

(Levitronix) с оксигенатором EOS (Sorin). С 2013г. также используется система Cardiohelp (Maquet), оксигенатор HLS Advanced system 7.0. Антикоагулянтная терапия осуществлялась нефракционированным гепарином. При этом активированное время свертываемости крови АВСК поддерживалось на уровне 160-200 сек., активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) - в 1,5-2 раза выше контрольного значения. Для предотвращения ишемии нижней конечности использовали селективную антеградную перфузию через интрадьюсер 8 Fg, установленный в поверхностную бедренную артерию.

Результаты:

За 2010 – апрель 2016 гг. было проведено 6359 операций на открытом сердце в условиях искусственного кровообращения. В 0,8% случаев (n=48) развился посткардиотомный синдром, повлекший подключение ВА ЭКМО. Средний возраст пациентов составил $55,6 \pm 3,49$ (от 17 до 79 лет), преимущественно мужчины - 79% (n=38). Время искусственного кровообращения - $258,4 \pm 92,1$ минут (62 - 516 минут), время ишемии миокарда - $135,9 \pm 56,5$ минут (27 - 286 минут). Длительность пребывания в отделении реанимации пациентов с посткардиотомным синдромом составило $12,3 \pm 7,9$ суток. Средняя длительность ЭКМО - $108,2 \pm 79,9$ ч. После стабилизации состояния и отлучения от ЭКМО пациенты находились в реанимации $10,7 \pm 7,1$ суток до перевода в кардиохирургическое отделение. По данным интернационального регистра ECLS в 2015г. в группе взрослых кардиохирургических пациентов стабилизировать состояние и отключить от ЭКМО удалось в 56% случаев, а перевести из отделения реанимации в другие отделения - 41%. Наш опыт за 2010 - апрель 2016 гг. показывает, что стабилизировать состояние пациента и отключить от ЭКМО удалось в 52% (n=25) случаев, а перевести - 39,5% (n=19) пациентов. В группе А отлучить от ЭКМО удалось в 54,8% (n=17) случаев, а перевести в отделения в 45,2% (n=14) случаев. В группе Б отлучить от ЭКМО удалось в 47,05% (n=8) случаев, а перевести в отделения в 29,4% (n=5) случаев. Летальность по группам 54,8% и 70,5% соответственно. Таким образом, летальность в группе А на 15,7% ниже.

Заключение:

Экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО) – является современным эффективным методом жизнеобеспечения при сердечной и сердечно-легочной недостаточности. Принятие решения о подключении ЭКМО должно проводиться своевременно и незамедлительно, что подтверждается снижением летальности на 15,7% .

ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СОЗДАНИИ ОЦЕНОЧНОЙ ШКАЛЫ ДИАГНОСТИКИ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ ГРУДНОЙ АОРТЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Семенова Л. Н.¹, Морова Н. А.², Грицай А. С.³, Тюньков Д. А.³, Цеханович В. Н.¹

¹Омская областная клиническая больница, г.Омск, Россия,

²Омский государственный медицинский университет, г. Омск, Россия, ³Омский государственный технический университет,

г. Омск, Россия

Введение (цели/ задачи):

Актуальность исследования определяется поздней диагностикой расслаивающих аневризм аорты (РАА) и связанной с этим высокой летальностью, отсутствием специфических клинических проявлений РАА, необходимостью сокращения периода от появления первых признаков заболевания до госпитализации в специализированный кардиохирургический стационар. Целью исследования явился анализ с использованием информационных технологий клинической симптоматики течения расслаивающей аневризмы восходящего отдела аорты, создание прогностической бальной шкалы диагностики РАА на догоспитальном этапе.

Материал и методы:

С 1 января 1996 г по январь 2016 г в БУЗОО «ОКБ» г. Омска поступило 80 пациентов с РАА I и II типа по Дебайки (средний возраст $51,2 \pm 13,8$ года, 70% мужчин). Пациентов с верифицированным диагнозом РАА I типа было 39 чел., II типа – 41 чел. 79,3% группы наблюдения имели возраст 40 лет и старше. Всем больным проводилась оценка клинического состояния, биохимическое исследование крови. Инструментальное исследование включало: Р-графия ОГК, ЭхоКГ, ЧПЭхоКГ, МРТ аорты, МСКТ, ЭКГ. С помощью методов статистического анализа построена оценочная шкала диагностики РАА на догоспитальном этапе у пациентов с острой болью в грудной клетке.

Результаты:

В когорте больных чаще встречался инфарктоподобный вариант течения РАА (72%). Интенсивную жгучую, давящую боль в груди ощущали 92,5% больных, из них в 81,1% случаев отмечена локализация боли за грудиной. Чаще всего при первичном контакте с врачом устанавливался диагноз острого инфаркта миокарда (ОИМ). Поэтому группу сравнения составил 101 пациент с верифицированным диагнозом ОИМ. Произведено сравнение клинической симптоматики, жалоб, анамнестических данных, данных объективного обследования, изменений ЭКГ, выявленных на догоспитальном этапе при первичном осмотре. В первые двое суток пребывания в стационаре умерло 52,4 % больных. С момента развития клинической симптоматики до оперативного вмешательства в среднем прошло $11,5 \pm 9,4$ дня. В группе оперированных больных летальность была 18,5%, в группе консервативной тактики ведения – 61,5%. Для выделения информативного подпространства признаков использовалась более совершенная модификация алгоритма AdDel – алгоритм GRAD; Алгоритм ZET – для локального заполнения пропусков. Исходя из данных протокола измерений было выделено шесть классов пациентов, в зависимости от диагноза и возрастной группы,

