с учетом интракраниальных поражений – гипертонический раствор натрия хлорида. Жировая эмболия церебральных сосудов может обусловить развитие очаговой неврологической симптоматики, однако чаще страдают лёгкие, причем развитие дистресс-синдрома может наблюдаться крайне быстро [6]. Имобилизация сломанных конечностей, обезболивание и немедленный остеосинтез в условиях общей анестезии – основа профилактики развития осложнений.

Крайне неблагоприятной ситуацией является сочетание **ЧМТ и спинальной травмы**, в особенности, шейного отдела позвоночника. Даже у пострадавших с предположительно изолированной ЧМТ анестезиолог должен быть крайне осторожным в отношении скрытой травмы шейного отдела позвоночника с её нестабильностью. Наибольший риск таких больных представляет интубация трахеи. Разумными альтернативами в этой ситуации является проведение интубации трахеи с внешней мануальной фиксацией или выполнение трахеостомии, применение интубации трахеи по бронхоскопу. Пострадавшие с сочетанной **ЧМТ и лицевой травмой** также могут представлять определенные проблемы. Частота обструкции верхних дыхательных путей у таких пациентов достаточно высока, а проведение масочной вентиляции зачастую просто неосуществима. Трахеостомия у таких пациентов является наиболее предпочтительной, в особенности при прогнозе необходимости длительной ИВЛ [4].

Сочетание поражения внутренних органов существенно отличается в зависимости от механизма повреждения. При закрытой травме поражение внутренних органов имеет распространенный характер, а при проникающих ранениях – сконцентрирована вокруг раневого канала.

Главным условием проведения адекватного анестезиологического обеспечения у пострадавших с сочетанной травмой является наличие у анестезиолога достаточных знаний по патофизиологии как интракраниальной системы, так и других органов и систем организма в условиях травматической болезни. Это позволяет анестезиологу правильно оценить состояние пострадавшего, выбрать адекватную схему индукции и поддержания анестезии и инфузионно-трансфузионной терапии, прогнозировать, быстро диагностировать и эффективно корректировать развивающиеся осложнения [3].

Премедикация – это комплекс лекарственных препаратов, который вводится до индукционного агента с целью уменьшения или предотвращения нежелательных реакций.

Индукция анестезии и интубация трахеи являются важнейшими этапами анестезиологического пособия. При выборе лекарственных препаратов необходимо учитывать, что все ингаляционные анестетики вызывают, несмотря на депрессию церебрального метаболизма, значительное увеличение минутного кровотока, внутричерепного объема крови и повышение внутричерепного давления. Все внутривенные анестетики, за исключением кетамина, наоборот, вызывают снижение минутного кровотока, метаболизма, внутричерепного объема крови и внутричерепного давления [1,7].

К сожалению, все анестетики, используемые в индукционных дозах, вызывают достаточную депрессию системной гемодинамики. Исключение составляет кетамин, который при сочетании с бензодиазепинами является препаратом выбора для индукции анестезии у пострадавших с нестабильной гемодинамикой. У пациентов без выраженных гемодинамических нарушений предпочтительнее комбинация барбитуратов или бензодиазепинов с наркотическими анальгетиками. Барбитураты и бензодиазепины оказывают положительное влияние на центральную нервную систему, а включение в схему индукции наркотических анальгетиков позволяет у большинства пациентов эффективно блокировать прессорную реакцию на ларингоскопию и интубацию трахеи. Проведение интубации трахеи может представлять определенную проблему у пострадавших с сочетанной травмой. Во первых, это наличие полного желудка, риск регургитации с последующим развитием тяжело протекающих аспирационных пневмоний. Введение желудочного зонда через рот провоцирует натуживание и кашель, что отрицательно оказывает на интракраниальную систему (повышение ВЧД). Введение желудочного зонда противопоказано через один из носовых ходов даже при подозрении на перелом основания черепа. Простым и эффективным методом является применение приёма Селика [4].

Задачи инфузионной терапии у пострадавших с сочетанной травмой сводится к

к четырём основным моментам:

1. Поддержание объёма циркулирующей крови;
2. Поддержание кислородно-транспортной функции крови;
3. Поддержание водно-электролитного баланса и коррекция его выраженных нарушений;
4. Умеренная дегидратация мозгового вещества и профилактика отека мозга.

