

Дело врачей-2020. Екатерина Манова: «Мы должны научиться сосуществовать с коронавирусом» | L'affaire des médecins-2020. Ekaterina Manova: «Il faut apprendre à coexister avec COVID-19»

Auteur: Надежда Сикорская, [Женева](#) , 15.04.2020.



Анестезиолог Женевского госпиталя Екатерина Манова (DR)

В рамках серии публикаций «Дело врачей-2020» предлагаем вашему вниманию запись беседы с анестезиологом, научным сотрудником Женевского университетского госпиталя, где в течение последних дней наблюдается снижение числа пациентов с диагнозом коронавирус.

|

Dans le cadre de la série de publications « L'affaire des médecins-2020 », voici l'interview avec une anesthésiste de l'Hôpital cantonal de Genève (HUG), qui observe depuis quelques jours la baisse de patients avec COVID-19.

L'affaire des médecins-2020. Ekaterina Manova: «Il faut apprendre à coexister avec COVID-19»

Разница между частными клиниками и государственными госпиталями в Швейцарии заключается еще и в том, что если в первом случае на сайте вы найдете профессиональную биографию любого специалиста, то во втором все гораздо скромнее – имя, фамилия, специализация. Поэтому пришлось обо всем расспрашивать саму нашу собеседницу, предварительно получив разрешение на интервью от пресс-службы HUG и от непосредственного начальника Екатерины. Таковы правила!

Екатерина родилась в бывшем Ленинграде, откуда уехала вместе с семьей в 1992 году. Закончила среднюю школу в Германии, высшее медицинское образование получила в Германии, в университете имени Юстуса Либиха в Гисене, основанном еще в 1607 году. На третьем курсе, в рамках общеевропейской программы [Erasmus](#), попала в Лозанну, хотя вообще в Швейцарию не собиралась, ориентировалась на англоязычную страну, так как с французским было туго. Но решила, что заодно и подучит. В Лозанне, где Екатерина провела всего шесть месяцев, ей очень понравилось, «особенно в сравнении со строгим немецким подходом к обучению». Вдохновленная этим опытом, на шестом курсе медицинского факультета она с радостью воспользовалась новой возможностью прохождения практики в Швейцарии, на этот раз приехав на четыре месяца в Мартиньи.

Этот опыт также был крайне позитивным, первое впечатление подтвердилось – в Швейцарии реально многому учат, а потому Екатерина захотела поработать здесь хотя бы год-два. И не из-за зарплаты, которая привлекает многих немецких врачей, «ошибочно полагающих, что в маленькой стране, где мало пациентов, учиться нечему». В итоге, с 2009 года Екатерина работает в Женевском госпитале, где вчера находились 365 человек с заражением Covid-19, из них 46 – в отделении интенсивной терапии и 41 человек был интубирован.

Екатерина, расскажите, пожалуйста, как Вы вообще узнали о COVID-19?

Вероятно, я узнала о нем раньше моих женевских коллег – от подруги, живущей в Гонконге, где все началось тоже раньше. Мой интерес к развитию ситуации был не только профессиональным, но и личным – 13 марта собирались лететь в Сингапур и Индонезию. Естественно, никуда не полетели: в течение предыдущей недели с COVID-19 я еще не сталкивалась, работала в детском отделении, но тревожные разговоры уже начались – носить или не носить маски, делать или нет тесты... Первая встреча с реальным пациентом с коронавирусом произошла позже.

Как это было?

Прежде всего, произошла грандиозная реорганизация отделения: все анестезиологи, которые в обычное время не работают в реанимационном отделении за исключением отдельных, точечных вызовов, были туда переброшены, то есть все силы были максимально мобилизованы. За неделю мощности реанимационного отделения по приему пациентов были утроены – с приблизительно 40 коек до 120. Когда 13 марта я вышла на работу в так называемое восстановительное отделение – между реанимацией и просто палатами, – там уже находились больные с аппаратами искусственного дыхания. Все это время нам, к счастью, удавалось избежать той кризисной ситуации, которая наблюдалась у некоторых наших соседей – мест хватало для всех пациентов, нуждавшихся в госпитализации.

