

*V Международная (75 Всероссийская) научно-практическая конференция
«Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения»*

2. Фармакологический механизм действия препарата – один из важнейших критериев в выборе препарата данной группы.

3. В группе термопротекторов Бемитил имеет патогенетический механизм действия, Бромантан обладает лишь симптоматическим действием. И в направлении медицины катастроф критерии Бемитила более удовлетворяют данной отрасли. Однако не стоит забывать о возможном комплексном применении препаратов. В данном случае фармакологический механизм действия одного препарата должен сочетаться с другим.

Список литературы:

1. Апчел В.Я., Ионова Л.А., Манойлов С.Е. К вопросу о роли цитохромаСв нормализации гипоксических состояний // Антиоксиданты и актопротекторы: итоги и перспективы. — СПб., 2004. — Вып. 1. — С. 13

2. Козлов Н.Б. Гипертермия: биохимические основы патогенеза, профилактики и лечения. — Воронеж: Изд-во Воронежского ун-та, 1990. — С. 104

3. Новиков В.С., Шустов Е.Б., Горанчук В.В. Фармакологическая коррекция гипертермии и гипотермии // ЦЭМПИНФОРМ. — 2010. — № 4(46). — С. 14-16

4. Новиков В.С., Шустов Е.Б., Горанчук В.В. Коррекция функциональных состояний при экстремальных воздействиях. — СПб.: Наука, 2008. — 544 с.

5. Шустов Е.Б., Муравьев А.В., Смирнов А.В. Влияние актопротектора бемитила на адаптацию организма к гипертермии // Антигипоксанты и актопротекторы: Итоги и перспективы. СПб., 2011. — С. 198

УДК 616-036.8

Турьшева А.Ю., Шабалина Т.В., Собетова Г.В. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ВЕДЕНИЯ ПОСТРЕАНИМАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ

Кафедра анестезиологии, реаниматологии, токсикологии и трансфузиологии
Уральский Государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Turysheva A.Yu., Shabalina T.V., Sobetova G.V. CLINICAL CASE OF SUCCESSFUL MANAGEMENT OF POST- RESUSCITATION DISEASE

Department of anesthesiology, emergency medicine, toxicology and transfusion
medicine

Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: tatiana.shabalina.765@gmail.com

Аннотация. По данным Национального регистра по сердечно-легочной реанимации (NationalRegistryofCardiopulmonaryResuscitation — NRCPR) от остановки сердца ежегодно умирает около 500 000 человек в США и Европе. Выживаемость у пациентов с остановкой сердца вне стационара составляет <15%, то время как выживаемость с остановкой сердца в стационаре составляет приблизительно 22%. И среди выживших в обеих группах существует значительный риск неврологической инвалидности. После успешной реанимации только у 15-20% пациентов имеется быстрое восстановление адекватного уровня сознания, остальные 80% проходят через постреанимационную болезнь, которая является следствием патологических процессов, развившихся как во время ОК, так и после оживления, поэтому актуальность данной темы не вызывает сомнения, в связи с чем нами описан случай успешного ведения больной с постреанимационной болезнью в РАО МБУ ЦГКБ №1.

Annotation. According to the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation (NRCPR), approximately 500,000 people die each year in the United States and Europe from heart failure. Survival in patients with cardiac arrest outside the hospital is <15%, while survival with cardiac arrest in the hospital is approximately 22%. And among survivors in both groups, there is a significant risk of neurological disability. After successful resuscitation, only 15-20% of patients have a quick recovery of an adequate level of consciousness, the remaining 80% go through post-resuscitation disease, which is a consequence of pathological processes that developed both during cardiac arrest and after recovery, so the relevance of this topic is beyond doubt, in connection with which we described the case of successful management of a patient with postresuscitation disease in the intensive care unit MBI CССН 1.

Ключевые слова: постреанимационная болезнь, отек квинке, сердечно-легочная реанимация, внебольничная остановка сердца, интенсивная терапия.

Key words: Post-cardiac arrest syndrome, critical care, out-of-hospital cardiac arrest, angioedema.

Введение

Согласно В.А. Неговскому, «для постреанимационной болезни (ПРБ) характерна своя особая этиология — неразделимое сочетание глобальной ишемии с реоксигенацией и реперфузией, которые после перенесенной остановки кровообращения не только ликвидируют последствия первичного патологического воздействия, но и вызывают каскад новых патологических изменений[2]:

- 1) постреанимационное повреждение головного мозга;
- 2) постреанимационную миокардиальную дисфункцию;
- 3) системные ишемически-реперфузионные реакции;
- 4) персистирующую сопутствующую патологию [7].