Целями инфузионной противошоковой терапии отвечают ГЭК и декстраны. Предпочтительнее использовать декстраны, т.к. они обладают ингибирующим действием как на механизмы активации каскадного ответа организма, так и на лейкоцитарно-эндотелиальное взаимодействие[5]. Считается, что декстран является самым безопасным плазмозаменителем. Принцип терапии при помощи малых объёмов гипертонических растворов представляется весьма ценным, т.к. приводит к быстрому и эффективному перераспределению жидкости из внутриклеточного и интерстициального сектора в сосудистое русло. Возникающая гемоделиция и снижение вязкости крови улучшает венозный возврат и повышает преднагрузку. Одновременно уменьшается постнагрузка вследствие сосудорасширяющего эффекта, присущего гипертоническому раствору. За счет этих благоприятных эффектов увеличивается сердечный выброс и обеспечивается стабилизация гемодинамики. Эффект гипертонического раствора носит кратковременный характер.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По данным отделений анестезиологии и реанимации ГБУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ КБР за 2021гв отделение поступило 237 пострадавших с сочетанной травмой, из них в крайне тяжелом состоянии 128. Переведены с улучшением в отделение сочетанной травмы – 159, летальный исход – 44. Прооперировано пациентов с сочетанной травмой – 193, из них с ЧМТ – 79. Летальный исход на операционном столе – 2 пострадавших в связи с травмой несовместимой с жизнью.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Полушин Ю.С. Анестезиология и реаниматология руководство для врачей, Спб., 2004.- С. 460-463, 691-695
2. Зильбер А.П. Медицина критических состояний: общие проблемы. – Петрозаводск: Издательство ПГУ, 1995. – 360с.
3. Абазова И.С., Жашуева Л.Ю., Кишев А.Х. и др. Анализ проведенной инфузионно-трансфузионной терапии при тяжелой сочетанной травме Материалы первого конгресса анестезиологов и реаниматологов Юга России, Ростов/Дону, 2014.- С.8-12
4. Крылов В.В., Петриков С.С., Белкин А.А. Лекции по нейрореанимации.-М.: Медицина, 2009. – С.17-18
5. Купер Н., Форрест К., Крэмп П. неотложные состояния. Принципы коррекции// Пер. с англ. – М.: Медицинская литература, 2008.- 216с.
6. Kretschmer V. Einfluss niedermolekularer Hydroxyethylstärke unterschiedlicher Ausgangssubstanz auf die Hamostase // Inaugural-dissertation. Zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Medizin dem Fachbereich Humanmedizin der Philipps-Universität Marburg vorgelegt von Susanne Karopka aus Brilon Varburg, 2006
7. Zandler R. Fluid Management // Medizinisch Verlagsgesellschaft mbh. – Melsungen. – 2006.

Сведения об авторах

Абазова И.С., к.м.н, заведующая отделением анестезиологии-реаниматологии ГБУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ КБР, доцент кафедры общей хирургии медицинского факультета ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М.Бербекова».
Адрес: 360004, Кабардино-Балкария, г.Нальчик, ул.Ногмова,93.
Email: abazova_inna@mail.ru

Тутуков А.Б., кмн, заведующий
торакальным отделением
ГБУЗ «Республиканская клиническая
больница» МЗ КБР, доцент кафедры
общей хирургии медицинского
факультета
ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский
государственный университет
им. Х.М.Бербекова».
Адрес: 360004, Кабардино-Балкария,
г.Нальчик, ул.Ногмова,93.
Email: tutukovab@mail.ru

Шомахова Б.Ю., кмн, заведующая отделе-
нием эндоскопии ГБУЗ «Республиканская
клиническая больница» МЗ КБР, доцент
кафедры госпитальной хирургии ГБУЗ
«Республиканская клиническая больница»
МЗ КБР, доцент кафедры
общей хирургии медицинского
факультета
ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский
государственный университет
им. Х.М.Бербекова».
Адрес: 360004, Кабардино-Балкария,
г.Нальчик, ул.Ногмова,93.
Email:bismella@newmail.ru

Кабалоева М.В., врач
анестезиолог-реаниматолог
отделения
анестезиологии-реанимации
ГБУЗ «Республиканская клиническая
больница» МЗ КБР. Адрес: 360004,
Кабардино-Балкария, г.Нальчик,
ул.Ногмова,93.
Email:tamikstar@rambler.ru

Тутуков А.Б., Абазова И.С., Абу Тог Недадь, Шомахова Б.Ю.

ГБУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ КБР, г. Нальчик

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М.Бербекова»,
Нальчик

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ГРУДИНЫ

Травма грудной клетки составляет от 5 до 10% случаев госпитализации в травматологические центры и составляет 5% смертности. Ушиб легких может произойти как при наличии, так и без переломов вышележащих лёгких или травмы грудной стенки и грудины [1].

Ключевые слова: грудина, переломы, мониторинг, фентанил, севоран.

ВВЕДЕНИЕ

От общего количества закрытых травматических поражений грудной клетки, переломы грудины встречается в 5%. Перелом грудины может быть изолированным или встречаться в составе сочетанных травм груди. При сочетанных травмах отмечается высокая летальность в 25-45% в основном из-за сопутствующих травм внутренних органов и тяжелых нарушений дыхания.

В 2010-2021 гг. в торакальном отделении ГБУЗ «РКБ» МЗ КБР, кафедры факультетской и эндоскопической хирургии медфака КБГУ находилось на стационарном лечении 27 пациентов с переломом грудины. Мужчин было 25, женщин - 2. Возраст пациентов варьировал от 21 до 72 лет, средний возраст составил 33,6 лет. Причиной переломом грудины возникали в результате дорожно-транспортного происшествия (при ударе грудью о рулевую колонку), сильного прямого удара в грудь или сдавления грудной клетки между деформированными частями автомобиля и сочетается с множественными переломами ребер.

С целью уточнения характера перелома грудины проводилось рентгенологическое исследование грудной клетки в 2-х проекциях, КТ грудной клетки. С целью исключения ушиба сердца проводилась ЭКГ, ЭХО-кардиография, пациент осматривался анестезиологом, терапевтом, кардиологом. С целью исключения травмы органов брюшной полости, почек проводилось УЗИ исследование брюшной полости, почек. Перелом грудины

сочетался с черепно-мозговой травмой у 7 пациента, у 8 пациентов диагностированы переломы ребер, гемоторакс. 20 пациентам проводилась комплексная консервативная терапия. Назначались антибиотики, анальгетики, муколиты, кардиотропные средства, дыхательная гимнастика, ЛФК.

7 пациентам произведена операция - открытая репозиция фрагментов и остеосинтез грудины. Показанием для оперативного лечения при переломе грудины являлось смещение фрагментов грудины по длине и ширине, наличие гематомы, нестабильность грудины. С целью профилактики осложнений операцию проводили в ранние сроки после получения травмы, в среднем на 1-2 е сутки под общим обезболиванием.

Протокол проведения анестезиологического пособия при переломах грудины включал предоперационный период, интраоперационный и послеоперационный периоды. Предоперационный период заключается в осмотре пациента, при котором определяется тяжесть состояния и физического статуса больного по ASA. Назначения премедикации (таблетированный приём бензодиазепинов, дополнительное введение в/м медролола или реланиума за 15 – 20 минут до подачи больного в операционную).

Интраоперационный период включал в себя мониторинг – пульсоксиметрия, неинвазивное АД, капнография, мониторинг температуры тела, сохранение тепла и влажности, мониторинг ЭКГ в 3 отведениях с анализом сегмента ST, TOF

и BIS – мониторинг. Сосудистый доступ – периферическая вена (для индукции анестезии), центральная вена (внутренняя яремная или подключичная). Проведение ИВЛ – использование кислородно – воздушной смеси ($FiO_2 = 0,5$) с ингаляционным анестетиком. Частота дыхания и объём вентиляции лёгких определяется с учётом веса и возраста больного, показателей капнографии, соотношение вдох/выдох 1:2. Контроль газов в вдыхаемой и выдыхаемой газовой смеси проводится постоянно [2]. Объём инфузионной терапии определяется исходным волемическим статусом, объёмом операционной кровопотери.

