

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 AdDeI 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-гипопноэ 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 инициацией 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 ± 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.