

*Пожарицкий А. М., Головацкий А. П.*

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ СОРТИРОВКИ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 ИНФЕКЦИЕЙ В УСЛОВИЯХ МАССОВОГО ПОСТУПЛЕНИЯ В БЕЛАРУСИ И ЗА РУБЕЖОМ**

*Научный руководитель канд. мед. наук, доц., п-к м/с Соколов Ю. А.*

*Кафедра организации медицинского обеспечения войск и экстремальной медицины  
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Медицинская сортировка пациентов является одним из важнейших этапов оказания помощи, который должен выполняться в первую очередь при контакте врача и пациента. В каждой стране существует комплекс мероприятий по медицинской сортировке, и, хотя они и имеют ряд своих особенностей в зависимости от окружающей обстановки, но все до единой основаны на разделении пациентов на группы по специфическим параметрам, исходя из чего и определяется объем первичной помощи, а также срочность ее оказания. По причине высокой заболеваемости COVID-19 инфекцией в Республике Беларусь впервые был разработан алгоритм внутрибольничной сортировки инфекционных пациентов, который, в свою очередь, имел ряд сходств и различий с сортировочными алгоритмами высокоразвитых стран мира.

**Цель:** сравнить алгоритмы внутрибольничной сортировки, принятые в Республике Беларусь и за рубежом на примере поступления пациентов с COVID-19 инфекцией и оценить значимость параметров в принятии решения.

**Материалы и методы.** Проведена оценка чек-листа первичной сортировки пациента с COVID-19 инфекцией (далее – чек-лист), используемого в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь, а также рекомендаций по сортировке пациентов, принятых в Австралии, Китае, Швейцарии и Италии.

**Результаты и их обсуждение.** Чек-лист состоит из следующих разделов: оценка степени эпидемического риска, оценка степени тяжести пациента, мониторинг и принятие решения, критерии для госпитализации в отделение интенсивной терапии и реанимации (далее – ОИТР) и сортировочное решение по ним, перечень клинико-лабораторных обследований и лечебные стратегии. Блок диагностики инфекционной опасности реализован в виде 5 цветовых схем: белый – неуточненный, желтый – вероятный, оранжевый – контакт 1, красный – контакт 2 и черный – инфицирован. Диагностический блок реализован в виде балльной системы оценки следующих параметров (минимум – 0, максимум – 23 балла): возраст, частота дыхания, транскутанная сатурация, потребность в дополнительном кислороде, частота сердечных сокращений, уровень сознания, определяемый в баллах по шкале ком Глазго и температура.

Главными критериями сортировки в Австралии стали: температура, сатурация, ЧСС и ЧД. Особое внимание уделялось пациентам с сопутствующей патологией. В Китае рекомендации были расширенными и включали также клинические проявления: лихорадку, одышку, лейкоцитоз или лимфопению. В системе здравоохранения Швейцарии было решено отказаться от медицинской сортировки по возрастному признаку (что могло быть воспринято как дискриминация). А особенностью итальянской медицинской сортировки было наличие телефонного интервью перед контактом предположительно инфицированного человека с медицинским персоналом.

**Выводы.** Исходя из проведенного анализа чек-листа, используемого для внутрибольничной сортировки в Республике Беларусь, установлена наибольшая значимость в принятии решения таких параметров как транскутанная сатурация (30,4%) и потребность в дополнительном кислороде (15,99%). Наименьший вклад вносит такой критерий как частота дыхательных движений (4,07%). Сортировочные программы зарубежья имеют схожие критерии оценки состояния пациентов. И вклад таких “общеизвестных” критериев в принятие решения превалирует над дополнительными параметрами оценки, принятыми в соответствии со спецификой системы здравоохранения отдельно взятого государства.