То есть страшных кадров, которые мы видели в Италии, Испании, с людьми, лежащими на носилках в больничных коридорах, в Женеве не было?

Нет, потому что все предвидели заранее и организовали и персонал, и оборудование. Наплыв пациентов был, действительно, огромный, никогда мы не видели столько людей, одновременно нуждающихся в аппаратах искусственного дыхания, но, повторяю, всем всего хватило.

Раздаются критические замечания в адрес швейцарского правительства: поздно закрыли границы, морочили голову с масками. Очевидно, Вам, изнутри, ситуация видится по-другому. Если я правильно Вас понимаю, Женевский госпиталь был мобилизован раньше правительства, но должен был выполнять его инструкции и не бить тревогу?

Думаю, да: решения политиков имеют в таких ситуациях большое значение. Разумеется, какая-то автономия у госпиталя есть – например, решение о том, что весь медперсонал должен носить маски, было им принято самостоятельно.

Ваша коллега из Лозанны [Карлотта Банья](#) рассказывала на страницах Нашей Газеты о методе организации работы в реанимационном отделении, получившем название «подводная лодка». А как организована работа у вас?

У нас всем врачам тоже продлили смены до 12,5 часов, а медсестрам – до 12. С чем связана такая получасовая разница, не могу сказать. Насколько я знаю, администрация госпиталя обратилась за помощью к коллегам из других лечебных учреждений. Надо понимать, что когда все плановые, но не срочные операции в нашем госпитале были отложены, то пациенты отправились в частные клиники. Когда же и там пик прошел, часть врачей освободилась, и они пришли на помощь коллегам в государственных госпиталях.

Не все читатели – как и не все журналисты! – обладают достаточными медицинскими знаниями, чтобы составить четкое представление о том, что происходит сегодня в лечебных заведениях. Вы, как анестезиолог, обычно работаете на операциях. В чем конкретно заключается Ваша работа с пациентами с COVID-19?

Для ответа на этот вопрос надо уточнить разницу между анестезией и седацией.

Для операций мы используем термин анестезия, которая бывает местная или общая (последнюю ещё называют наркозом). Анестезия – это медикаментозное вмешательство в организм, которое помогает избежать болевого стресса и приводит к расслаблению мышц.

Искусственная кома и вообще любая интенсивная терапия, при которой в человека вставляют катетеры, трубочки и т.д. – это огромное потрясение для организма, который зависит не только от техники, но и от жестов медперсонала, невольно причиняющих ему боль. Находясь в коме, он ее не чувствует, но по мере избавления от седативных медикаментов, просыпаясь, человек не помнит, что с ним происходило, ему нужно несколько дней, просто чтобы прийти в себя. Могут быть проблемы с речью, с едой (нарушение глотательного рефлекса) и другими базовыми функциями, дезориентация... Термин же седация (в народе ее называют искусственным сном) чаще можно услышать именно в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Здесь мы стараемся найти оптимальный уровень седации пациентов для снижения их двигательного и эмоционального возбуждения; происходит это путем их подключения к аппаратам искусственного дыхания. Иногда, в сложных случаях, приходится применять глубокую седацию, что совсем не то же самое, что натуральный сон – речь идет об искусственной коме.

Врачи-реаниматологи пользуются специальной шкалой для оптимизации уровня

седации каждого пациента. Наше, анестезиологов, присутствие требуется потому, что седация/вентиляция и реанимация – это наши know-how, распространяющиеся не только на наркоз и обезболивающую терапию, но и на эти методы помощи пациентам. Анестезиология – не такая узкая специализация, как многие думают ...

Уже известно, что пациенты, переживающие коронавирус в тяжелой форме, должны оставаться подключенными к аппаратам искусственного дыхания очень долго, вплоть до двух недель. Возможны ли негативные последствия после продолжительного пребывания в таком состоянии, под постоянным воздействием наркотических средств?

