Объединяясь для спасения жизни

НПО ВНМ

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

5-й СЪЕЗД ВРАЧЕЙ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНЫ

ВЫЗОВЫ СОВРЕМЕННОСТИ И НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНА

К 10-ЛЕТИЮ СОЗДАНИЯ ОБЩЕСТВА НПО ВНМ И НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ЖУРНАЛА им. Н.В. СКЛИФОСОВСКОГО «НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

15–16 ОКТЯБРЯ 2021 г.

МОСКВА

ентов с новой коронавирусной инфекцией, осложненной ТЭЛА.

Материалы и методы. В исследование включены 22 пациента, находившихся на лечении с диагнозом «Коронавирусная инфекция (*COVID*-19)» в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. В период с апреля 2020 по июнь 2021 г. Им были установлены кава-фильтры в просвет нижней полой вены. При поступлении у всех больных оценивали КТ- картину поражения легких. Также всем пациентам выполняли дуплексное сканирование нижней полой вены и вен нижних конечностей для оценки их проходимости, локализации и протяженности тромбоза, длины флотирующего фрагмента верхушки тромба и степени его флотации. Исследование выполняли на ультразвуковом сканере *EPIQ* 5 (*Philips*) линейным датчиком в диапазоне сканирования 5–13 МГц и конвексным датчиком в диапазоне сканирования 1–6 МГц.

Результаты. В период с 21 марта 2020 по 31 мая 2021 г. на лечении по поводу *COVID*- 19 находились 3625 пациентов. Всем пациентам проводили антикоагулянтную терапию. Тромбоз вен нижних конечностей с признаками флотации был выявлен у 22 больных (0,6%). С целью профилактики развития ТЭЛА этим пациентам был установлен кава-фильтр. Среди обследованных пациентов в 6 случаях (27%) выявлен илеофеморальный тромбоз; в 13 (59%) – тромбоз бедренных вен и в 3 (14%) – тромбоз глубоких вен голени. Высокая степень флотации верхушки тромба была диагностирована у 9 пациентов (41%), средняя степень – у 7 пациентов (32%), низкая степень – у 6 пациентов (27%).

КТ-картина поражения легких среди данных больных распределилась следующим образом: КТ-I – 7 больных (32%), КТ-II – 3 (13%), КТ-III – 7 (32%) и КТ-IV – 5 (23%). Состоявшаяся ТЭЛА была диагностирована у 5 пациентов (22%). У 17 пациентов (78%) не было выявлено тромбоэмболических осложнений. После имплантации кава-фильтров умерли 10 пациентов (45%); поражение легких у них распределялось так: КТ-I – 3 больных (30%); КТ- II – 1 (10%); КТ-III – 5 (50%); КТ-IV – 1 (10%). То есть, 6 умерших пациентов страдали тяжелой и крайне тяжелой формами протекания основного заболевания. Среди них были и 4 пациента с раннее диагностированной ТЭЛА. Таким образом, летальность у пациентов с ранее выявленной ТЭЛА составила 80%. Летальность среди пациентов, которым имплантировали кава-фильтр без признаков состоявшейся ТЭЛА (6 пациентов), составила 35,3%.

Повторных эпизодов ТЭЛА после имплантации кава-фильтра не отмечено. Это указывает на 100% эффективность применения кава-фильтров как метода профилактики тромбоэмболии в данной группе. Следует признать, что ТЭЛА ухудшает дальнейший прогноз у этих больных независимо от имплантации кава-фильтра и антикоагулятной терапии.

Заключение. Угроза тромбоэмболии легочной артерии у больных новой коронавирусной инфекцией *COVID*-19 возникает в 0,6% наблюдений. Тромбоэмболия легочной артерии в сочетании с новой коронавирусной инфекцией является показателем плохого прогноза и тяжелого течения заболевания. На данный момент установка кава-фильтров является наиболее эффективным методом профилактики ТЭЛА у больных с флотирующим тромбозом вен нижних конечностей на фоне *COVID*-19. В связи с небольшой выборкой пациентов с флотирующим тромбозом на фоне новой коронавирусной инфекции *COVID*-19 окончательно судить о результатах использования кава-фильтров мы не можем. Для оценки эффективности применения кава-фильтров у пациентов с коронавирусной инфекцией и тромбозом вен нижних конечностей необходимы дополнительные исследования.

О ПРИНЦИПАХ ВРЕМЕННОГО ПЕРЕОБОРУДОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ПОД ИНФЕКЦИОННЫЕ СТАЦИОНАРЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ *COVID*-19

С.А. Федотов, С.А. Гуменюк, Л.В. Писаренко

ГБУЗ МОТ «Московский территориальный научно-практический центр медицины катастроф ДЗМ»

Москва, Россия

Известно, что системы здравоохранения даже развитых стран мира не были готовы к внезапной пандемии *COVID*-19, что изначально отразилось в неспособности больниц принимать резко возросший поток пациентов, нехватке медицинского персонала, оборудо

Известно, что системы здравоохранения даже развитых стран мира не были готовы к внезапной пандемии *COVID*-19, что изначально отразилось в неспособности больниц принимать резко возросший поток пациентов, нехватке медицинского персонала, оборудования и средств защиты, а также недостатке мест в действующих инфекционных отделениях. Тем не менее Россия одна из первых стран, контролируя быстро развивающийся эпидемический процесс в Китае, заблаговременно приступила к превентивным мерам как по завозу и распространению *COVID*-19 на своей территории, так и к подготовке всех министерств и ведомств, административных, хозяйствующих и медицинских учреждений к предстоящей неблагоприятной эпидемической обстановке.