Индукция анестезии должна обеспечивать отсутствие прессорной реакции на интубацию трахеи, но и не вызывать депрессию системной гемодинамики. Фентанил является обязательным компонентом индукции (доза 2,9 мкг/кг). В качестве гипнотика используется диприван на фоне вспомогательной ИВЛ кислородно – воздушной смеси через маску наркозного аппарата. Базис – наркоз осуществляется севораном. Для достижения стабильных гемодинамических показателей во время оперативного вмешательства конечная выдыхаемая концентрация севорана составляет 1,0 – 1,5 об.%, при использовании пропофола в поддерживающей дозировке 2,0 – 2,5 мг/кг/час. Среди современных ингаляционных анестетиков севоран обладает наименее выраженным раздражающим действием на дыхательные пути, что снижает риск таких осложнений, как постнаркозные ларингоспазмы, кашель, затруднение дыхания. Благодаря кардиопротективному действию севоран обеспечивает дополнительную безопасность применения, обеспечивая гемодинамическую стабильность, не влияя на частоту сердечных сокращений (ЧСС), уменьшая повреждающие эффекты ишемии. Комбинированная ингаляционная анестезия с применением севорана и пропофола обеспечивает нормальный гемодинамический профиль при длительных торакальных операциях. Использование севорана обеспечивает более быстрое постнаркозное восста-

новление [4]. Низкопоточная анестезия в режиме низкого газотока на основе севорана при операциях на грудной клетке обеспечивает сокращение количества ближайших и отдаленных осложнений в послеоперационном периоде.

Ранний послеоперационный период важен не менее, чем само оперативное вмешательство. Все это возможно при гладком выходе из наркоза и поддержании адекватного перфузионного давления. Для пациентов торакального профиля, которые представляют собой группу «повышенного риска» в возникновении ПОТР, тошнота и рвота – это не только негативная психоэмоциональная реакция организма, но и риск возникновения аспирации и асфиксии. Для снижения частоты возникновения послеоперационной тошноты и рвоты при проведении ингаляционной анестезии севораном, к концу операции на этапе ушивания кожи введение пропофола прекращали, так как больные этой группы должны быть пробуждены как можно раньше. Эффективное послеоперационное обезболивание проводим с использованием НПВС, анальгетиков по необходимости. Осложнений после операции не отмечалось [3].

ВЫВОДЫ

При переломах грудины и значительном смещении костных фрагментов исход определяется тяжестью сопутствующих повреждений органов грудной клетки. Профилактика включает также мероприятия по предупреждению автодорожного и производственного травматизма.

Перелом грудины является тяжелой травмой и сопровождается высокой летальностью. С целью ранней активизации пациентов с переломами грудины и профилактики осложнений пациентам показано оперативное лечение-остеосинтез грудины.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Григорьев Е.В Руководство по критической медицине. Спб, издательство «Человек», 2019. - т.2. - С.1682-1683

2. Абазова И.С., Тутуков А.Б., Абу Тог Недадь Общие принципы анестезии у больных со стерномедиастенитом перенесших операцию на сердце Материалы науч-практ. Конференции «Здоровье нации в XXI веке», Краснодар, 2020. - С.15-19
3. Tovar J.A. the lung and pediatric trauma. Semin Pediatr Surg.2008\$ 17 (1). 53-59
4. Chatterjee D., QAgarwal R., Bajaj L., Teng S.N., Prager J.D. Airway management in laryngotracheal injuries from blunt neck trauma. Paediatr Anaesth. 2016; 26 (2): 132-138

Сведения об авторах

Абазова И.С., кмн, заведующая отделением анестезиологии-реаниматологии ГБУЗ Республиканская клиническая больница» МЗ КБР, доцент кафедры общей хирургии медицинского факультета ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им.Х.М.Бербекова».
Адрес: 360004, Кабардино-Балкария, г.Нальчик, ул.Ногмова,93.
Email: abazova_inna@mail.ru

Тутуков А.Б., кмн, заведующий торакальным отделением ГБУЗ Республиканская клиническая больница» МЗ КБР, доцент кафедры общей хирургии медицинского факультета ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им.Х.М.Бербекова».
Адрес: 360004, Кабардино-Балкария, г.Нальчик, ул.Ногмова,93.
Email: tutukovab@mail.ru

Шомахова Б.Ю., кмн, заведующая отделением эндоскопии ГБУЗ Республиканская клиническая больница» МЗ КБР, доцент кафедры госпитальной хирургии медицинского факультета ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им.Х.М.Бербекова».
Адрес: 360004, Кабардино-Балкария, г.Нальчик, ул.Ногмова,93.
Email: bismella@newmail.ru

Абу Тог Недадь, врач-ординатор отделения торакальной хирургии ГБУЗ Республиканская клиническая больница» МЗ КБР, аспирант кафедры факультетской и эндоскопической хирургии медицинского факультета ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им.Х.М.Бербекова».
Адрес: 360004, Кабардино-Балкария, г.Нальчик, ул.Ногмова,93.