Высокая смертность на этапе после реанимации может объясняться сочетанием данных процессов [1].

Многочисленные исследования, направленные на оптимизацию ведения постреанимационной болезни, доказывают, что оптимальная стратегия лечения может улучшить прогноз и исходы заболевания.

В этой статье мы рассмотрим стратегии лечения постреанимационной болезни и расскажем о клиническом случае ведения постреанимационной болезни и тяжелого ангионевротического отека на базе МБУ ЦГКБ 1.

Основная часть

Пациентка N 31 года доставлена в приемный покой терапевтического корпуса МБУ ЦГКБ №1 реанимационной бригадой с диагнозом: Отёк квинке. Гипоксическая кома. Состояние после клинической смерти. Из анамнеза заболевания: ухудшение состояния в течение 2-х часов до поступления в стационар, когда после употребления алкоголя и курительной смеси родственники отметили нечеткость речи, отёк лица и шеи, судорожный припадок, потерю сознания. Вызвана БСМП, бригадой предприняты безуспешные многократные попытки интубации трахеи, но из-за выраженного отёка слизистых дыхательных путей установлена ларингеальная маска, пациентка транспортирована в стационар. За время транспортировки – два эпизода клинической смерти (в течение 2 и 5 минут) с успешными реанимационными мероприятиями. Госпитализирована в РАО.

Из анамнеза жизни известно, что в течение нескольких лет пациентка злоупотребляет алкоголем. В возрасте 5 лет – клиническая смерть. В детстве диагностирован эписиндром, до 12 лет наблюдалась неврологом. Принимала фенобарбитал.

Объективный статус при поступлении: состояние крайне тяжелое. Сознание кома. Кожный покров умеренно бледный. Дыхание: ИВЛ ч/з ларингеальную маску: SpO₂=96%. Выполнено: интубация трахеи ЭТТ №7, продолжена ИВЛ в режиме VCV: V=440 мл, f=16 в мин, FiO₂ = 45%, PEEP +7 АД= 100/60 мм рт ст, ЧСС=140 уд в мин. St.localis – в скуловых, параорбитальных, подчелюстных областях с обеих сторон (с распространением на боковую область шеи) плотный симметричный, бледный, холодный отёк. Признаков флюктуации, подкожной эмфиземы при пальпации не определяется.

После восстановления жизненно-важных функций организма предпринято лечение ангионевротического отёка, постреанимационной болезни согласно протоколам и клиническим рекомендациям.

Прежде всего это лечение постаноксической гипоксии и оптимизация неврологического статуса.

Исследования утверждают, что явных преимуществ в поддержании сверхнормального уровня кислорода после ОС нет [6]. Более того чрезмерная оксигенотерапия связана с повреждением головного мозга вследствие действия оксидативного стресса на постиншемические нейроны и увеличением повреждения миокарда, а вазоконстрикция, вызванная

гипервентиляцией, как и гиповентиляция, ведущая к повышению внутричерепного давления, усугубляют церебральную ишемию [5]. В связи с этим проводилась продленная ИВЛ аппаратом PuritanBennet - 840 в режиме нормовентиляции с поддержанием нормоксемии и нормокапнии, на 4-е сутки выполнена трахеостомия.

С целью уменьшения потребности ишемизированных нейронов в кислороде проводилась медикаментозная седация. На 4-е сутки больная восстановила ясное сознание с явлениями энцефалопатии смешанного генеза.

С целью нейропротективного действия осуществлялся: 1. контроль гликемии крови, так как имеющиеся данные показывают, что гипо- и гипергликемия напрямую влияют на результаты неврологического исхода, следует поддерживать гликемию на уровне менее 10 ммоль/л (180 мг/дл) и избегать гипогликемии; 2. целевое ведение температуры (ЦВТ) не более 36,0 в течение первых двух суток, так как известно, что при ЦВТ в диапазоне 32-36 градусов в течение первых суток улучшают исходы после периода глобальной гипоксии-ишемии мозга при выписке из госпиталя и в 6-ти месяцам у коматозных пациентов после внегоспитальной ОС[6]; 3. Назначение лекарств, обладающие антигипоксическим, антиоксидантным действием (цитофлавин, реамберин, октолипен, пиридоксин).

