Некоторые особенности респираторной поддержки, проводимой авиамедицинскими бригадами при медицинской эвакуации пациентов с острой дыхательной недостаточностью

С.А. Гуменюк, Г.В. Шептунов, В.И. Потапов, А.Ю. Сысоев

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения города Москвы»

Цель – выявление особенностей выполнения респираторной поддержки у пациентов с острой дыхательной недостаточностью (ОДН) при проведении медицинской эвакуации вертолетами легкого класса.

Результаты и их вклад. Проведен анализ данных, содержащихся в автоматизированной информационно-аналитической системе «Медицина катастроф города Москвы» Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Научно-практический центр экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения города Москвы» (ЦЭМП), касающихся особенностей выполнения респираторной поддержки у пациентов с тяжелой формой ОДН за последние 5 лет (2016 – 2020 гг.), экстренная медицинская помощь была оказана 53579 пациентам, из них 298 (0,5%) находились в крайне тяжелом и тяжелом состоянии. В 255 случаях (85,6%) медицинская эвакуация проведена бригадами ЦЭМП, из них 140 (47,0%) – авиамедицинскими бригадами (АМБ).

Особенностями респираторной поддержки, проводимой АМБ, являются более жёсткие требования к выбору метода и способа обеспечения проходимости верхних дыхательных путей (ПВДП), чем при транспортировке «большой» санавиацией. Это обусловлено ограниченностью пространства в салоне вертолёта, затрудняющей проведение интубация трахеи, катетеризации вен и невозможностью остановки в пути следования для проведения дополнительных манипуляций. Врачи АМБ при подготовке пациентов к транспортировке вынуждены придерживаться более агрессивной тактики, чем врачи «наземных» бригад, или «большой» санавиации, а зачастую – и чем врачи отделений реанимации и интенсивной терапии.

Пациенты с угнетением сознания до сопора и глубже переводились на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) с применением медикаментозной седации и интубации трахеи до начала транспортировки. Подобная тактика использовалась при оказании экстренной медицинской помощи пациентам с нестабильной гемодинамикой, выраженной дыхательной недостаточностью и непосредственной угрозой остановки кровообращения. Когда бригадами СМП или в стационарах до прибытия АМБ осуществлялось адекватное обеспечение ПВДП и вентиляции лёгких, реинтубация трахеи не производилась. Исключение составили пациенты с нарастающей обструкцией верхних дыхательных путей.

При кардиальной патологии предпочтение отдавалось неинвазивной ИВЛ в режиме НПДДП (непрерывное положительное давление в дыхательных путях) с использованием герметически прилегающей лицевой маски, позволяющей сохранять вербальный контакт с больным и снизить травматичность респироваторной поддержки.

При инвазивной ИВЛ предпочтение отдавалось оротрахеальной интубации. ИВЛ через эндотрахеальную трубку, установленную назотрахеально или трахеостому, производилась при межстационарных переводах, а коникотомия – на месте происшествия при невозможности обеспечения ПВДП другим средствами. Эзофаголарингеальные трубки и «Комбитьюб» использовались на фоне уже проводимой сердечно-легочной реанимации в сложных условиях на месте происшествия. При выборе режима ИВЛ, как правило, отдавали предпочтение режиму с сохранением элементов спонтанного дыхания. При невозможности добиться адекватной вентиляции этими методами и необходимости миоплегии или введении миорелаксантов, перед интубацией трахеи применялись режимы принудительной ИВЛ без сохранения элементов спонтанного дыхания.

Контактная информация Потапов Владимир Игоревич, e-mail: potapof48@mail.ru; тел.: 8(985)305-22-12