Мальцева О.С.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» МЗ РФ (г.Москва)

**ПЕДИАТРИЯ И НЕОНАТОЛОГИЯ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ
(АЛГОРИТМЫ ДЕЙСТВИЯ ПРИ ЧС)****АКТУАЛЬНОСТЬ**

Обеспечение безопасности детей имеет не только медицинское, но и стратегическое значение. История знает печальные примеры: в июле 1941 года более 160 тысяч детей без родителей эвакуировали из Ленинграда в южные районы области, прямо навстречу наступающим фашистам. Около половины детей были дошкольного возраста, при этом один взрослый обеспечивал безопасность 50 детей, медицинское обслуживание складывалось из расчёта «одна медсестра на 300 детей, один врач – на 500». Дети находились на узловых железнодорожных станциях, попадали под бомбёжки и налёты, погибали, пропадали без вести, а родители, узнав о трагедии, покидали рабочие места и самостоятельно отправлялись на поиски. Впоследствии родители, потерявшие своих детей, требовали судить организаторов поспешной и неправильной, по их мнению, эвакуации. Однако имеются документальные свидетельства о том, что мероприятие было осуществлено по довоенному плану. Наиболее вероятным противником считалась Финляндия, угроза Ленинграду ожидалась с севера, эвакуация планировалась на юг. У властей не было никакой импровизации. Когда началась война, ряд чиновников сомневались в правильности выбранного направления, но боялись проявить инициативу.

На сегодняшний, мирный день ситуация далека от идеальной. Есть три нормативных акта, регламентирующих деятельность медицинской службы при чрезвычайной ситуации. Один из них совсем свежий – конец 2020 года. И ни в одном из них не выделено, что делать при большом количестве пострадавших детей. Нет акта-инструкции, прочитав который, можно получить чёткий план действий. В то же время, по данным Генеральной

Прокуратуры РФ в нашей стране десятки тысяч детей умирают ежегодно от травм, убийств, самоубийств, отравлений. Несчастные случаи вызывают у детей и подростков больше смертей и тяжелых травм, чем все заболевания вместе взятые. При этом, опыт оказания медицинской помощи детям в чрезвычайных ситуациях в нашей стране проанализирован весьма скромно и касается, в основном, хирургической помощи.

ЦЕЛЬ

Формирование алгоритма действий врача экстренной специальности (анестезиолога-реаниматолога, хирурга) на догоспитальном этапе, в условиях, когда пострадавшие – дети в большом количестве.

