

1. Данный клинический случай наглядно демонстрирует сложность дифференциальной диагностики расслаивающей аневризмы восходящего отдела дуги аорты с разрывом.

2. Несомненно, данные критические состояния, не смотря на их редкость, возникают и требуют более детального изучения с целью разработки методов их коррекции и алгоритмов оказания помощи на любом этапе.

Список литературы:

1. Константинов, Б. А. Аневризмы восходящего отдела и дуги аорты / Б. А. Константинов, Ю. В. Белов, Ф. В. Кузнецевский. – М., 2006. – 335 с.

2. Семенова Л.Н., Морова Н.А., Щербаков Д.В. Острая расслаивающая аневризма грудной аорты: разнообразие клинических вариантов, оптимизация диагностики на догоспитальном этапе. Омский научный вестник 2011;1(104): 149–54

3. Сердечно-сосудистая хирургия / Под ред. В. И. Бураковского, Л. А. Бокерия. – М. : Медицина, 1989. – 637 с.

4. Erbel R., Aboyans V., Boileau C. et al. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases: Document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2014;35(41):2873–926

УДК 616-036.22

Степанова Е.А.¹, Смирнова С.С.^{1,2}

**ОТКРЫТЫЕ РЕАНИМАЦИИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ
РОССИЙСКОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ПРАКТИК**

¹ЕНИИВИ ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора, Екатеринбург,
Российская Федерация

²Кафедра эпидемиологии, социальной гигиены и организации
госсанэпидслужбы

Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Stepanova E.A.¹, Smirnova S.S.^{1,2}

**OPEN REANIMATION: COMPARATIVE ANALYSIS OF RUSSIAN AND
FOREIGN PRACTICES**

¹ERIVI FBRI SRC VB «Vector» Rospotrebnadzor, Yekaterinburg, Russian
Federation

²Department of epidemiology, social hygiene and the organization of state sanitary
and epidemiological service

Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail:matoshko_ea@eniivi.ru

Аннотация. В статье представлен сравнительный анализ российской и зарубежной практик посещения отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Освещены вопросы доступности ОРИТ (временное ограничение посещения, наличие специальных помещений для посетителей, возможность присутствия детей) и обеспечения эпидемиологической безопасности отделения (состояние здоровья посетителей, применение спецодежды и средств индивидуальной защиты, обработка рук посетителей и возможность их присутствия при оказании медицинской помощи).

Annotation. The article presents a comparative analysis of Russian and foreign practices of visiting resuscitation and intensive care units. This paper highlights the issues of ICU availability (temporary restriction of attendance, availability of special rooms, presence of children) and ensuring epidemiological safety of the department (the state of health of visitors, the use of protective clothing and personal protective equipment, the treatment of visitors hands and their presence in the provision of medical care).

Ключевые слова: отделения реанимации и интенсивной терапии, открытость для посетителей, эпидемиологическая безопасность.

Kew words: intensive care and resuscitation departments, openness to visitors, epidemiological safety.

Введение

Вопрос широкого доступа посетителей в отделения реанимации и интенсивной терапии медицинских организаций (ОРИТ) – это сложный организационный момент для медицинских организаций России, и уже сложившаяся международная практика. ОРИТ относится к одним из самых изолированных подразделений медицинских организаций, благодаря чему именно в этих отделениях высока вероятность формирования госпитальных (внутрибольничных) штаммов, в том числе резистентных к антибактериальным препаратам [6,7].

В многочисленных исследованиях показано, что допуск посетителей к пациентам ОРИТ положительно влияет на психологический климат, позволяет нивелировать негативные моменты в организации ухода за пациентами, и, не только не ухудшает экологию учреждения, а даже создает конкурентную среду для специфической микрофлоры учреждения, в том числе для госпитальных штаммов. Это положительно влияет на уровень заболеваемости инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (ИСМП) в ОРИТ [7].

Цель исследования – провести сравнительный анализ практик допуска посетителей в отделения реанимации и интенсивной терапии в российских и зарубежных клиниках.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ отечественной и зарубежной литературы, нормативно-методических документов по организации посещений ОРИТ. Для поиска данной информации были использованы научная электронная библиотека eLIBRARY, SpringerLink. Всего проанализировано 8 источников, в том числе 7 – зарубежных авторов.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ отечественных и зарубежных источников показал большую вариабельность в политике посещения ОРИТ с точки зрения продолжительности и частоты. В большинстве зарубежных стран ОРИТ функционируют с ограничениями по времени посещения (Франция, Италия, США), количеству посетителей (не более 2 человек во Франции, Италии, США) и их возрасту (старше 12 лет в Италии, Индии, США). Аналогичная ситуация наблюдается и в ОРИТ медицинских организаций России, где посещения ограничены общими часами посещения пациентов, установленными в медицинской организации. В ряде медицинских организаций г. Москвы практикуются круглосуточные посещения пациентов ОРИТ [1-4, 8].

Одним из условий посещения ОРИТ является отсутствие признаков инфекционных заболеваний и алкогольного (наркотического) опьянения у посетителей. Такие требования характерны как для ОРИТ России, так и для зарубежных клиник (Франции, Италии, США, Индия) [1-3, 6, 8].

В ряде стран для посетителей предусмотрены комнаты ожидания (Франция, Италия, Индия, США), либо помещения для встречи медицинского персонала с посетителями (Франция, Италия), а также буфетные, гардеробные и туалетные комнаты (Франция, Индия). В санитарном законодательстве РФ отсутствуют требования к наличию в составе ОРИТ специальных помещений для посетителей, что часто приводит к отказам в допуске визитёров со стороны администрации медицинских организаций [1-4, 8].