а также 47 различных клинических признаков. Для каждого клинического признака рассчитывалась его информативность в рамках класса. В качестве информативности признака было решено взять среднее значение этого признака, приведенное к единой шкале. Информативность отдельной "гранулы" рассчитывалась, как средняя информативность входящих в нее признаков. По результатам выполнения алгоритма AdDel были рассчитаны веса признаков в зависимости от числа их вхождения в итоговую выборку признаков и их информативности. На основании весового коэффициента клинических признаков информативного подпространства была построена оценочная шкала диагностики РАА на догоспитальном этапе. Пропустив контрольную выборку через полученную оценочную шкалу было выделено три интервала диагностики РАА: 0 – 45 баллов низкий риск; 46 – 70 баллов средний риск, требуются дополнительные исследования; 71 – 100 баллов высокий риск.

Заключение:

Разработанная выше оценочная шкала диагностики РАА позволяет на догоспитальном этапе диагностировать данную патологию у пациентов различных возрастных групп с острой болью в грудной клетке.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Петросян М. А.

Медицинский центр "Измирлян"

Введение (цели/ задачи):

Вентиляторная поддержка является необходимым компонентом ведения больных с дыхательной недостаточностью. Применение неинвазивной вентиляции (НИВ) в определенных случаях позволяет обеспечить адекватную вентиляцию и избежать эндотрахеальную интубацию (ЭТИ) у больных с дыхательной недостаточностью, вызванной различными причинами. Целью настоящего исследования является обобщение опыта применения НИВ у больных с сердечной недостаточностью.

Материал и методы:

НИВ была применена у 4 больных с острым кардиогенным отеком легких, у 8 больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) со средней фракцией выброса 30.2 ± 4.6 в состоянии декомпенсации и у 12 больных с систолической дисфункцией левого желудочка (ЛЖ) с фракцией выброса $< 50\%$ в сочетании с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС) и дыханием Чейн-Стокса (ДЧС). Средний возраст больных составил 54.3 ± 15.6 лет, средний индекс апноэ-гиппноэ у больных с СОАС составил 48.8 ± 19.8 /час. С целью оценки состояния больных и определения показаний для НИВ, помимо рутинных методов исследования, проводились определение газов артериальной крови, эхокардиография и респираторная полиграфия. Неинвазивная вентиляция проводилась в режиме CPAP и BiPAP-терапии.

Результаты:

У всех 4-х больных с острым кардиогенным отеком легких была успешно применена НИВ, что позволило избежать ЭТИ. Больные с ХСН были выведены из состояния декомпен-

сации, после чего из 8 больных трое получали длительную BiPAP-терапию. Из 12 больных с сочетанием систолической дисфункции ЛЖ, СОАС и ДЧС длительная CPAP-терапия проводилась у 6 больных со значительным улучшением объективных и субъективных показателей.

Заключение:

НИВ является эффективным методом ведения больных с дыхательной недостаточностью, вызванной острой и хронической сердечной недостаточностью. Успех НИВ обусловлен своевременной иннициацией неинвазивной вентиляторной поддержки, правильным выбором контингента больных, которым она показана, наличием подготовленного медицинского персонала и перманентным тесным мониторингом состояния больного. Необходимо расширить представления о применении неинвазивных методов вентиляции у больных с сердечной недостаточностью и обеспечить отделения интенсивной терапии оборудованием для НИВ.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИБРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

Бутова Е. Ю., Бобронникова Л.Р.

Харьковский национальный медицинский университет

Введение (цели/ задачи):

Сочетанное течение артериальной гипертензии (АГ) с сахарным диабетом (СД) 2 типа является причиной прогрессирования метаболических и кардиодинамических нарушений у данной группы пациентов в связи с чем, актуальным является поиск методов коррекции углеводного и липидного обмена, структурно-функционального состояния миокарда, тем самым снижая риск сердечно-сосудистых катастроф. Цель. Улучшение эффективности терапии с применением фенофибрата (Трайкора) у пациентов с сочетанным течением АГ и СД 2 типа.

Материал и методы:

В исследовании приняли участие 58 пациентов (28 мужчин и 30 женщин) с АГ II стадии и 2 степени в сочетании с СД 2 типа компенсированным. Средний возраст пациентов составил $54,5 \pm 4,5$ лет. Контрольная группа составила 20 здоровых лиц и была максимально сопоставима по возрасту и полу к обследуемым больным. Оценивались показатели липидного спектра: общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерин липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), триглицериды (ТГ). Определяли показатели углеводного обмена: гликозилированный гемоглобин (HbA1C), уровень глюкозы крови натощак (ГКН). Определяли индекс массы тела (ИМТ). Эхокардиография (ЭХО-КГ) проводилась, согласно рекомендациям Американского эхокардиографического общества (ASE, 2005) с определением размеров толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП), задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) в конце диастолы, массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ) и индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ). К стандартной терапии согласно протоколу лечение дополнительно назначали Трайкор в дозе 145 мг/сут.