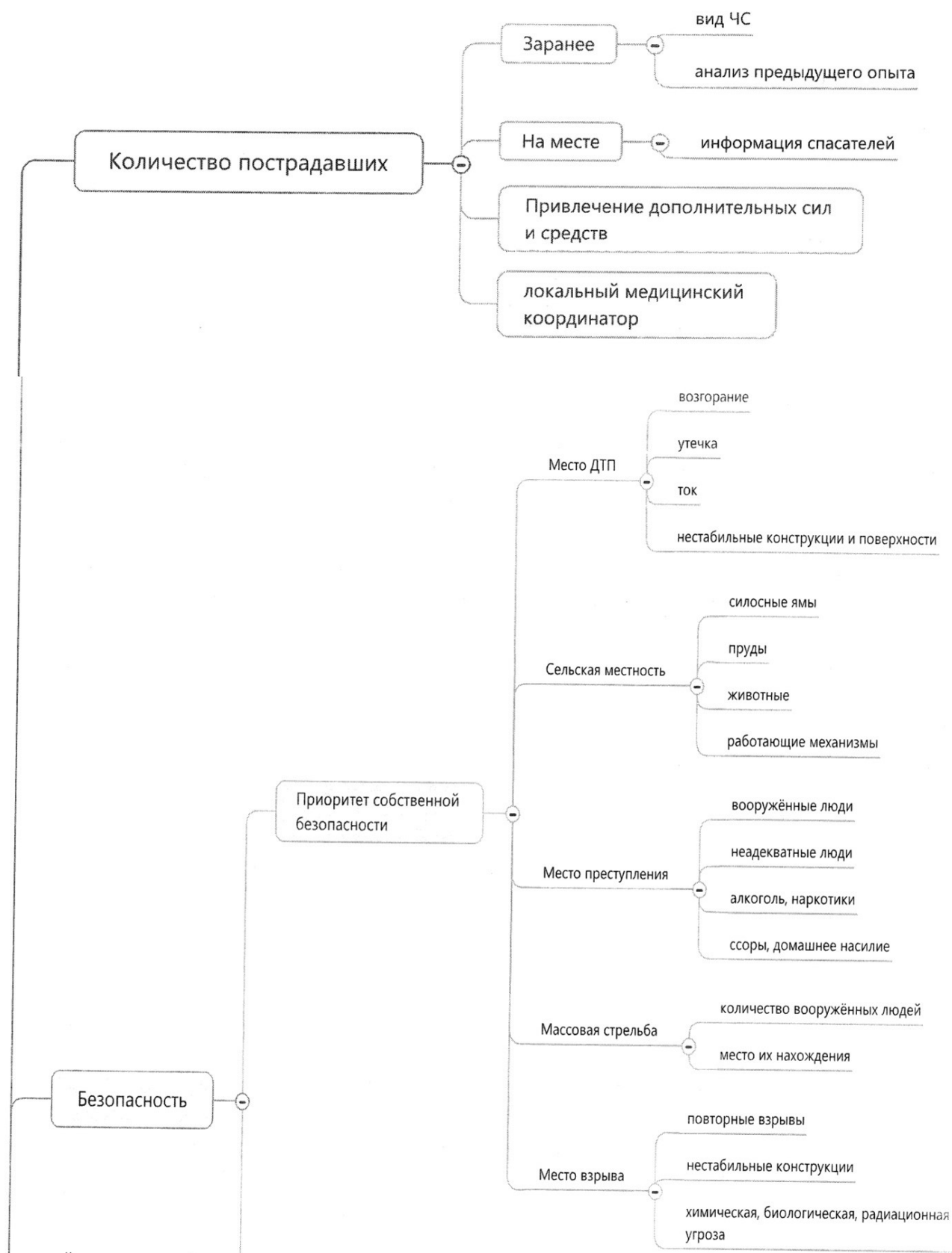
РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Первое, наиболее важное действие – понять, с каким количеством пострадавших предстоит работать. При возможности, это необходимо сделать заранее, до прибытия на место происшествия. При природных ЧС количество пострадавших детей соотносится с процентом детского населения, проживающим на данной территории. При техногенных – зависит от места, времени возникновения и её характера. При социальных – может достигать 45% от общего числа пострадавших.