С целью контроля судорожной активности на 5-е сутки, проведена консультация с выездной нейрореанимационной бригадой, снятие и оценка ЭЭГ, по которой отмечались диффузные изменения биоэлектрической активности мозга с преобладанием быстроволновой активности; эпилептиформная активность зарегистрирована не была.

С момента поступления проведено лечение ангионевротического отека адреномиметиками (адреналин), антигистаминными препаратами, глюкокортикоидами, консультация аллерголога-иммунолога на предмет исключения наследственной природы аллергической реакции, регулярные осмотры хирургов. На 6-е сутки отек языка и подчелюстной области осложнился инфицированием с развитием флегмоны правого подчелюстного, окологлоточного пространства, корня языка. Случай проконсультирован с челюстно-лицевым хирургом, выполнено: вскрытие флегмоны правого подчелюстного, окологлоточного пространства, корня языка, назначение антибактериальной терапии (график 1) и микробиологический контроль посевов крови, ЭТА и мочи с результатами устойчивости к антибактериальным препаратам (таблица 1). Послеоперационный период с положительной динамикой по результатам клинических, лабораторных данных и КТ в динамике.

На фоне проводимой комплексной терапии на 13-е сутки больная переведена на спонтанное дыхание, на 18-е – в отделение гнойной хирургии. Спустя 27 суток стационарного лечения пациентка выписалась из ЛПУ под амбулаторное наблюдение хирурга и невролога без неврологического дефицита, с сохраненным когнитивным статусом.

Заключение:

1. Интенсивная терапия постренимационной болезни - это комплекс мероприятий, направленных на лечение причины, вызвавшей остановку сердца, postanоксической гипоксии, энцефалопатии и неизбежно развивающихся расстройств критических состояний (например: полинейропатии критических состояний, внутрибольничной пневмонии)

2. Интенсивная терапия постренимационной болезни – это слаженная работы команды специалистов в течение нескольких недель.

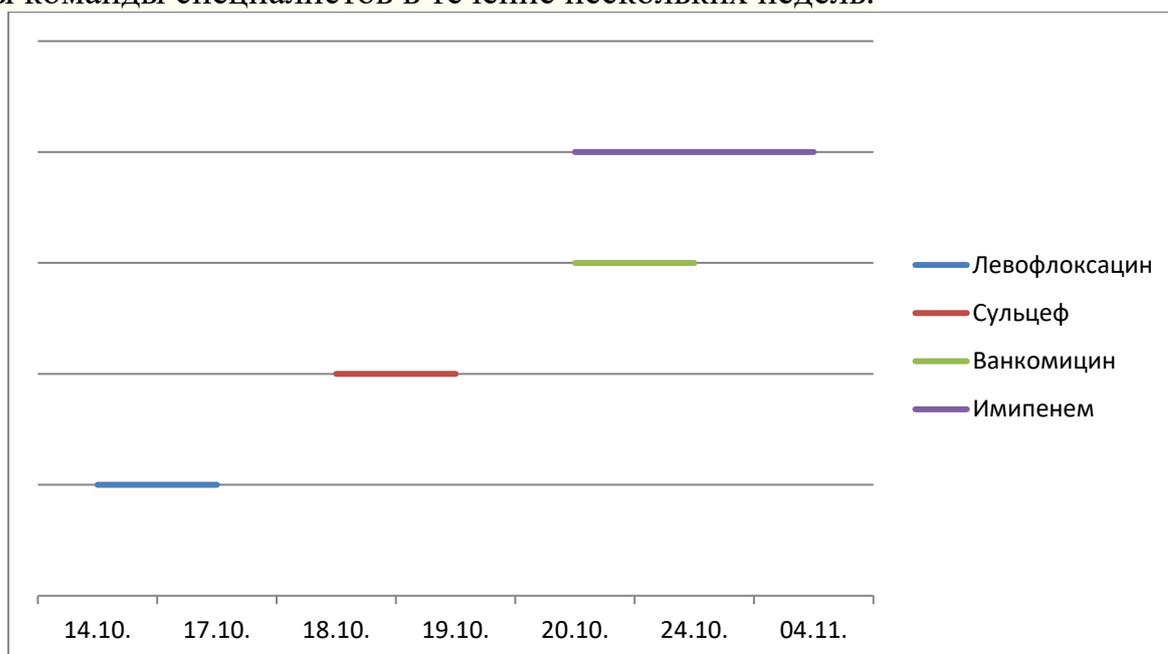


График 1. Антибактериальная терапия

Таблица 1

Микробиологический контроль

Список литературы:

1. Рекомендации по проведению реанимационных мероприятий Европейского совета реанимации (пересмотр 2015г.)/ под ред. Члена-корреспондента РАН Мороза В.В. – М.:НИИОР, НРС,2016. – 192с.
2. Усенко Л.В. Сердечно-легочная реанимация:новые рекомендации Европейского совета по реанимации 2015 г./ Усенко Л.В., Царев А.В., Кобеляцкий Ю.Ю.// Медицина неотложных состояний. – 2016. - №4. – С. 25- 35
3. Усенко Л.В. Сердечно-легочная и церебральная реанимация: новые рекомендации Европейского совета по реанимации 2010 г./ Усенко Л.В., Царев А.В., Кобеляцкий Ю.Ю.// Медицина неотложных состояний.- 2011.- №3
4. Clifton W. Callaway. Part 8: Post-Cardiac Arrest Care 2015 American heart association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care/ Clifton W. Callaway, Chair, Michael W. Donnino, Ericka L. Fink, Romergryko G. Geocadin, Eyal Golan, Karl B. Kern, Marion Leary, William J. Meurer, Mary Ann Peberdy, Trevonne M. Thompson, and Janice L. Zimmerman // Circulation. - 2015.- № 132. – С. 465–482
5. Saket Girotra. Post-resuscitation care following out-of-hospital and in-hospital cardiac arrest / Saket Girotra, Paul S Chan, and Steven M Bradley//Heart. – 2015. - №101(24). - С. 1943–1949
6. Management of post-cardiac arrest syndrome/ Youngjoon Kang// Acute Crit Care. – 2019.- № 34(3). – С. 173–178

	ЭТА		Кровь	Моча
18.10.	Staph.epidermidis (ед.колонии) Acinetobacter baumanii (++++)			Патогенная и условно- патогенная флора не обнаружена
22.10.	Proteusmirabilis (+++), Serratia marcescens (++++)	Устойчивость к пенициллинам, ингибиторзащищенным пенициллинам, цефалоспорином I-III поколений	Аэробная и анаэробная флора не обнаружена	
26.10.	Proteus mirabilis, Acinetobacter baumanii (ед. колонии)	Устойчивость к пенициллинам, ингибиторзащищенным пенициллинам, цефалоспорином I-III поколений		

7. Nolan J.P. Post-cardiac arrest syndrome: Epidemiology, pathophysiology, treatment and prognostication. A Scientific Statement from the ILCOR; AHA Emergency Cardiovascular Care Committee; the Council on Cardiovascular Surgery

and Anesthesia; the Council Cardiopulmonary Perioperative, and Critical Care; the Council on Clinical Cardiology; the Council on Stroke/ Nolan J.P., Wenmar R.W., Adrie C. et al. // Resuscitation. — 2008. — № 79. — С. 350-379

УДК 6.61.614.614.1

Чернядьева А.В., Куткин А.А.
**ДОСТУПНОСТЬ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ПРИ НАЛИЧИИ И ОТСУТСТВИИ АВИАМЕДИЦИНСКИХ
БРИГАД**

Кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности
Уральский государственный медицинский университет
"Территориальный центр медицины катастроф" Свердловской области
Екатеринбург, Российская Федерация

Chernyadieva A.V., Kutkin A.A.
**ACCESSIBILITY OF SPECIALIZED MEDICAL SERVICE FOR PATIENTS
IN THE PRESENCE AND ABSENCE OF AEROMEDICAL TEAMS**

Department of Dermatovenereology and Life Safety
Ural State Medical University
Territorial Center of Disaster Medicine of the Sverdlovsk Region
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: alisa-2104@list.ru

Аннотация. В данной статье проводится статистическое исследование опыта применения авиамедицинских бригад Территориальным центром медицины катастроф Свердловской области за период с 1.06.2019г. по 30.11.2019 г.

Annotation. This article contains a statistical study of application experience of aeromedical teams by the Territorial Center of Disaster Medicine of the Sverdlovsk Region for the period from 1.06.2019 until 11.30.2019.

Ключевые слова: санитарная авиация, вертолет, санитарная авиация, экстренная консультативная медицинская помощь.

Key words: aeromedical teams, helicopter, air medical service, emergency and consultation medical service.

Введение

История воздушной медицинской транспортировки берет свое начало с эвакуации 160 раненных солдат на воздушном шаре из осажденного Парижа в 1870 году во время Франко-Прусской Войны. Самые ранние случаи эвакуации раненных на необорудованных военных истребителях были описаны во