

**КОРРЕКЦИЯ ГИПОКОАГУЛЯЦИОННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ
ПРИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ**

Селюн Ю. А., Валентюкевич А. В., Островский Ю. П.

*Республиканский научно-практический центр "Кардиология"***Введение (цели/ задачи):**

Гипокоагуляционное кровотечение во время и после операций с искусственным кровообращением (ИК) является одной из основных причин увеличения количества осложнений и смертности. Коррекция системы гемостаза у больных кардиохирургического профиля большими объемами препаратов крови противопоказана, так как происходит перегрузка объемом сердечно-сосудистой системы и развивается резкая декомпенсация кровообращения, что может привести к гибели пациента на операционном столе либо в раннем послеоперационном периоде. В последнее время в мировой практике используют фибриноген и/или концентрат протромбинового комплекса (КПК) в качестве первой линии терапии гипокоагуляционного кровотечения связанного с кардиохирургическим вмешательством. Основная цель это оценить влияние КПК на объем кровопотери у больных во время и после операций с искусственным кровообращением.

Материал и методы:

В исследование включены 30 пациентов с признаками гипокоагуляционного кровотечения подвергшихся кардиохирургическому вмешательству с ИК. Всем пациентам после ИК выполняли тромбоэластометрию (ТЭМ) (тесты EXTEM, INTEM, HEPTEM, FIBTEM, APTEM). На основе данных тестов (СТ EXTEM ~ СТ APTEM > 90 сек и/или СТ HEPTEM > 240 сек) и с учетом объема кровопотери ≥ 2 мл/кг/ч, пациентов разделили на 2 равные группы: 1-ая группа (n=15) - вводился КПК в дозе 10-15 МЕ по IX фактору, 2-ая группа (n=15) - вводилась свежезамороженная плазма (СЗП) в дозе 10-30мл/кг массы тела. Одним из условий введения КПК или СЗП являлось полная инактивация гепарина протамином (СТ INTEM ~ СТ HEPTEM), отсутствие гипофибриногенемии (A10 FIBTEM > 9мм) и тромбоцитопении (A10 FIBTEM > 9мм и A10 EXTEM > 43мм). Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью стандартных пакетов программ Excel 2007 и STATISTICA 6.0 с использованием критериев Уилкоксона и Стьюдента. Достоверно значимыми признавались результаты при уровне достоверности $p < 0,05$.

Результаты:

При операциях оценивались: длительность операции в минутах; время ИК в минутах; время ишемии миокарда в минутах; доза гепарина в МЕ/кг; доза протамина в МЕ/кг; трансфузия эритроцитарной массы у количества пациентов (1-ая группа: 0; 2-ая группа: 2); использование катехоламинов у количества пациентов (1-ая группа: 0; 2-ая группа: 3); послеоперационное активированное время свертывания крови в секундах. Во 2-ой группе достоверно чаще использовали трансфузию эритроцитарной массы и катехоламины ($p < 0,05$). В остальном достоверных различий между группами не было. При проведении ТЭМ в 1-ой группе через 20 минут после введения КПК отмечалось достоверное снижение СТ в тестах EXTEM и INTEM (1-ая группа: 117 ± 26 сек до коррекции, 76 ± 11 сек через 20 мин после коррекции. 2-ая группа: 121 ± 29 сек до коррекции, 109 ± 12 сек через 20 мин после коррекции). Кро-

вопотеря через 1 час после операции достоверно отличалась в обеих группах: 232 ± 129 мл для 1-ой группы, 358 ± 234 мл для 2-ой группы. Уменьшение кровопотери было достоверно различным только между 1-ым и 2-ым часом после поступления в отделение реанимации. После второго часа, не было заметно достоверных различий ($P=0.16$). Объем отделяемого из дренажной трубки за 24 часа отличался в обеих группах ($P < 0,005$): 935 ± 408 мл для 1-ой группы, 1325 ± 452 мл для 2-ой группы. Частота повторных ревизий в связи с кровотечением, отек легких, длительность ИВЛ была выше во 2-ой группе. При этом не было отмечено ни одного тромбозмембранного осложнения в 1-ой группе. Исторически, основным недостатком применения КПК был риск тромботических осложнений, который связан с накоплением фактора II. В литературе упоминается несколько важных факторов риска тромбогенности при введении КПК: наличие хронических заболеваний печени, быстрая инфузия и большие повторные дозы и качество КПК. При этом риск тромботических осложнений снизился при улучшении качества КПК. Большинство КПК, состоящих из 4-х факторов, применяемых в Европе (таких, как Октаплекс®) содержат сбалансированные количества факторов свертывания II, VII, IX и X, а также протеина C, S, и гепарина 500 МЕ.

Заключение:

Наши результаты показывают, что применение КПК в дозе 10-15 МЕ/кг снижает частоту послеоперационных кровотечений при операциях с ИК. В данном исследовании не было отмечено тромбозмембранного осложнений при применении КПК.

**КОРРЕКЦИЯ ДИСЛИПИДЕМИИ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ
ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ ФЕНОТИПА**

Валикова О. В., Мухотина А. Г.

*Центр эндокринного здоровья и репродукции "Примавера"***Введение (цели/ задачи):**

Актуальным в настоящее время является профилактика развития кардиорисков у различных у пациентов, входящих в группу риска, пациентки с синдромом поликистозных яичников входят в группу риска по развитию нарушений углеводного, липидного обмена. Целью является выявление и коррекция дислипидемии у женщин с синдромом поликистозных яичников.

Материал и методы:

Нами было обследовано 80 женщин в возрасте от 24 до 37 лет, в анамнезе с синдромом поликистозных яичников. Пациентки были разделены на группы в зависимости от фенотипа. С фенотипом А 35 женщин, с фенотипом С 30 женщин, фенотип В и D не был выявлен, контрольную группу составили 15 женщин без СПКЯ, но имеющие избыточную массу тела. Всем пациенткам проводились антропометрические показатели: ИМТ $31,33 \pm 4,36$ кг/м², ОТ $94,3 \pm 4,0$ см, проводилось исследование биохимических показателей АЛТ, АСТ были в пределах нормы. В липидном спектре у женщин с фенотипом А выявлено повышение триглицеридов $3,4 \pm 0,3$ ммоль/л, снижение ЛПВП $0,7 \pm 0,1$ ммоль/л, с фенотипом С также выявлено повышение триглицеридов $3,1 \pm 0,3$ ммоль/л, снижение ЛПВП