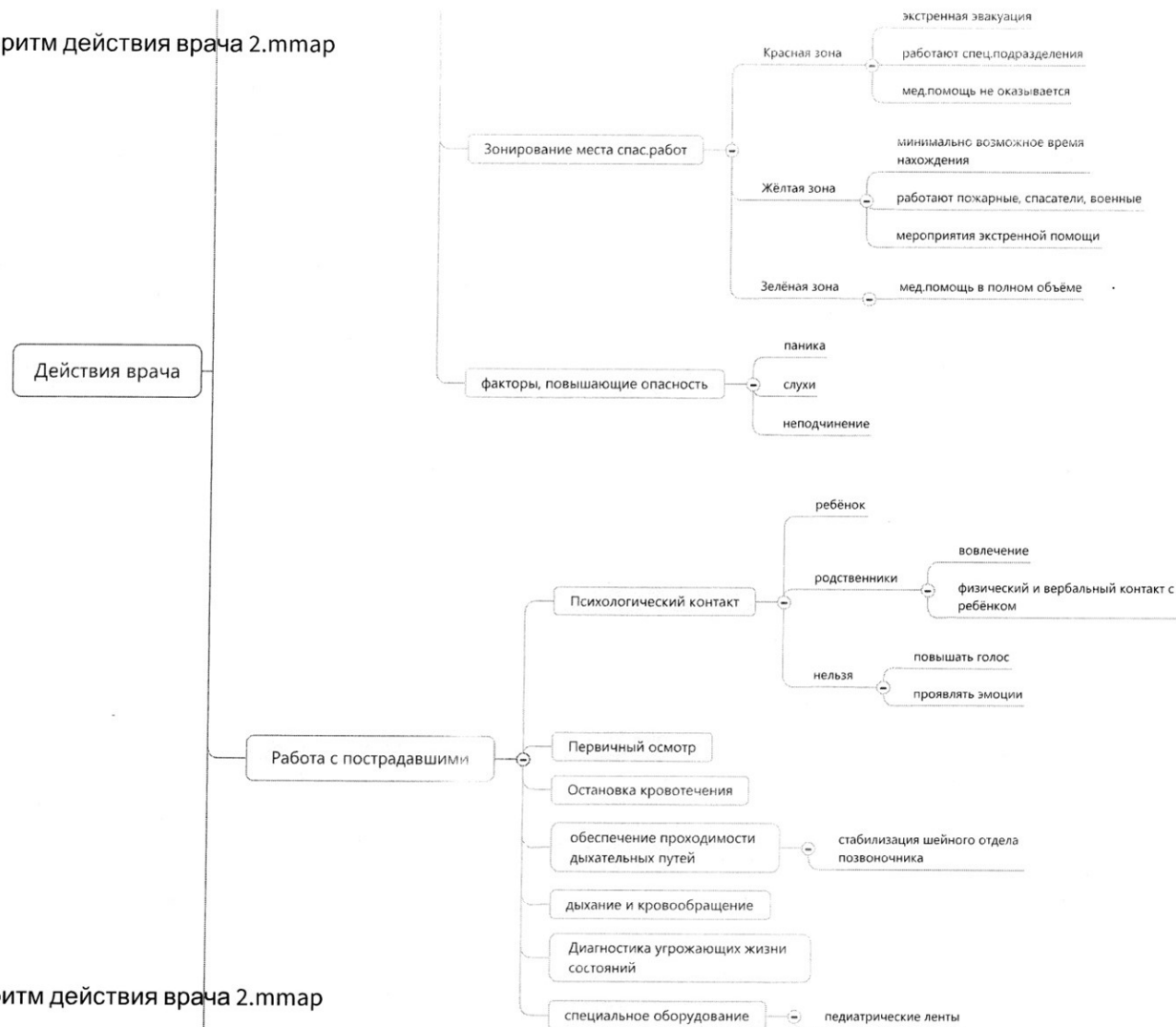
Второе действие при работе вне лечебных учреждений – убедиться в собственной безопасности и зонировать место проведения спасательных работ.

В красной зоне факторы окружающей среды прямо и непосредственно угрожают жизни людей. Медицинская помощь не оказывается, проводится экстренная эвакуация силами специалистов, имеющих соответствующую подготовку и экипировку.