Относительно применения посетителями ОРИТ специальной одежды и средств индивидуальной защиты (СИЗ) единого мнения в настоящее время не выработано. Согласно российским требованиям, перед входом в ОРИТ посетители должны надеть халат, шапочку, бахилы и маску. В зарубежных источниках описан несколько иной подход. Так, например, в ряде стран в качестве специальной одежды используют только халат (Италия, Индия, США), бахилы (Италия, Индия), а в качестве средств индивидуальной защиты – перчатки (Индия, США) и маску (Индия). Во Франции спецодежда и СИЗ используются только при посещении пациентов с ослабленным иммунитетом [1-4, 8]. Опыт зарубежных исследователей свидетельствует, что применение посетителями ОРИТ спецодежды и СИЗ не влияет на уровень заболеваемости ИСМП в отделении, но приводит к росту использования материальных ресурсов больниц [7].

При проведении микробиологического мониторинга в реанимационном отделении (г.Пиза, Италия) было установлено, что посетители ОРИТ были колонизированы различными микроорганизмами, но выделенные от них

штаммы абсолютно отличались от штаммов, циркулирующих в отделении. Обследование пациентов ОРИТ с установленной инфекцией, связанной с оказанием медицинской помощи, показало, что микроорганизмы, вызвавшие ИСМП, никогда не выделялись из носоглотки и/или кожи посетителей отделения. В качестве положительного эффекта открытости ОРИТ было отмечено расширение микробного пейзажа отделения, которое не увеличивало риски инфекционных осложнений у пациентов [7].

В целях обеспечения эпидемиологической безопасности ОРИТ в качестве ключевого мероприятия во многих странах определено проведение посетителями гигиенической антисептики рук при входе в отделение и выходе из него (Франция, Италия, Индия, США). Другая ситуация отмечается в ОРИТ медицинских организаций РФ, где вместо антисептической обработки рук предусмотрено лишь мытье рук посетителей при входе в отделение [1-3, 6, 8].

Присутствие посетителей при оказании медицинской помощи пациентам ОРИТ в ряде зарубежных стран (США, Индия) и на территории РФ запрещено. Родственникам разрешено присутствовать при выполнении гигиенических процедур и аспирации содержимого трахеи в ОРИТ Франции и в редких случаях при проведении сердечно-легочной реанимации в ОРИТ Италии [1-3, 6, 8].

Перспективным направлением реализации открытости ОРИТ является организация виртуальных посещений. Так, например, в сети больниц Аполло (Индия) был разработан и запущен сервис «I-SEE-YOU», который позволил осуществить виртуальные посещения ОРИТ. Проект базируется на следующих целях: обеспечить родственникам и друзьям пациента, находящегося в ОРИТ, безопасный, надежный и современный доступ к виртуальным видеопосещениям из любой точки мира; облегчить многоточечную схему видеосвязи с родственниками и дежурным врачом в блоке ОРИТ для получения информации в реальном времени; помочь врачам дополнительно виртуально посещать пациентов [5].

Выводы

На основании проведенного анализа нормативно-методических документов, публикаций отечественной и зарубежной литературы по вопросу открытости ОРИТ можно сделать вывод, что подходы к этому в разных странах различны.

В большинстве стран ключевым моментом эпидемиологической безопасности при посещении родственниками ОРИТ определено качественное проведение ими антисептики рук (Франция, Италия, Индия, США). Одним из вариантов решения вопроса открытости ОРИТ является организация виртуальных посещений реанимации.

Применение посетителями ОРИТ специальной одежды и СИЗ не влияет на уровень заболеваемости ИСМП в отделении, но приводит к нецелевому использованию ресурсов медицинских организаций.

Для обеспечения возможности функционирования ОРИТ в открытом для посетителей режиме необходим пересмотр требований нормативных документов, регламентирующих деятельность медицинских организаций на территории Российской Федерации.

Список литературы:

1. О правилах посещения родственниками пациентов в отделение реанимации и интенсивной терапии [Электронный ресурс]: Письмо Минздрава России от 30.05.2016 № 15-1/10/1-2853. Доступизсправ.-правовойсистемы «КонсультантПлюс»(датаобращения: 14.01.2020)
2. Anzoletti A.B. Access to intensive care units: A survey in North-East Italy // Intensive and Critical Care Nursing. 2008. Vol. 24. P. 366-374, doi: 10.1016/j.iccn.2008.04.004
3. ICU Planning and Designing in India – Guidelines 2010 [Электронныйресурс] // <https://isccm.org/pdf/Section1.pdf> (датаобращения: 10.02.2020)
4. Fourrier F. Structures et organization des unites de réanimation: 300 recommandations // Réanimation. 2012. Vol. 21. P. 523-539, doi:10.1007/s13546-012-0510-9
5. Ganapathy K. Организация виртуальных посещений отделений интенсивной терапии в сети больниц Аполло / К. Ganapathy [и др.] // Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. - 2016. - №1 (2). - С.24-27
6. Garrouste-Orgeas M. Открытых для посещения реанимаций во Франции становится все больше / М. Garrouste-Orgeas [и др.] // Московская медицина. - 2018. - № 4 (26). - С. 22-28
7. Manici M. Visiting Policies in ICUs [Электронныйресурс] // Nursing in Critical Care Setting. – 2018. – P. 409-442. URL: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-50559-6_16 (дата обращения: 13.01.2020)
8. The Intensive Care Unit (ICU) Visitors' Guide [Электронныйресурс] // <https://www.mskcc.org/cancer-care/patient-education/intensive-care-unit-icu-visitors-guide> (дата обращения: 05.02.2020)

УДК: 615.035.9

Таранов В.Е., Герасимов А.А.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРМОПРОТЕКТОРОВ В ПРАКТИКЕ
МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ, МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ**

Кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Taranov V.E, Gerasimov A.A.