Для приема пациентов с *COVID*-19 из-за нехватки мест для госпитализации осуществлялось перепрофилирование некоторых учреждений здравоохранения, ранее не работавших с инфекциями. Это потребовало применения особых мер как для снижения рисков распространения инфекции внутри учреждения, так и для безопасности сотрудников и пациентов других профилей в процессе функционирования стационаров:

1. Размещение перепрофилированных структурных подразделений в отдельно стоящих зданиях. Отдельный корпус позволяет снизить риск распространения инфекции на другие части больницы. Чтобы обезопасить персонал и сократить расход средств индивидуальной защиты, рабочая группа также систематизировала и разделила потоки пациентов, медицинского и прочего персонала. Если из-за особенностей планировки организовать отдельный инфекционный корпус не удавалось, то допускалось размещение стационара в одном здании с другими отделениями при условии, что можно было разделить потоки пациентов и работников инфекционных отделений и прочих профилей, а также здание оборудовано изолированной приточно-вытяжной вентиляционной системой. Если последней не было, то общую систему вентиляции дорабатывали.

2. Планировка расположения функциональных зон. Для этого обязательно разделяли территорию на «чистые» и «грязные» зоны. В этом случае: вход персонала в здание и выход из него осуществлялся только через «чистые» зоны; устанавливался шлюз с санитарным пропускником в месте перехода между «грязной» и «чистой» зонами, исключая возможность перехода между зонами, минуя санпропускник; предусматривались шлюзы при входе в отделения. Для удобства использовали визуальные подсказки в виде крупных табличек зеленого и красного цвета соответственно зоне.

С целью разделения потоков пациенты с подтвержденным *COVID*-19 и неинфекционные больные не пересекались. Аналогично персонал, работающий с потенциальной инфекцией, и остальные сотрудники также были разделены на всех этапах. Если не было возможности пространственного разделения, то делали «развод» потоков по времени с обязательной дезинфекцией мест пересечения.

Перепрофилированная часть приемного отделения обеспечена необходимым количеством изоляторов и диагностических помещений и отделена от зоны, где госпитализировали неинфекционных пациентов. Маршруты пациентов с подтвержденным *COVID*-19 и с внебольничной пневмонией неустановленной этиологии не пересекались. Зоны сортировки пациентов были оборудованы как на входе в приемное отделение, так и за его пределами. Минимизированы перемещения пациента по приемному отделению. Для этого использован принцип «врач к пациенту»: пациент располагается в специализированном помещении, а специалисты приходят к нему, имея при себе оборудование для мобильной диагностики.

Все структурные подразделения, которые были перепрофилированы и оборудованы боксированными палатами со шлюзом и собственными санитарными узлами. Так, в ряде медицинских учреждений Москвы увеличивали число боксов за счет возведения в общих палатах перегородок из моющегося гипсокартонного листа. При этом все помещения перепрофилированных отделений были отнесены к «грязной» зоне, а на входе в нее установлен отдельный санпропускник.

В условиях пандемии в таких инфекционных отделениях и центрах должно быть намного больше реанимационных коек, чем в традиционных. По опыту московских клиник реанимационный коечный фонд составлял не менее 15% от «линейных» коек и дополнительные места организовывали, например, за счет операционных блоков, так как плановые операции переносились на ожидаемый непандемический период.

Кроме того, в качестве инфекционных стационаров под *COVID*-19 использовали свободные и резервные здания и помещения, в том числе спортивные и выставочные здания, казармы, объекты гражданской обороны, гостиницы, подземные бомбоубежища и

др. объекты. Одновременно с этим осуществлялось и строительство быстровозводимых модульных инфекционных медицинских комплексов.

В настоящее время как глобальными организациями здравоохранения в виде Всемирной организации здравоохранения, Центра по контролю и профилактике заболеваний США (*CDC*), Европейского центра по контролю и профилактике заболеваний (*ECDC*), органами здравоохранения России и Роспотребнадзора, а также производителями медицинского оборудования были разработаны соответствующие методические и клинические рекомендации и нормативные документы с целью оказания помощи медицинским учреждениям в оценке и улучшении своей готовности в борьбе с *COVID*-19. Эти материалы способствовали максимально эффективному использованию существующего оснащения в период пандемии. Именно их брали за основу руководители при перепрофилировании стационаров. Однако важной особенностью являлось то обстоятельство, чтобы план перепрофилирования составлялся индивидуально и с учетом запросов и возможностей каждого задействованного в решении этой важной задачи медицинского учреждения.

Теперь на территории России развернуто около 216 000 стационарных коек для заболевших коронавирусом, при этом занято примерно только 79% из них.