В жёлтой зоне опасные факторы могут быть полностью или частично нейтрали-

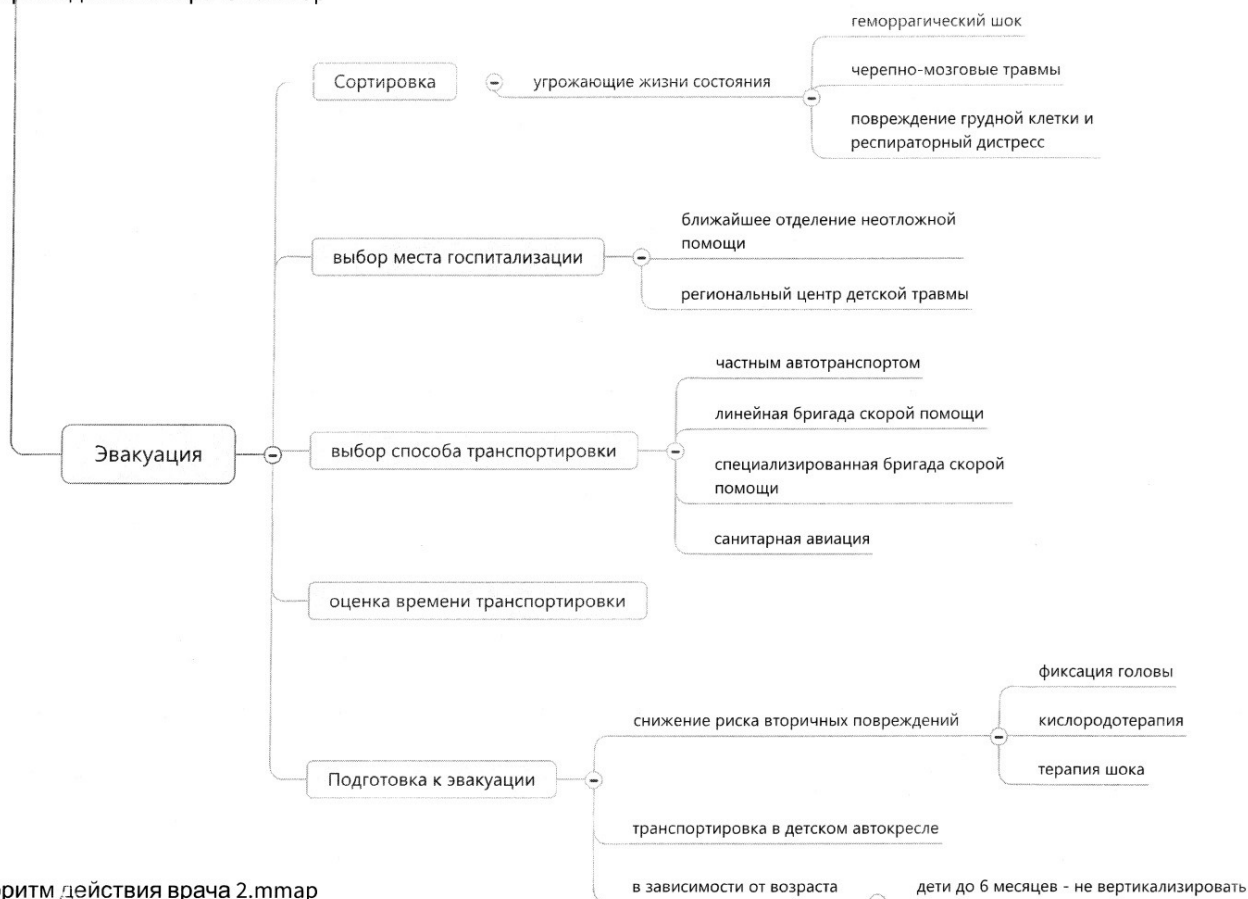


Алгоритм действия врача 2.мтар



Алгоритм действия врача 2.мтар

Алгоритм действия врача 2.мтар



Алгоритм действия врача 2.мтар

зованы доступными средствами защиты. Тем не менее, необходимо минимизировать время нахождения пострадавших в этой зоне, поэтому выполняются только жизнеспасающие мероприятия, как правило, силами спасателей, пожарных, военных.

Зелёная зона считается условно безопасной, факторы окружающей среды не оказывают выраженного негативного воздействия на тех, кто в ней находится. Помощь оказывают медработники в полном объёме.

Также необходимо предотвратить факторы, повышающие опасность внешнего воздействия: панику, распространение ложных слухов, неповиновение должностным лицам. Кратко охарактеризовать этот пункт помогает поговорка спасателей: «Количество пострадавших увеличивается на число не подумавших».

Третьим действием, как отечественные, так и зарубежные специалисты считают установление психологического контакта с пострадавшим ребёнком. Если есть члены семьи, необходимо заслужить их доверие и вовлечь в процесс помощи ребёнку. После чего необходимо провести осмотр и определить угрожающие жизни состояния и необходимость экстренной транспортировки в стационар. В педиатрической практике к таким состояниям относятся геморрагический шок, черепно-мозговые травмы, повреждение грудной клетки и респираторный дистресс.

Четвёртое действие – сортировка пострадавших, проведение жизнеспасающих мероприятий, определение способа медицинской эвакуации и подготовки к ней.

На всех этапах работы необходимо помнить, что дети – это не маленькие взрослые, знать анатомо-физиологические особенности детского организма и применять их на практике. У детей возникают иные, чем у взрослых повреждения и они по-другому на них реагируют, психологически и физически.

ВЫВОДЫ

Таким образом, предложены алгоритм оказания помощи при ЧС у детей.

Сведения об авторах

Мальцева О.С.

врач анестезиолог-реаниматолог