Конечно, возможны. Искусственная кома и вообще любая интенсивная терапия, при которой в человека вставляют катетеры, трубочки и т.д. – это огромное потрясение для организма, который зависит не только от техники, но и от жестов медперсонала, невольно причиняющих ему боль. Находясь в коме, он ее не чувствует, но по мере избавления от седативных медикаментов, просыпаясь, человек не помнит, что с ним происходило, ему нужно несколько дней, просто чтобы прийти в себя. Могут быть проблемы с речью, с едой (нарушение глотательного рефлекса) и другими базовыми функциями, дезориентация...Так что, по сравнению с физиологическим сном, ситуация совсем иная.

Представим себе наилучшую ситуацию: пациента «разбудили», он пришел в себя, дышит нормально, никаких симптомов нет. Что происходит дальше: он уже не представляет опасности для окружающих? Его сразу отправляют домой?

Нет, после интенсивной терапии никого сразу домой не отправляют, а продолжительность пребывания в госпитале зависит от целого ряда факторов, в частности, от того, были ли затронуты другие органы. Из комы все выходят по-разному. Если нужды в кислороде уже нет, то пациент отправляется в восстановительное отделение, где за ними внимательно наблюдают несколько дней. Если же форма похуже и кислород нужен, то пациент отправляется в другое отделение, где есть все необходимое.

Можете ли Вы прогнозировать дальнейшее развитие ситуации?

Прогнозировать сложно, учитывая глобальный масштаб пандемии. В Гонконге все вроде было под контролем, страну открыли, сохранив обязательное ношение масок, и началась вторая волна. Одна из теорий – завезли вернувшиеся домой из-за границы студенты. Точно никто не знает, но возможность второй волны исключать нельзя, пока не произойдет «самоиммунизация населения» – ведь 80% легко переносят заболевание, а кто-то вообще не замечает его – или не будут найдены вакцина и/или лекарство, на что работает сейчас вся мировая наука. Можно сказать так: цунами мы пережили, но волны еще могут быть.

Как Вы знаете, мнения жителей Швейцарии по поводу продления ограничительных мер до 26 апреля резко разделились: одни возмущены тем, что их вообще продлили, другие тем, что продлили только на неделю. Если бы Вы были президентом Швейцарии, то как поступили бы?

Думаю, я бы не спешила с отменой ограничительных мер. В отличие от Италии,

Испании, Франции и ряда других стран, Швейцария и так не находится на карантине в полном смысле этого слова. На мой взгляд, экономические соображения здесь не должны брать верх. Кроме того, важнейший вопрос – не когда мы выйдем из этой чрезвычайной ситуации, а как мы это сделаем. Мы, медработники, – меньшинство населения, но мы берём на себя первый удар, помогая выстоять всем остальным. При этом вы, граждане разных стран, должны нам помочь, защитив себя и окружающих и не став новыми жертвами COVID-19. Первый удар легче выстоять, будучи подготовленными и мотивированными, в надежде, что все это скоро закончится. Но пока не найдена терапия против вируса, мы должны научиться правильно с ним сосуществовать, и если научимся, то это будет наша первая победа.

От редакции: Вы прочитали шестую из серии бесед с врачами разных специальностей, в разных странах мира борющихся с COVID-19. Надеемся, это позволит вам получить более глобальное представление о ситуации и даст ответы на некоторые из волнующих вас вопросов. От заголовка «Дело врачей», по негласному названию гнусного скандала, разразившегося в СССР незадолго до смерти Сталина, читатели старшего поколения вздрогнут. Но мы остановились на нем сознательно, со знаком плюс – чтобы напомнить, что врачи всегда берут удар на себя, что им есть до нас дело. Несмотря на географическую разбросанность и национальное разнообразие, все они сегодня – наши люди.

Все материалы, касающиеся пандемии COVID-19, вы найдете в нашем [специальном досье](#).

[коронавирус](#)
[корона](#)
[вакцина от коронавируса; Covid-19](#)

Source URL:

<http://nashagazeta.ch/news/les-gens-de-chez-nous/delo-vrachey-2020-ekaterina-manova-my-dolzhny-nauchitsya-sosushchestvovat>